



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

**RELATÓRIO DE GESTÃO 3º TRIMESTRE DE 2011**

Porto Alegre, novembro de 2011

**AUTORIDADES MUNICIPAIS**

JOSÉ FORTUNATTI

**Prefeito Municipal**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI

**Secretário Municipal de Saúde**

MARCELO BOSIO

**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

**Coordenação de Planejamento Monitoramento e Avaliação**

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 LUIZ 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 BITTENCOURTT

**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

JULIO HENRIQUE G. FERREIRA

**Hospital de Pronto Socorro**

TANIA MARIA COUTO COELHO

**GERÊNCIAS DISTRITAIS**

CRISTINA KLEY

**Centro**

ANA LÚCIA DE LEÃO DAGORD

**Noroeste-Humaitá-Navegantes e Ilhas**

ANGELA REGINA GROFF NUNES

**Norte e Eixo Baltazar**

ROSANE TEREZINHA BALTAZAR

**Leste/ Nordeste**

VÂNIA MARIA FRANTZ

**Partenon /Lomba do Pinheiro**

DANIELLE CERQUEIRA STEIN

**Glória/Cruzeiro/ Cristal**

VANIA LOURENÇO PAULI

**Restinga/ Extremo Sul**

DÓRIS DE C. CAMPOS VIDAL

**Sul/Centro Sul**

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

AD - Álcool e Drogas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

ASSECOM – Assessoria de Comunicação

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento e Programação

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

C – Centro

CA – Câncer

CAPSad -Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CAR – Centro Administrativo Regional

CD- Cirurgião Dentista

CE – Causas Externas

CGPA/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 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

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERIH – Central de Regulação de Internação Hospitalares

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

CGAFO -Coordenadoria- Geral de Administração Financeiro – Orçamentária

CGATA -Coordenadoria- Geral de Apoio Técnico- Administrativo

CSVC – Centro de Saúde Vila dos Comerciantes  
CSVIAPI – Centro de Saúde Vila IAPI  
CAPS – Centro de Apoio Psico Social  
CEO – Centro de Apoio Odontológico  
CRT – Centro de Referência a Tuberculose  
DAR – Doenças de 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  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
EPTC – Empresa Pública de Transporte e Circulação  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania  
FUGAST – Fundação de Gastroenterologia do Estado  
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 Porto Alegre  
HIV -Vírus da Imunodeficiência Humana  
HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas  
HMV – Hospital Moinhos de Vento  
HNSC -Hospital Nossa Senhora Aparecida  
HPS – Hospital de Pronto Socorro  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LENO – Leste Nordeste

LTI – Licença de Tratamento e Interesse  
MAC – Medida de Alta Complexidade  
MS – Ministério da Saúde  
N -Total  
NASCA – Núcleo de Atenção a Criança e do Adolescente  
NEB – Norte Eixo Baltazar  
NEO – Neoplasias  
NHNI -Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas  
OMS -Organização Municipal 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 Saúde de Porto Alegre  
PMS -Plano Municipal de Saúde  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PPI -Programação Pactuada e Integrada  
PRD – Programa de Redução de Danos  
PUC -Pontifícia Universidade Católica  
PROESF -Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família  
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 Pre-Natal  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SRTN – Serviço de Referência de Triagem Neonatal  
SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TBC -Tuberculose

TMI -Transmissão Materno – Infantil

TSB -Técnico em Saúde Bucal

TS -Tratamento Supervisionado

UBS -Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

US -Unidade de Saúde

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.	12
2	ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE..	12
3	LEGISLAÇÃO/NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SUS MUNICIPAL	13
4	PARTICIPAÇÃO DA SMS EM INSTÂNCIAS COLEGIADAS.	14
5	HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO AO RECEBIMENTO DE RECURSOS.	14
6	GESTÃO NA SAÚDE	14
6.1	Gestão do trabalho em saúde	15
6.2	Humanização na assistência e da gestão em saúde	26
6.3	Ouvidoria do SUS.	34
6.4	Assessoria de Comunicação.	38
6.5	Rede De Serviços e Referências.	47
6.6	Infra-Estrutura de Apoio	49
6.6.1	Transporte Social .	51
6.7	Informatização	57
6.8	Gestão Estratégica	67
7	PRODUÇÃO.	68
7.1	Atenção Primária á Saúde	69
7.2	Assistência Farmacêutica e	86
7.3	Produção Consultas Especializada	87
7.4	Produção Hospitalar	87
8	AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	88
8.1	Vigilância, prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e outros agravos..	88
8.2	Prevenção e controle de Doenças Não Transmissíveis e outros agravos.	101
8.3	Ações e Serviços em Vigilância Sanitária	103
8.4	Vigilância de População Animal	107
8.5	Vigilância - Prevenção e controle do vetor da Dengue	109
8.6	Vigilância do Vetor da Doença de Chagas	114
8.7	Fiscalizações e atendimento a denúncias	115
8.8	Vigilância de Águas	116
8.9	Vigilância Ambiental e do Trabalhador	118
9.	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.	121
10.	REGULAÇÃO DO SUS..	121
11	HOSPITAIS PRÓPRIOS.	126
11.1	Hospital de Pronto Socorro Municipal.	126
11.2	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.	131
12	ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTES	138
13	FINANCIAMENTO DO SUS.	148
14	DESEMPENHO DOS INDICADORES NO CICLO DE VIDA	149
14.1	Criança.	149
14.2	Adolescente	154
14.3	Adulto	155
14.3.1	Saúde Mental	155
14.3.2	Saúde da Mulher	157
14.4	Idoso.	160
15	ATUAÇÃO DE COMITÊS E NÚCLEOS INSTITUCIONAIS.	163
15.1	Relatório do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal 2010	163
16	POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	171
16.1	Saúde da População Negra	171
16.2	Saúde da População Indígena	173

16.3	Saúde da População Prisional	173
17	CONTROLE SOCIAL.	175
	CONSIDERAÇÕES.FINAIS	176
	REFERÊNCIAS.	179
	ANEXO I - CAPACITAÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO	
	ANEXO II - ROTEIRO DE ACOLHIMENTO -SAUDE MENTAL	
	ANEXO III –RELATÓRIO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS	

## 1. APRESENTAÇÃO

O Relatório de Gestão representa o monitoramento da gestão da SMS no período compreendido pelo Plano Municipal de Saúde. Neste caso, no intervalo de 2010 até 2013.

Conforme a Resolução 36/2011 do CMS, o modelo de Relatório de gestão foi definido e está sendo aplicado pela gestão da SMS. A sua conformação inclui, ainda, o monitoramento das metas da Programação Anual em Saúde e outras pactuações como a Programação Anual de Vigilância em Saúde e das metas do Pacto pela Saúde.

Para uniformizar a apresentação e análise dos dados, considerando também as pactuações existentes, as tabelas apresentadas representam a variação dos valores do trimestre em análise em relação aos valores apresentados no mesmo trimestre do ano anterior – 2010.

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

Na estrutura da sede da SMS, a Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) e a Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária à Saúde (CGRAPS) sofreram alterações em suas conformações organizacionais, a partir em 15 de agosto. Todas as áreas técnicas passaram a compor a estrutura da CGRAPS. De outra forma, a ASSEPLA passou a assumir as atribuições específicas de assessoria de planejamento, avaliação e monitoramento em Saúde de todos os setores da SMS, visando dar maior direcionalidade ao processo de consolidação do SUS.

A justificativa é a constatação empírica/prática de que a CGRAPS coordena também a organização do funcionamento dos serviços especializados ambulatoriais extra-hospitalares próprios, bem como de que as áreas técnicas atuam na organização e condução executiva das políticas municipais junto aos serviços de APS e especializados do município.

Uma inclusão na gestão foi a instituição do **Fórum de Coordenadores de Serviços de Saúde Mental** (ação da *meta 93 do PAS*) em 05/09/11, pela área técnica de Saúde Mental. São realizadas reuniões mensais, com os coordenadores de serviços, onde são discutidos os temas pertinentes à saúde mental, com a proposta de alinhar os objetivos e ações entre os diversos serviços que compõem a

rede, consolidar fluxos, bem como repassar informações relativas a área. A coordenação do Fórum é feita pela Área Técnica de Saúde Mental da Coordenação de Redes/SMS.

Outra inclusão de **reuniões com CAPSi E CAPS II do Hospital de Clínicas de Porto Alegre** (ação da meta 93 do PAS). Realizadas reuniões entre as equipes dos CAPSi e II, coordenação da CGRAPS, coordenação área técnica de Saúde Mental, representantes das equipes de saúde mental das regiões GCC, Partenon/Lomba do Pinheiro e Leste/Nordeste, visando estreitar as relações entre as equipes, bem como estabelecer os fluxos de encaminhamentos dos pacientes das equipes para os CAPS e vice-versa, dirimindo as dificuldades de acesso aos CAPS estreitando a comunicação entre os serviços. Ocorreram duas reuniões com CAPSi e duas com CAPS II nos meses de julho e setembro.

### **Conselhos Locais de Saúde**

A região Leste/Nordeste (LENO) possuiu um novo conselho local (CEU PUC) e constituiu 05 novos conselhos locais USF Timbaúva, USF Safira, USF Milta Rodrigues e CEU PUC., a Região Sul Centro Sul (SCS) possuiu 5 novos Conselhos Locais (USF Campos do Cristal; USF Morro dos Sargentos; USF Moradas da Hípica; UBS Guarujá e UBS Ipanema).

A região PLP constituiu um novo conselho na USF Santo Alfredo.

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

As legislações/normas da esfera municipal em relação ao SUS foram emitidas em julho e agosto:

### **- Julho**

4/7/2011 – Ed: 4047 - Decreto Nº 17.131, De 1º De Julho De 2011. Que “Aprova O Estatuto Do Instituto Municipal De Estratégia De Saúde Da Família (Imesf) E Regulamenta A Lei Nº 11.062, De 6 De Abril De 2011.”

4/7/2011 – Ed: - Decreto Nº 17.125, De 28 De Junho De 2011, Que “Altera a Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Inc. Xii Do Art. 2º do Decreto Nº 9.391, de 17 de Fevereiro de 1989”.

15/7/2011 – Ed: 4056 - Resoluções 23, 24, 25 – SMS. O Conselho Municipal de Saúde Resolve Aprovar Regulamento Interno da 6ª Conferência Municipal de Saúde.

15/7/2011 – Ed: 4056 – Resoluções 19, 20, 21, 22 – SMS. O Conselho Municipal de Saúde Resolve Aprovar Pareceres 10 e 16/2011.

26/7/2011 – Ed: 4063 – Resoluções 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 – SMS. O Conselho Municipal de Saúde Resolve Aprovar a Contratualização do Hospital Vila Nova.

#### **- Agosto**

11/8/2011 – Ed: 4075 – Decreto ° 17.183, De 1º De Agosto De 2011, Que “Altera A Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal De Saúde (Sms) e o Inc. Xii do Art. 2º do Decreto nº 9.391, de Fevereiro de 1989.

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

As alterações nas representações gestoras ocorridas no trimestre foram:

#### **- *Integrantes do Serviço Técnico (SETEC) do Conselho Municipal de Saúde (CMS)***

Titular: Lurdes Maria Toazza Tura\*

Suplente: Christiane Nunes de Freitas

Conforme of. N°1442/11-GS em 23/08/2010.

\*Conforme foi modificada a coordenação da ASSEPLA, também foi modificada a representação do gestor na SETEC do CMS, tendo em vista ser uma agenda destinada ao titular do setor.

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

Não houve habilitações de ESF ou outros serviços de APS neste período.

### **6. GESTÃO NA SAÚDE**

Este item contempla dados e informações referentes à estrutura de macrogestão da SMS, que envolve a Gestão do Trabalho em Saúde, a Educação Permanente em Saúde (ambas contidas na Coordenadoria Geral de Administração dos Servidores da Saúde – CGADSS), Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde, Ouvidoria SUS, Assessoria de Comunicação (ASSECOM), Rede de Serviços e Referências (contempladas nas Coordenadorias de APS, de Urgências e na Gerência de Regulação de Serviços de Saúde), Infra-Estrutura de Apoio (liderada

pela Coordenadoria Geral de Apoio Técnico-Administrativo) e as Ações Institucionais de Planejamento, Avaliação e Monitoramento. Nesta mesma ordem, seguem os subitens a seguir.

## **6.1 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE**

Este item apresenta informações trimestrais sobre o quadro de servidores efetivos de nível universitário, médio e elementar, bem como serviços de mão-de-obra contratada, temporário e conveniado na SMS. De forma a contextualizá-los, inclui quadro de concursos/ nomeações planejados e/ ou em andamento, por categoria profissional.

São apresentados, ainda, os atendimentos funcionais destacando os principais problemas e as propostas de solução, por trimestre.

Demais informações, sobre servidores efetivos por categoria profissional e afastamentos definitivos e temporários, serão apresentadas no relatório anual, conforme modelo de relatório de gestão da Resolução 36/2011 do CMS.

### ***Servidores efetivos por categoria profissional***

A Tabela 1 evidencia as alterações referentes à exclusão dos trabalhadores contratados da FUGAST, bem como a ampliação do número de profissionais contratados pela Lei 7770/95. Demonstram o acréscimo de mais de 600 trabalhadores na SMS, com predomínio deste acréscimo para os demais contratados, incluindo os profissionais da Operação Inverno, os substitutivos dos profissionais da FUGAST e os profissionais da ESF.

Tabela 1- Variação de servidores efetivos e demais trabalhadores contratados por 3º trimestre – 2011/2010.

Nível de Cargo	Período				variação
	3º trim. 2011		3º trim. 2010		2011/2010
	Nº	%	Nº	%	%
Superior (NS)	2440	32,25	2389	34,61	+ 2,13
Médio (NM)	2288	32,21	2186	31,67	+ 4,66
Elementar (NE)	602	7,95	622	9,00	- 3,21
<b>A) Total - efetivos</b>	<b>5330</b>	<b>70,41</b>	<b>5197</b>	<b>75,28</b>	<b>2,55(3,58)</b>
Cargos em Comissão	30	0,39	28	0,40	+7,14
Serviços de Mão-de-obra terceirizados	837	11,05	829	12,00	+0,96
Estratégia de Saúde da Família	575	7,59	-	-(?)	+575
FUGAST	0	-	289	4,19	-289
Lei 7770/95 - Contratos temporários	800	11,56	561	8,13	+42,60
<b>B) Total – demais contratados</b>	<b>2242</b>	<b>29,59</b>	<b>1707</b>	<b>24,72</b>	<b>31,34(336,7)</b>
<b>Total (A + B)</b>	<b>7572</b>	<b>100</b>	<b>6904</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

Fontes: Relatório PROCempa 0927p.

Considerando que houve acréscimo no número de profissionais contratados, as nomeações e concursos seguintes (Tabela 2) realizadas no 3º trimestre de 2011 corroboram para a ampliação do número de servidores efetivos, considerando a ampliação e consolidação da rede assistencial do SUS na Capital.

Tabela 2- Concursos/nomeações planejados ou em andamento, por categoria profissional no 3º trimestre – 2011/2010.

Ingressos	3º Trimestre 2011	3º Trimestre 2010
Administrador	02	-
Agente de Fiscalização	05	-
Assessor para Assuntos Jurídicos	-	02
Assistente Administrativo	04	02
Assistente Social	01	01
Auxiliar de Enfermagem	-	01
Auxiliar de Gabinete Odontológico	24	-
Biólogo	03	-
Enfermeiro	11	09
Farmacêutico	05	-
Médico	40	09
Médico veterinário	01	08
Tec. em Higiene Dental	03	-
Técnico em Radiologia	09	-
Contratos temporários	32	148
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>180</b>

Considerando os tempos dos trâmites burocráticos envolvidos no período entre a realização de concursos e a nomeação dos novos servidores, considera-se que a

análise deste item pode ser anual ou mesmo semestral, contemplando tempo hábil para a convocação e nomeação dos profissionais da SMS. Importante explicitar que os processos relacionados à contratação e ampliação do quadro de servidores da SMS não estão centralizados na própria, mas na Secretaria Municipal de Administração (SMA).

Conclui-se que a ampliação do quadro efetivo de profissionais na SMS é desafio permanente e, neste sentido, a gestão está empenhada a ampliar o quadro de pessoal em conformidade com a necessidade técnica dos serviços de saúde e das necessidades de saúde apresentadas pela população.

***Atendimentos funcionais, destacando os principais problemas e as propostas de solução encaminhadas.***

Para os atendimentos de saúde aos servidores municipais, há a Infra-estrutura com as sedes NASS HPS, NASS ZONA SUL, NASS ZONA NORTE, NASS SMOV, NASS DEMHAB e GSSM no atendimento a SMS. Especificamente no atendimento aos servidores da SMS, a produção trimestral referente à junta médica, ingressos, domicílios e delimitação/reabilitação é descrita na Tabela 3.

**Tabela 3– Procedimentos da GSSM em âmbito da PMPA.**

Procedimentos	2º Trimestre 2011	3º Trimestre 2011	Variação % 2º-1º trim
Junta Médica – Pareceres laborativos	30	29	-01
Junta Médica – Artigo 94 (regime especial)	04	07	03
Ingressos	613	338	-275
Domicílios locais	309	342	33
Domicílios fora	16	14	-02
Delimitação/Readaptação	42	61	19

Fonte: GSSM, 2011.

Dos atendimentos da GSSM, a parcela mais significativa refere-se aos atendimentos de ingressos e em domicílios locais. A diferença mais significativa foi no atendimento aos ingressos, com a diminuição de 275 atendimentos do primeiro para o segundo trimestre de 2011.

Os dados de produção colhidos no corrente ano, relativos a SMS, não tem registro no ano de 2010 em separado, apenas no conjunto da PMPA, sendo que os relatórios dos trimestres anteriores vinham sendo apresentados nesse formato, mas no atual relatório foi feita a adequação do formato para atender as necessidades de informar, conforme recomendação do CMS e da ASSETEC.

A ampliação das relações intersetoriais da GSSM e os órgãos do governo municipal, assim como melhorando a comunicação e relações com os órgãos da Secretaria Municipal de Saúde, facilitando as relações, agilizando e prestando assistência às demandas de cada setor.

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Este item inclui as atividades desenvolvidas enquanto educação continuada e permanente na SMS, compreendendo-as como capacitações, liberações para estudo e afastamentos temporários para atividades de qualificação profissional, participação em comissões e comitês sobre educação permanente, bem como residências, especializações e estágios desenvolvidos da rede de serviços e na gestão da SMS.

### **Capacitações para Servidores da SMS**

Entre as capacitações realizadas, o indicador foi 2,89 horas de capacitação por servidor, destacam-se aquelas relacionadas à assistência em DST/HIV/AIDS, saúde da mulher, aleitamento materno, tuberculose, Urgência e emergência, tabagismo, humanização e apoio matricial, conforme o **Anexo I**.

**Tabela 4– Número de capacitações e de servidores envolvidos, comparativo 2º e 3º trimestre 2011 e 3º trimestre 2010.**

<b>Capacitações para Servidores da SMS – Comparativo</b>					
<b>3º TRI 2011</b>		<b>2º TRI 2011</b>		<b>3º TRI 2010</b>	
<b>Nº DE CAPACITAÇÕES</b>	<b>Nº DE PARTICIPANTES</b>	<b>Nº DE CAPACITAÇÕES</b>	<b>Nº DE PARTICIPANTES</b>	<b>Nº DE CAPACITAÇÕES</b>	<b>Nº DE PARTICIPANTES</b>
70	2077	41	1804	06	424

**Fonte:** CGADSS/SMS, 2011.

Além destas, também foram realizadas capacitações para o desenvolvimento dos trabalhadores da SMS na Escola de Gestão Pública da Secretaria Municipal de Administração (com dados monitorados semestralmente), afastamentos para a participação de eventos e liberações para estudo.

**Tabela 5– Total de horas e participantes em atividades p**

**ara o desenvolvimento de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde – 3º trimestre, 2011.**

		Nº de participantes	Horas totais
1	Capacitações SMS	2077	12874,5
2	Capacitações EGP/SMA	Dado semestral	Dado semestral
3	Afastamento para eventos	124	Dado será incluído a partir de 2012
4	Liberação de servidores para estudo	33	2640
5	Total (capacitações + estudo)	2234	15514,5

**Fonte:** CGADSS/SMS, 2011.

Considerando o total de horas em capacitação realizadas no trimestre em avaliação em comparação ao trimestre anterior no corrente ano, houve um acréscimo de 0,71 hora de capacitação por servidor.

**Tabela 6– Tabela comparativa dos indicadores de capacitação:**

	3º tri 2011	2º tri 2011
<b>INDICADOR HORA/TRABALHADOR</b>	2,89	2,18

**Fonte:** CGADSS/SMS, 2011.

O indicador analisado está em construção, tendo sido incluído neste trimestre o total de horas estimadas de liberação de servidores para estudo (linha 4 da tabela 5). Não consta o comparativo com o 3º trimestre de 2010, pois esse dado não foi calculado nos relatórios de 2010, passando a ser inserido apenas no relatório de gestão do 2º trimestre 2011.

**Tabela 7- Liberação de Servidores para Estudo em Horário de Trabalho\***

Nível de Ensino	nº de serv.	horas por nível de ensino
Técnico	3	240
Graduação	19	1520
Especialização	7	560
Mestrado	1	80
Doutorado	3	240
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>2640</b>

**Fonte:** CGADSS/SMS, 2011.

Segundo o parecer nº 753/93, da PGM, é assegurado até 1/3 da carga horária do cargo do servidor (1/3 da carga horária básica). Os cargos que tiveram afastamento foram os que seguem na Tabela 8. Na mesma Tabela é demonstrado que o cargo de médico é que o que lidera os afastamentos para qualificação profissional, seguidos dos cargos de enfermeiro e farmacêutico.

Tabela 8- Afastamentos temporários de servidores da SMS para qualificação profissional

<b>Cargos</b>	<b>3º Trimestre 2011</b>	<b>3º Trimestre 2010</b>
<b>Secretário Municipal</b>	01	-
<b>Secretária Adjunta</b>	01	-
<b>Professor</b>	02	-
<b>Coordenador</b>	02	-
<b>Enfermeiro</b>	13	09
<b>Médico</b>	72	50
<b>Médico Veterinário</b>	02	-
<b>Cirurgião Dentista</b>	01	-
<b>Terapeuta Ocupacional</b>	02	01
<b>Assessor Especialista</b>	02	-
<b>Assistente Administrativo</b>	-	01
<b>Téc. em Radiologia</b>	-	-
<b>Biólogo</b>	02	01
<b>Nutricionista</b>	03	02
<b>Farmacêutico</b>	07	03
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	01	-
<b>Técnico de Enfermagem</b>	01	-
<b>Assistente Social</b>	02	02
<b>Psicólogo</b>	02	03
<b>Fisioterapeuta</b>	-	01
<b>Assist. Admin. Hospitalar</b>	-	-
<b>Professor</b>	01	02
<b>Auxiliar de Gabinete Odonto</b>	-	01
<b>Odontólogo</b>	-	01
<b>Arquiteto</b>	-	-
<b>Administrador</b>	02	-
<b>Fonoaudiólogo</b>	01	-
<b>Físico</b>	01	-
<b>Téc. em Comunicação Social</b>	01	-
<b>Motorista</b>	01	-
<b>Téc. Segurança do Trabalho</b>	01	-
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>77</b>

Fonte: Registro da ED/CGADSS

Outros cargos não tiveram afastamentos realizados no trimestre em estudo, porém, outros como os de coordenações e técnicos realizaram afastamentos para estudos. Com o exposto, o total de servidores em afastamento para qualificação profissional aumentou de 77 para 124 do mesmo trimestre de 2010 e 2011 respectivamente. A variação, neste caso, foi de 61,04% de afastamentos a maior em relação a 2010.

Admitindo a importância e o imbricamento entre as práticas assistências e de gestão com o ensino na saúde, a Equipe de Desenvolvimento mantém a participação em importantes instâncias de fortalecimento da educação permanente e em serviço na SMS..

Nesse trimestre, destacamos importantes avanços no processo de integração ensino-serviço, entre os quais destacam-se: a consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CPES) como instância coordenadora das ações de ensino-pesquisa-assistência na SMS; a instituição do Distrito Docente-

Assistencial (DDA) NHNI como território de referência para o IPA, tendo sido realizado um Seminário de Integração com todos os serviços da região e as coordenações dos cursos da Instituição de Ensino; a consolidação dos DDAs Leste-Nordeste (com a PUC), Glória-Cruzeiro-Cristal (com a UFRGS) e Partenon/Lomba do Pinheiro (com a ESP); avanço na implantação do DDA Norte/Eixo-Baltazar (com a UFCSPA); o avanço no comprometimento da UFCSPA com o processo de integração no CS Santa Marta.

### **Estágios**

O preenchimento das vagas de estágio remunerado ocorre em consonância com a Lei Federal nº 11.788, e Decreto Municipal nº 16.127, que regulam as atividades de estágio, enquanto ato educativo supervisionado no ambiente de trabalho, de forma a não caracterizar vínculo empregatício e assegurar a compatibilidade das ações com o currículo de cada área de formação. Desta forma, o número de estagiários efetivos é variável, conforme situação do respectivo Termo de Compromisso de Estágio, interesse e desempenho de alunos na ocupação das vagas existentes, bem como disponibilidade de profissionais para seleção e supervisão dos alunos em campo de prática.

**Tabela 9- Quantitativo de estagiários remunerados da SMS, no terceiro trimestre dos anos de 2010/2011.**

Estagiários	Período		Variação
	3º trimestre 2011	3º trimestre 2010	
	Nº de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	Nº
Ensino Médio	213	217	-4
Ensino Técnico	30	36	-6
Ensino Superior	272	312	-40
Total de vagas 830/ total ocupado	515	565	-50

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

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

informações padronizadas. As categorias apresentadas nas tabelas 9 e 10 correspondem ao oferecido pelo sistema de informações da PROCEMPA.

**Tabela 10- Quantitativo de estagiários por projeto/programa, no terceiro trimestre dos anos de 2010/2011.**

Projeto/Local de Atuação	Número de Vagas por Projeto	3º trim 2011	3º trim 2010	Varição
		Nº de vagas ocupadas	Nº de vagas ocupadas	Nº
1) Programa Rotativo (nº 918) <sup>1</sup>	235	163	194	-31
2) Programa Rotativo HPS (nº 901)	31	25	29	-4
3) Programa Rotativo HMIPV (nº 161)	113	101	96	5
4) Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº 114) <sup>2</sup>	20	5	10	-5
5) Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre (nº 178)	80	44	38	6
6) Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (nº 154)	5	4	4	0
7) Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (nº 116)	102	55	65	-10
8) Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (nº 166)	105	60	60	0
9) Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (nº 036)	36	12	17	-5
10) Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (nº 165)	30	8	16	-8
11) Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (nº 035)	37	23	29	-6
12) Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (nº 171)	28	11	3	8
13) Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (nº 181)	8	4	4	0
<b>Total</b>	<b>830</b>	<b>515</b>	<b>565</b>	<b>-50</b>

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

Como estão ocorrendo atrasos na formalização de contratação dos estagiários junto à SMA, há várias vagas que estão em processo de contratação, diminuindo, assim, as vagas efetivamente em aberto: 1) Programa Rotativo (nº 918) de 235 vagas, 163 estão ocupadas, 28 em tramitação e 44 em aberto; 4) Projeto: Programa de Erradicação do Aedes Aegypti (nº 114) de 20 vagas, 5 estão ocupadas, 4 em tramitação e 11 em aberto; 5) Projeto: Atenção Integral à População de Porto Alegre

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

<sup>2</sup> Projetos precisam ser renovados, possuem validade. Um estagiário substitui o outro.

(nº 178) de 80 vagas, 44 estão ocupadas, 22 em tramitação e 14 em aberto; 6) Projeto: Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes (nº 154) de 5 vagas, 4 estão ocupadas e 1 em aberto; 7) Projeto: Reorganização da Assistência Farmacêutica (nº 116) de 102 vagas, 55 estão ocupadas, 26 em tramitação e 21 em aberto; 8) Projeto: PIM/ PIÁ – Primeira Infância Melhor (nº 166) de 105 vagas, 60 estão ocupadas, 27 em tramitação e 18 em aberto; 9) Projeto: Atenção a Saúde em Creches Comunitárias (nº 036) de 36 vagas, 12 estão ocupadas, 6 em tramitação e 18 em aberto; 10) Projeto: Programa de Saúde Escolar: Universidade / SUS (nº 165) de 30 vagas, 8 estão ocupadas, 8 em tramitação e 14 em aberto; 11) Projeto de Prevenção a DST/ AIDS (nº 035) de 37 vagas, 23 estão ocupadas, 4 em tramitação e 10 em aberto; 12) Projeto: Trabalho de Ações em Saúde Ambiental para o PIEC (nº 171) de 28 vagas, 11 estão ocupadas, 7 em tramitação e 10 em aberto; 13) Projeto: Telemedicina/ Informática/ CGRABS remanejo projeto 116 (nº 181) de 8 vagas, 4 estão ocupadas, 2 em tramitação e 2 em aberto.

**Tabela 11- Quantitativo de estagiários Não Remunerados via SMA, terceiro trimestre dos anos de 2011/2010.**

INSTITUIÇÃO	CURSO	Nº de estagiários 2011	INSTITUIÇÃO	Nº de estagiários 2010 <sup>3</sup>
ET Cristo Redentor	-----	0	ET Cristo Redentor	9
EEP Moinhos de Ventos	Tec. em saúde bucal	3	EEP Moinhos de Ventos	0
ET Cristovão Colombo	Tec Radiologia	1	ET Cristovão Colombo	0
ETS HCPA	Téc Radiologia	4	ETS HCPA	1
FEEVALE	-----	0	FEEVALE	18
IPA	Enfermagem	1	IPA	6
PUCRS	Enfermagem	2	PUCRS	11
	Psicologia	3		
UFCSPA	Fonoaudiologia	12	UFCSPA	1
UFRGS	Enfermagem	6	UFRGS	3
	Medicina Veterinária	1		
	Odontologia	1		
ULBRA	Medicina Veterinária	1	ULBRA	8
	Psicologia	2		
	Serviço Social	6		
UNISINOS	Enfermagem	10	UNISINOS	16
Total		53		73

As práticas curriculares são atividades educacionais desenvolvidas por grupos de alunos nos campos da SMS com a presença permanente de professor da instituição de ensino. A redução do número de estudantes em relação ao trimestre

<sup>3</sup> Não havia controle dos cursos do não remunerado em 2010, por isso os números de estagiários não discriminam curso e sim o total por Instituição de Ensino

anterior é decorrente da sazonalidade, especialmente dos cursos de nível técnico, que procuram os campos da SMS de acordo com a demanda do mercado. Nos cursos de graduação a variação depende da oferta das disciplinas, que varia entre o primeiro e o segundo semestre.

**Tabela 12– Quantitativo de estagiários não remunerados na modalidade de Prática, no terceiro trimestre do ano de 2011/2010.**

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	CURSO	Nº ALUNOS em 2011	Nº ALUNOS em 2010
UFRGS	Enfermagem	53	6
	Odontologia	23	55
	Fisioterapia	205	55
	Medicina	6	68
PUCRS	Enfermagem	51	136
	Nutrição	0	11
	Fármácia	31	0
UNIVERSITÁRIO	Téc. Enfermagem	29	57
IPA	Enfermagem	78	32
	Fisioterapia	20	133
CEDEN	Téc. Enfermagem	15	33
ULBRA	Enfermagem	40	41
SENAC	Téc. Enfermagem	55	28
LAFAYETTE	Téc. Enfermagem	11	0
	Inst. Cirúrgica	15	28
FACTUM	Téc. Enfermagem	6	81
UNISINOS	Enfermagem	82	59
ESCOLA ZONA SUL	Téc. Enfermagem	18	0
FUC	Téc. Enfermagem	0	8
HCPA	Téc. Enfermagem	0	21
FEEVALE	Enfermagem	0	13
SÃO MIGUEL	Téc. Enfermagem	0	45
<b>Total</b>		<b>738</b>	<b>910</b>

Além destes, cursos de graduação e técnicos que são desenvolvidos na rede de serviços da SMS, profissionais graduados em residência profissional atuam na rede de serviços e de gestão nas diversas áreas da SMS. Abaixo, seguem as Tabelas 13 e 14, que explicitam a atuação dos residentes nos locais de práticas, incluindo residências profissionais de instituições de ensino públicas e privadas, bem como as próprias (HMIPV e HPS).

Tabela 13– Ações de formação / especialização – residências

<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO</b>	<b>PROGRAMA</b>	<b>Nº DE RESIDENTES E DE ALUNOS DE ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>LOCAIS DE PRÁTICA</b>
<b>Escola de Saúde Pública</b>	Residência Multiprofissional e Residência Médica Ênfases: - Atenção Básica em Saúde - Pneumologia Sanitária - Saúde Mental - Dermatologia Sanitária;	74	GD PLP Serviços especializados em Pneumo e Saúde Mental - CGVS - HMIPV
<b>PUC</b>	PREMUS – Saúde da Família e Comunidade	19	GD Leno (UBSs: Morro Santana, Jardim Carvalho, Jardim Protásio Alves, USF Tijuca, CS Bom Jesus
<b>UFCSPA</b>	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
<b>HCPA</b>	Residência Médica em Cirurgia Geral	03	GD Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas – CS Navegantes
<b>GHC</b>	Residência em Intensivismo	01	HPS - UTI Pediátrica
	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
<b>HCPA</b>	Residência em Cirurgia Geral	01	Cirurgia Geral / HPS
<b>Hospital Ernesto Dorneles</b>	Residência em Cirurgia Geral	01	Cirurgia Geral / HPS
	Residência em Cirurgia Plástica	01	Queimados / HPS
<b>Hospital São Lucas da PUCRS</b>	Cirurgia Plástica	02	Queimados / HPS
<b>Hospital Prof. Ivo Correa Meyer</b>	Residência em Oftalmologia	02	Oftalmologia / HPS
<b>ULBRA – CANOAS</b>	Residência em Cirurgia Buco Facial	03	Buco Facial / HPS
<b>TOTAL</b>		<b>154</b>	

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

– Tabela 14 Ações de formação – residências próprias

<b>INSTITUIÇÃO DE ENSINO</b>	<b>PROGRAMA</b>	<b>Nº DE RESIDENTES</b>	<b>Nº DE ENCONTROS</b>
<b>HMIPV</b>	Ginecologia e Obstetrícia	21	30
<b>HMIPV</b>	Pediatria	12	30
<b>UFCSPA/ HMIPV</b>	Psiquiatria	15	97
<b>HPS</b>	Residência Médica em Cirurgia Geral	06	26
<b>HPS</b>	Residência Médica em Cirurgia do Trauma	03	26
<b>HPS</b>	Residência Médica em Medicina de Emergência	16	52
<b>HPS</b>	Residência em Psicologia Hospitalar	08	26
<b>TOTAL</b>		<b>81</b>	

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

Com o trabalho na direção da consolidação dos distritos docentes assistenciais e o envolvimento gerado em torno desta conformação de estrutura e relação ensino-serviço entre a SMS e as Instituições de Ensino envolvidas, o objetivo é convergir com o ensino focado no desenvolvimento do SUS considerando a estrutura em redes e linhas de cuidado que devem ser consolidadas no território da cidade de Porto Alegre. Inclui, por isso, manter e qualificar ainda mais a atuação na área hospitalar, bem como ampliar a atuação especializada e também multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, na área ambulatorial e nas estruturas de gestão da SMS.

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

A meta pactuada Plano Municipal de Saúde está descrita na 10ª Diretriz: Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão do SUS.

A Meta estabelecida para alcance 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 de saúde com Ações de Humanização, bem como Constituir e consolidar os Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs) nas 8 Gerências Distritais, nos 2 hospitais, nos 3 Prontos Atendimentos e no CGVS.

Com vistas ao alcance destas metas, seguem as ações e atividades realizadas até 3º trimestre de 2011.

### ***Eixo gestão do trabalho – Cogestão***

1) Meta: Implementar e consolidar os Grupos de Trabalho em Humanização (GTH) em 50% das Gerências Distritais, Hospitais e Pronto-Atendimentos Municipais.

Conforme a tabela 15, todas as Gerências distritais têm representação do Comitê de Humanização da SMS, mesmo aquela sem o GTH constituído, como no caso da Gerência Partenon-Lomba do Pinheiro.

**Tabela 15- Eixo gestão do trabalho - Cogestão**

<b>Gerência Distrital</b>	<b>Portaria GTH</b>	<b>GTH constituído?</b>	<b>Representação no Comitê de Humanização da SMS</b>
<b>CENTRO</b>	encaminhada	sim	sim
<b>NHNI</b>	encaminhada	sim	sim
<b>PLP</b>	não	não	sim
<b>LENO</b>	sim	sim	sim
<b>SCS</b>	encaminhada	sim	sim
<b>GCC</b>	encaminhada	sim	sim
<b>NEB</b>	encaminhada	sim	sim
<b>RESTINGA</b>	encaminhada	sim	sim
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

Fonte: GTH constituídos com portaria publicada na Rede primária de saúde.

As gerencias distritais: NEB, GCC, Centro, Restinga, NHNI e SCS estavam com grupos constituídos no trimestre em avaliação, com modelo de portaria para encaminhamento e publicação. Desta forma, a área técnica e a SMS estão próximos de atingir a meta PAS 2011 - das 8 gerências distritais com portaria de GTH publicadas.

2) A meta pactuada para 2011 é atingir 50% dos serviços de saúde com Ações de Humanização.

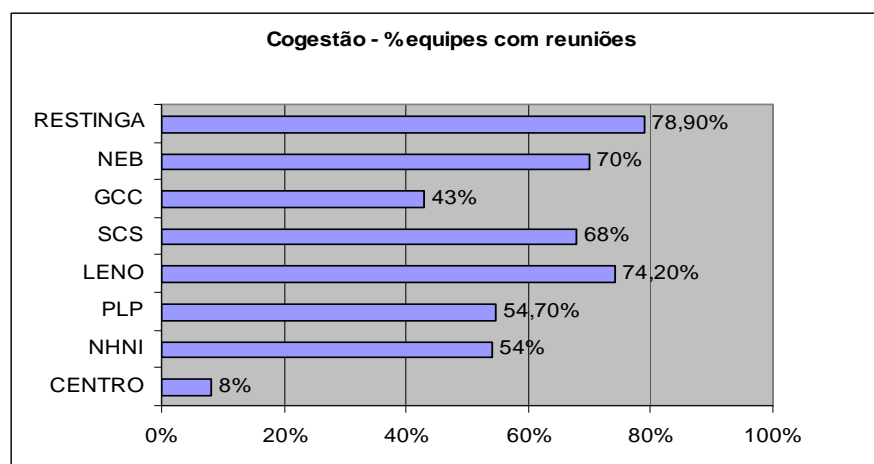
**Tabela 16– Eixo gestão do trabalho - Cogestão – Reuniões de equipe**

GERENCIAS	Total de equipes por serviços	2011	2010	O que falta para a meta	Variação %
		3tri	3tri	2011	2011/2010
CENTRO	25	2	0	11	+2
NHNI	24	13	1	0	+12
PLP	42	23	1	0	+22
LENO	35	26	0	0	+26
SCS	25	17	0	0	+17
GCC	37	16	0	3	+16
NEB	30	21	7	0	+14
RESTINGA	19	15	0	6	+15
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>133</b>	<b>09</b>	<b>20</b>	<b>+124</b>

Fonte: Comitê de humanização e CRAPS/SMS, 3º trimestre/2011.

Observa-se, na tabela 16 (acima), a variação 2011/2010 por Gerência Distrital bem como o que falta para atingir a meta no PAS. Houve um aumento significativo no número de serviços que realizam reuniões de equipe em todas as gerências. Destaca-se o acréscimo de serviços com reuniões de equipe nas Gerências LENO, PLP e SCS.

Cinco Gerências Distritais (NHNI, PLP, LENO, SCS e NEB) já atingiram a meta pactuada de 50% das unidades com a ação. A figura abaixo ilustra a percentagem de serviços que realizam reuniões de equipe nas oito GD de Saúde.



**Figura 1** Eixo gestão do trabalho -Cogestão – Reuniões de equipe  
**Fonte:** Comitê de humanização e CRAPS/SMS, 3º trimestre/2011.

De forma geral, se constata que a Rede de Atenção Primária à Saúde atingiu a meta pactuada de 50% da ação no PAS 2011, conforme o figura 2, abaixo.

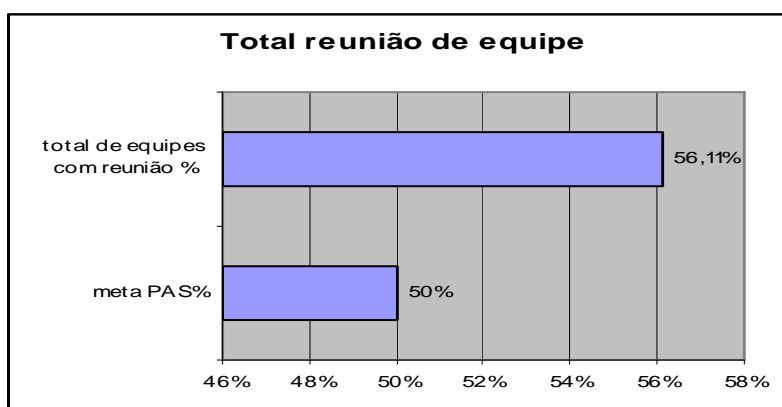


Figura 2 Eixo gestão do trabalho -Cogestão – Reuniões de equipe  
 Fonte: Comitê de humanização e CRAPS/SMS, 3º trimestre/2011.

Importante salientar que as ações descritas referem-se à consolidação da Humanização no direcionamento da assistência e da gestão na SMS. Acredita-se que o reconhecimento de práticas de equipe e estruturas do cotidiano enquanto práticas humanizadoras – como as reuniões de equipe, a formação de Conselhos Locais de Saúde e a constituição dos GTH – auxiliam na modificação positiva das relações entre profissionais de saúde e entre estes e usuários.

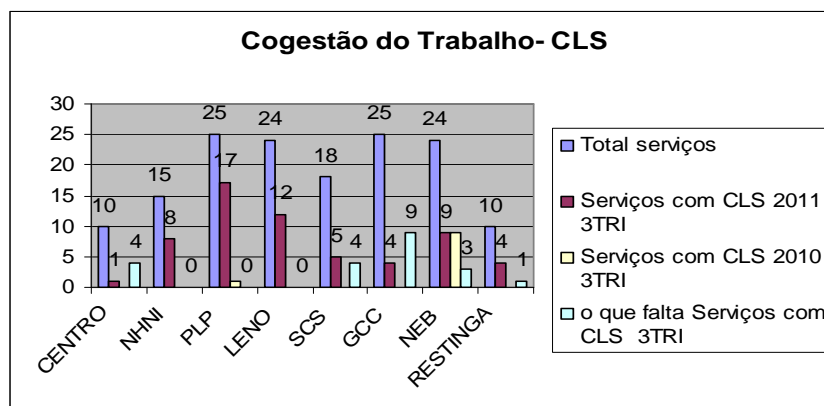
Corroborando com o exposto acima, são apresentadas a tabela 17 e figuras 3 e 4.

Tabela 17- Eixo Gestão do trabalho: Conselho local de saúde

GERENCIAS	Total de serviços	3º trim 2011	3º trim 2010	O que falta de Serviços com CLS	Varição 2011/2010
CENTRO	10	1	0	4	+1
NHNI	15	8	0	0	+8
PLP	25	17	1	0	+16
LENO	24	12	0	0	+12
SCS	18	5	0	4	+5
GCC	25	4	0	9	+4
NEB	24	9	9	3	0
RESTINGA	10	4	0	1	+4
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>60</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>+50</b>

Fonte: Comitê de humanização e CGRAPs/SMS, 2011.

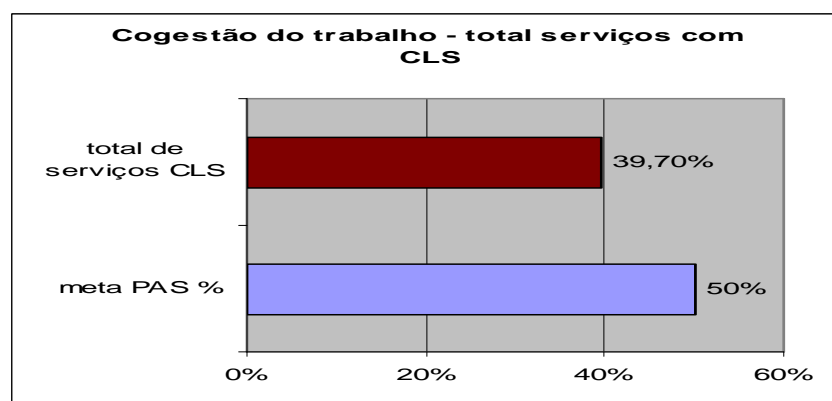
Observa-se na tabela acima um aumento significativo dos conselhos locais de saúde nas Gerências Distritais PLP, LENO e NHNI.



**Figura 3**-Eixo gestão do trabalho: conselho local de saúde

Fonte: Comitê de humanização e CRAPS/SMS, 3º trimestre/ 2011.

Observa-se, na figura acima (figura 3), que as gerências PLP, LENO e NHNI, já possuem o total de serviços com a meta proposta. Mesmo assim, a ampliação significativa do número de serviços com Conselhos Locais de Saúde (CLS) ainda não resultou no alcance da meta anual até o trimestre em análise. O total de CLS foi de 39,1% para o trimestre em análise.



**Figura 4** - Eixo gestão do trabalho: conselho local de saúde

Fonte: Comitê de humanização e CRAPS/SMS, 3º trimestre/ 2011.

As ações de humanização não envolvem apenas a sua consolidação nas práticas de gestão (Cogestão), mas também nas práticas assistenciais. Estas são representadas nas diretrizes relacionadas ao acolhimento, à ambiência e à clínica ampliada, basicamente. Estas práticas assistenciais ainda não foram monitoradas nos serviços de APS e ambulatoriais especializados, mas já são acompanhadas nos três Pronto-Atendimentos e nos dois Hospitais municipais e na Coordenação Geral da Vigilância em Saúde (CGVS) (Tabela 18).

**Tabela 18**– Diretrizes, dispositivos e ações trabalhadas nos 3 Pronto Atendimentos, dois Hospitais e CGVS.

SERVIÇOS	DIRETRIZES	DISPOSITIVOS		AÇÕES			
	Principais diretrizes trabalhadas	GTH	GTH - PORTARIA	Acolhimento por necessidades c. uso de protocolo.	Visitas Domiciliares	CLS	REUNIÕES periódicas das equipes do serviço
<b>PA B. JESUS</b>	Cogestão Acolhimento Ambiência Clínica Ampliada	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
<b>PA LOMBA DO PINHEIRO</b>	cogestão	NÃO	NÃO	NI	NI	NÃO	SIM
<b>PA CRUZEIRO DO SUL</b>	Cogestão	SIM	NÃO	NI	NI	SIM	SIM
<b>HPS</b>	cogestão	SIM	SIM	NI	NI	NI	NI
<b>HPV</b>	Cogestão	SIM	NÃO	NI	NI	NI	NI
<b>CGVS</b>	NI	NI	NI	-	-	NI	NI

Fonte: Comitê de Humanização. \*NI: não informado.

Observa-se, na tabela acima (Tabela 18), as principais diretrizes, dispositivos e ações nos PAS, e Hospitais. A diretriz cogestão do trabalho com o dispositivo com grupos de trabalhos e reuniões é o que mais se destaca, reforçando o estágio de consolidação estrutural da Humanização da Saúde em Porto Alegre.

De forma específica, segue abaixo a descrição das ações de humanização realizadas nos 3 Pronto Atendimentos nos 2 hospitais HPS e HPV:

**Pronto Atendimento da Bom Jesus:** O GTH Bom Jesus é constituído por trabalhadores do Centro de Saúde Bom Jesus e Pronto Atendimento Bom Jesus, devido à convivência diária entre trabalhadores e à constituição do Conselho Local de Saúde seguir à mesma representatividade.

O primeiro encontro ocorreu em 18/08, com a participação de 15 trabalhadores, 3 gestores, 1 representante do Conselho Distrital e 3 convidados (HPS, Gerência LENO e Apoiador institucional). Os encontros seguintes ocorreram em 22/09, com a participação de 9 trabalhadores e 1 gestor; e, 17/10, com a participação de 14 trabalhadores, 1 representante Conselho Distrital e 1 gestor, neste último encontro não houve participação do Centro de Saúde.

No primeiro encontro, o grupo realizou um breve diagnóstico das relações de trabalho e dificuldades observadas. Definiu-se pela priorização, dos temas: fluxos de comunicação e atribuições dos diversos setores e profissionais.

Atualmente os encontros são mensais, na 3ª segunda-feira do mês, às 13h30min.

## **QUALIFICAÇÃO ESTRUTURA DE ATENDIMENTO**

Em 09/08, complementando a adequação do local às diretrizes do Protocolo de Manchester, foram substituídos os bancos de madeira no saguão e corredores em frente aos consultórios e Salas de Observação. Os novos bancos seguem a classificação de prioridade no atendimento (emergência/vermelho, muito urgente/laranja, urgente/amarelo, pouco urgente/verde, não urgente/azul) e contribuem para a localização dos pacientes e organização do processo de trabalho. Os novos bancos são confeccionados com material mais resistente e flexível, proporcionando maior conforto ao usuário que aguarda atendimento. Em 04/10 foram substituídas 8 poltronas das salas de observação pediátrica e intermediária, garantindo acomodação adequada ao paciente e ao acompanhante.

## **CONSELHO LOCAL DE SAÚDE**

Na unidade está constituído o Conselho Local, com representantes do Pronto Atendimento e Centro de Saúde Bom Jesus. As reuniões são mensais, ocorrem na 2ª terça-feira de cada mês, às 18h30, no Auditório do Centro de Saúde.

### **BUSCA ATIVA E ACOLHIMENTO**

Integra a rotina de trabalho do Serviço Social:

- acolhimento, busca ativa ou articulação com a rede de atendimento em situações em que há suspeita de violação de direitos,
- acolher, utilizando-se da escuta sensível, idosos sem acompanhante e que demonstram dependência e/ou fragilidade dos vínculos familiares,
- acolhimento e atendimento de pacientes que demandam atendimento, cuja queixa foi classificada como não urgente.

**Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro:** não há GTH ou CLS constituídos no PA Lomba do Pinheiro; Ocorreu uma reunião geral do PALP em agosto, 1 reunião mensal p/ turno (manhã, tarde e noite), com técnicos e auxiliares de

enfermagem), 1 reunião mensal com todos enfermeiros e a coordenação de enfermagem, 1 reunião mensal das enfermeiras para discussão e implantação de rotinas com o objetivo de qualificar e melhorar o atendimento aos pacientes;

Continuam as aquisições de materiais e equipamentos para qualificar o atendimento aos pacientes em consultas ou internados em Sala de Observação.

**Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul:** Há reuniões mensais no GTH-PACS; As reuniões com os representantes da SMS são reuniões quinzenais; acolhimento aos usuários do PACS antes (um aux. enf.) e após a emissão do boletim, com protocolo de Manchester adaptado ao local (um aux. enf. e dois enfermeiros); reuniões mensais com enfermeiros; reunião do GTH – PACS com componentes do Comitê de Humanização da SMS.

**Hospital de Pronto socorro:** Realização de reuniões quinzenais do GTH; Realização do Encontro de Humanização do HPS em dois momentos, com o tema principal “A Melhoria dos fluxos de comunicação em face de inicio das reformas do Qualisus”; Participação do Encontro de Humanização do Pronto Atendimento Bom Jesus; Participação do Encontro de Humanização da Secretaria Municipal de Canoas; Participação da organização do 1º Encontro Regional de Humanização de Lindolfo Collor, bem como participação do evento.

**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas:** No IIIº trimestre do corrente ano, o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do HMIPV deu seguimento na análise da pesquisa de opinião realizada junto a um grupo representativo de trabalhadores, na qual buscou-se averiguar o grau de conhecimento sobre humanização na saúde e identificar a expectativa dos mesmos sobre a atuação do Grupo; Em virtude da excelente adesão ocorrida no Dia do Desafio, sistematizamos a oficina de trabalhos manuais que denominamos de “Fuxico”, as quais seguem com boa frequência; Participação no Seminário de Humanização promovido pela Fundação Hospitalar Sapucaia do Sul, em 11 de agosto;

Participação no Encontro de Humanização da Iª Coordenadoria Regional de Saúde, em Lindolfo Collor, em 23 de setembro;

O GTH institucional segue participando, através de sua representante, Dra. Ana Cirne, do Comitê Municipal de Humanização e realizando as reuniões institucionais.

Em andamento, a organização e preparo do evento para o final do mês de outubro, agora já solidificado como “I Seminário de Humanização do HMIPV”, momento em que se pretende debater a humanização na assistência.

### **6.3 Ouvidoria do SUS**

Historicamente, sempre houve a necessidade de um intermediário entre o administrador e o cidadão. Mesmo assim, a compreensão sobre o real papel da Ouvidoria ainda está muito difusa, tanto para a comunidade como para os funcionários da saúde. Acreditando que para as atividades da Ouvidoria sejam realizadas com eficiência, é preciso que haja um estreito relacionamento com os outros setores da secretaria, a coordenação se preocupou neste período em planejar e organizar um encontro entre os representantes da SMS e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde. A idéia era discutir a importância da Ouvidoria e seu papel dentro da secretaria, num encontro de sensibilização. Com demandas sem respostas há mais de dois anos, a Ouvidoria era considerado como um órgão puramente fiscalizador. As ações e solicitações da Ouvidoria eram avaliadas com desconfiança e como mera cobrança, sendo comparada de forma errada com uma corregedoria interna.

Na verdade, um dos objetivos é evitar as repetições de problemas e erros cometidos pelos serviços, por isto, o Ouvidor sugere algumas propostas de correções de mudanças de atitudes e procedimentos. Neste período, foi apontada a coordenação da rede básica de saúde que, alguns postos de saúde, estavam encerrando suas atividades no turno da tarde – para a realização de reuniões de equipe – no último dia das campanhas de vacinação, o que provocava um número expressivo de reclamações de cidadãos.

Assim, ratificamos a importância da gestão analisar com a ouvidoria os dados recebidos, discutir encaminhamentos necessários e monitorar as ações a partir disso. O que estamos, gradativamente, implementando.

Além de receber informações e demandas dos usuários, a Ouvidoria também iniciou uma ação pró-ativa, com aplicação de pesquisas e a produção de conhecimento sobre a ouvidoria e seus processos de trabalho. Neste período, foi organizada uma pesquisa de satisfação ao atendimento do Hospital de Pronto Socorro. Para a Ouvidoria toda manifestação é importante: reclamação, sugestão, dúvida ou elogio. Tudo o que cidadão diz, informa sobre o funcionamento dos serviços da SMS.

O grande desafio para o próximo ano é implementar uma ouvidoria ainda mais pró-ativa, que além de receber as reclamações, elogios e demandas da população, também trabalhe para satisfazer seus usuários. Para isto, precisamos

garantir uma gestão participativa e ouvir o cidadão. No próximo trimestre, a Ouvidoria deve realizar o encontro de sensibilização e já sinalizar alternativas de proatividade.

Este relatório, inclui dados de demandas oriundas da Câmara Municipal, CARs, OuvidorSUS e através de processos, todos encaminhados pelo 156 – Atendimento ao cidadão, através de telefone e demais contatos do cidadão, como carta ou e-mail.

Com o objetivo de aprimorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pela SMS, buscamos diagnosticar os dados transmitidos pelos usuários que se dirigiram a Ouvidoria.

No 3º trimestre de 2011, por meio do Fala Porto Alegre, a Ouvidoria do SUS recebeu 1.638 demandas, dos quais 1.236 foram das ligações recebidas pelo telefone 156 – Atendimento ao cidadão e 115 enviadas pelo sistema OuvidorSUS do Ministério da Saúde. As outras manifestações que chegaram até a Ouvidoria foram encaminhadas pela Câmara de Vereadores, CARs, processos, entre outros. Este número representa uma redução de 583 solicitações em relação ao ano anterior.

A idéia é discutir e elaborar estratégias para aumentar o acesso de todas as áreas ao sistema de atendimento ao cidadão, a fim de reduzir o número de demandas não respondidas e propor formas de uma maior divulgação no acesso à ouvidoria.

Tabela 19 Quantitativos das demandas protocoladas, período 2010-2011.

Demandas	3 Trim 2011	3 Trim 2010	Varição
Demandas recebidas por período (incluindo as encaminhadas fora do sistema)	1.638	2.221	-583
Total	1.638	2.221	-583

Fonte: Fala Porto Alegre, OuvidorSUS, Câmara de Vereadores e outros

Na análise detalhada abaixo se observa os tipos de dificuldades enfrentadas pelos cidadãos, que são as mais demandadas pelo serviço. Houve um significativo aumento nas questões relacionadas a obstáculos na marcação de consultas especializadas, o atendimento de consultas na rede básica de saúde, o mau atendimento dos postos de saúde e a falta de funcionários nas unidades de saúde.

Tabela 20 Relatório - Média de Atendimento por tipo

Reclamações e Elogios	3º tri 2011	3º tri 2010	Varição
Reclamação Consultas Especializadas - Rede Básica	405	271	134
Reclamação Consultas - Rede Básica	334	285	49
Mau Atendimento - Rede Básica	281	154	127
Não Atendimento - Rede Básica	229	148	81
Falta de Profissional - Rede Básica	203	183	20
Elogio / Agradecimento – Pronto Atendimento	2	0	2
Elogio / Agradecimento – SMS	5	1	4
Elogio / Agradecimento - Rede Básica	21	27	-6
Elogio / Agradecimento – SAMU	5	7	-2

Uma das medidas tomadas para agilizar a resposta das solicitações dos usuários, foi a descentralização do envio das demandas. Constata-se o fato com os significativos aumentos nos pedidos encaminhados as gerências e a grande redução de atividades da Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde. Com o mesmo objetivo, houve um encaminhamento de um grande número de solicitações à Assessoria de Comunicação, onde as respostas foram enviadas no mesmo dia.

Tabela 21- Distribuição das demandas por local da ocorrência, período 2010-2011

local da ocorrência	3º Trim/2011	3ºTrim /2010	Varição
Ouvidoria	1545	1323	222
Gerência Distrital Norte / Eixo-Baltazar	0212	0197	15
Gerência Distrital Centro	0187	0141	46
Gerência Distrital Noroeste / Humaitá / Ilhas	0158	0172	-14
Gerência Distrital Sul / Centro-Sul	0149	0119	30
Gerência Distrital Partenon / Lomba do Pinheiro	0126	0133	-7
Gerência Distrital Leste / Nordeste	0110	0119	-9
Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal	0099	0078	21
Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul	0069	0070	-1
Assessoria de Comunicação	0060	0	60
Assistência Farmacêutica	0052	0186	-134
Urgência / Emergência	0031	0031	0
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	0026	0019	7
Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Primária em Saúde	0023	799	776
Vigilância em Saúde	0022	0030	-8
Hospital de Pronto Socorro - HPS	0021	0018	3
Assessoria de Planejamento	0018	0016	2
Gerência de Regulação de Serviços de Saúde - GRSS	0016	0075	-59
Assessoria Comunitária	0013	0003	0
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - HMIPV	0013	0010	3
Coord. Geral de Administração Técnico Administrativa	0010	0013	-3
Pronto Atendimento Bom Jesus	0008	0003	5
Cartão SUS	0006	0006	0
Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	0005	0011	-6
Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro	0004	0003	1
Pronto Atendimento Restinga	0001	0004	-3
Total Geral:	2984	3631	-647

Todos os ajustes e mudanças mencionados visam a estabelecer um canal de comunicação direta entre os cidadãos e a gestão da SMS, para que possamos obter informações precisas, atendimento padronizado e serviços de qualidade, que proporcionará a adequação às expectativas e garantia a satisfação dos usuários. Através das demandas, a Ouvidoria terá condições de medir o grau de desempenho e as necessidades a fim de promoverem as mudanças, além de aprimorar a qualificação dos serviços.

Nos próximos dados, constatamos que de todas as demandas encaminhadas, houve uma redução nas respostas no 3º trimestre de 2011 em relação a 2010. Por isto, também todo nosso trabalho para a ampliação este número. Proporcionalmente ao número de demanda a redução ficou em 11,92%.

Para reverter esse quadro, reiteramos a necessidade da legitimidade da Ouvidoria perante seus parceiros internos e externos para que possamos criar mecanismos de mudanças e proposições a partir dos problemas apontados pela população usuária do SUS.

**Tabela 22-** Demandas recebidas e respondidas

Demandas	2011	2010	
Recebidas	950	1.199	20,76%
Respondidas	688	1.022	32,68%
Total	1.638	2.221	11,92%

### **6.3.1 Ouvidoria do HMIPV**

Como os dados começaram a serem contabilizados neste ano de 2011, não há comparativo com o ano de 2010.

Tabela 23-Atendimentos na Ouvidoria SUS do Hospital Materno Infantil presidente Vargas – 3º trimestre, 2011.

Ouvidoria		3º TRIM 2011	
		Nº	%
156	concluídas	16	100
	pendentes	00	0
	Total	16	100
Presencial	concluídas	35	100
	pendentes	00	0
	Total	35	100
Total	concluídas	51	100
	pendentes	00	0
Total Geral		51	100

Fonte: Ouvidoria HMIPV.

#### 6.4 Assessoria de comunicação

O trabalho desenvolvido pela Assessoria de Comunicação, no período de julho a setembro de 2011, baseou-se basicamente na contribuição para o Plano Anual de Saúde, tendo foco nas metas 4, 5, 14, 21, 24, 59, e 117, 126, nas quais a Assessoria foi pactuada como parceira para o cumprimento dos objetivos. Além disso, a Assessoria contribuiu e desenvolveu ações para metas nas quais não foi citada como parceira, como 58, 62, 101, 103, 110, 118, 119, 188. A Assessoria também trabalhou objetivando o cumprimento das metas 153 e 154, sob sua responsabilidade.

Destacaram-se as seguintes ações realizadas no 3º trimestre do corrente ano:

Execução da 2ª Etapa da Campanha de Vacinação contra a Poliomielite – Dia D. A ASSECOM participou da elaboração e implantação do projeto, que previa a execução de diversas ações de divulgação, educação e informação em parceria com shoppings, secretarias municipais, creches particulares e parques. A meta estipulada no PAS foi atingida.

Relacionamento permanente com o Gabinete de Comunicação Social para a realização da campanha de mídia para a prevenção de DST/Aids e da Dengue, tendo como foco epidemias e agravos à saúde, onde serão abordadas as prevenções à Aids e Dengue.

Encaminhamentos para a campanha de comunicação e educação permanente da Dengue, que será implantada em 2012.

Implantação de campanha de mídia para a prevenção de DSTs/Aids – “Não deixe a dúvida tomar conta da sua Vida”. Foram realizados materiais gráficos como cartazes, folders, outdoor, mídia de rádio, MTV.

A Assessoria, no 3º trimestre, passou a integrar as reuniões da Comissão de DSTs/Aids do Conselho Municipal de Saúde, organizando o planejamento de comunicação permanente a ser implantado pelo gestor em parceria com os movimentos sociais.

Construção de campanha de comunicação alternativa de educação e conscientização para a prevenção de DSTs/Aids que será implantada em 2012.

Apoio nas atividades de prevenção das Hepatites Virais.

Participação do Comitê de Enfrentamento da Tuberculose, no grupo de comunicação e controle social, colaborando na construção do plano de atividades.

Parceria com a Área Técnica de Controle do Tabagismo para a execução de atividades de prevenção do Tabagismo. Estimulando ambientes livres do tabaco.

Confecção do Projeto Mês de Mobilização da Saúde da População Negra, que em parceria com a Área Técnica de Saúde da População Negra, será implantado em Porto Alegre com o objetivo de promover a equidade e combater a discriminação.

Início da elaboração do Projeto Raça/Cor, em parceria com a Área Técnica de Saúde da População Negra, que objetiva desenvolver ações que qualifiquem o sistema de informação do SUS em relação à raça/cor.

Cerimonial e auxílio na organização do Seminário sobre Doença Falciforme e Lançamento da Cartilha Doença Falciforme, elaborada no trimestre anterior.

Parceria na realização do Seminário de “Aleitamento materno e humanização da assistência, Por quê?”, bem como elaboração das peças gráficas para incentivo à campanha de doação de leite.

Participação do Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, realizado em Brasília, onde a SMS Porto Alegre esteve presente com um stand de divulgação de seus serviços de saúde mental, saúde da população negra e saúde nos ciclos de vida. A Assessoria de Comunicação foi responsável pela produção e confecção de todos os materiais.

Planejamento da Semana do Servidor, visando uma atividade que prestigie o funcionário, fazendo-o sentir-se especial e valorizado. Reunião com equipe organizadora; mutirão para colagem das etiquetas e entrega dos books com equipe organizadora; negociação e solicitação de documentação pendente para montagem

do processo de contratação do artista.

Monitoramento da confecção e entrega dos materiais para a implantação do Protocolo de Manchester.

Finalização do projeto para o Aniversário de 15 anos da Oficina Geração POA.

Finalização dos Projetos Básicos para licitação de Materiais Gráficos e Materiais Institucionais da SMS, que possibilitarão uma ampliação e qualificação dos processos de produção.

Elaboração de proposta para o evento de retrospectiva e perspectivas do Projeto Inforede.

Início do planejamento de Projeto de Comunicação, prevendo ações de comunicação dirigida.

O setor participou das reuniões do ParticipaSUS, organizando ainda a sensibilização da Ouvidoria, por meio de planejamento da proposta, orçamentação, contatos, processos.

A Assessoria integrou as ações da Comissão Organizadora da 6ª Conferência Municipal de Saúde, nas comissões de Infra-estrutura e de Divulgação, planejando, organizando, divulgando a realização da Conferência, administrando as necessidades junto a Produtora, a votação dos delegados e recolhimento das urnas eletrônicas, além de responsabilizar-se pelo cerimonial. A Assessoria de Imprensa foi responsável pela manutenção de notícias do site e cobertura de imprensa da conferência final.

Por meio da parceria com a Escola Superior de Propaganda e Marketing – ESPM foi desenvolvido novo logotipo que, no 3º trimestre, passou a ser 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, que começou a ser utilizada para o auxílio nas obras do hospital.

O setor organizou, divulgou, colaborou e realizou os eventos referentes à: Doação de sangue HPS; Posse dos conselheiros dos conselhos curador e fiscal do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família – IMESF; Solenidade de assinatura do termo de cessão de uso do Centro de Saúde Vila dos Comerciários e do hospital Independência; Inauguração do centro oftalmológico do hospital banco de olhos de Porto Alegre no Centro de Saúde IAPI; 3º Encontro Municipal Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre – PIMPIA; Exposição Somos Iguais –

prevenção DSTs/Aids; Integrou o grupo de planejamento do Jantar Beneficente do HMIPV; Desenvolvimento de projeto para evento da área técnica de saúde bucal; Dia da Criança na SMS.

A Assecom confeccionou ainda os seguintes materiais gráficos: Banner UTI de trauma pediátrico HPS, Cartaz HPS, Adesivo exposição GeraPoA, Convite para semana de combate ao AVC, Logotipo IMESF, Folder Ouvidoria, Logotipo Ouvidoria, Banner PIM PIA Encontro Municipal, Bloco PIM PIA Encontro Municipal, Certificado PIM PIA Encontro Municipal, Convites PIM PIA Encontro Municipal, Panfleto Cronograma PIM PIA Encontro Municipal, Pasta PIM PIA Encontro Municipal, Selo PIM PIA, Cartaz Campanha de doação PIM PIA; Cartaz, banner e volantes para a prevenção do Tabagismo (Fumo em locais fechados), Cartaz de esclarecimento aos funcionários – SMS, Cartaz votação HPS, Cartazete “Grand Round” – DST AIDS, Banner de apresentação USF, Cartaz Seminário Sensibilização Doença Falciforme, Folder Seminário Sensibilização Doença Falciforme; Mostra de Trabalhos Científicos Amamentação – Rede Amamenta Brasil e Ambiente, Campanha de incentivo a doação de leite materno, Placas de sinalização interna e externa dos serviços e Folder Redução de Danos.

A Assessoria de Comunicação desenvolveu suas atividades baseadas nas metas estabelecidas na PAS, sempre visando ações de comunicação como ferramenta estratégica de gestão, minimizando ruídos e fortalecendo a imagem do SUS. Trabalhando para que as ações fossem sempre vinculadas ao processo de planejamento da SMS de forma integral, buscando interligar ações para resultados mais efetivos. No entanto, cabe ressaltar, que o trabalho é extremamente vinculado às atividades dos demais setores da SMS e percebe-se a dificuldade organizacional em manter uma linha de atuação, tendo em vista as muitas solicitações que não se relacionam com as metas ou que não estavam no planejamento geral. Isso gera uma constante readequação e um esforço excessivo no resultado do trabalho da equipe.

Na análise situacional da ASSECOM, em relação a sua composição de funcionários, detecta-se a necessidade prioritária de uma assistente administrativo, com carga horária integral, para o desenvolvimento das atividades administrativas. Atualmente esse trabalho é realizado por cada técnico da Assecom, o que na maioria das vezes não é produtivo para o desenvolvimento dos demais trabalhos que demandam envolvimento e dedicação. Citamos como exemplo de tarefas administrativas da Assessoria: renovação das assinaturas dos jornais diários, contrato e seleção de estagiários, abertura de processos, orçamentos de materiais

gráficos, levantamento de necessidades de materiais de uso contínuo, registro de preços para compra de materiais permanentes de aparelhamento do setor, recebimento, encaminhamento e monitoramento de processos, entrega de materiais e processos em órgãos e setores fora do prédio sede da SMS, controle de empréstimo de materiais como caixa de som, microfones, barraca, banners e porta-banners, além da organização interna do setor de maneira geral.

Permanentemente, visando informar a população sobre as notícias pertinentes as ações de saúde da cidade, foram realizadas atividades de utilidade pública junto à imprensa local como divulgação de campanhas, pacientes ignorados, fechamento de unidades, desinsetização, comunicados e atendimento a dúvidas.

Por meio da clipagem das notícias realizadas através do monitoramento diário dos jornais impressos de grande circulação e também pelos registros fornecidos pela CWA, empresa de clipping contratada pela Comunicação Centralizada, em rádio, tv e sites pode-se avaliar o espaço oferecido pelos veículos ao tema de saúde da cidade. De maneira geral, apesar de vivermos uma situação gerencial da SMS de muitas mudanças, novas perspectivas com um planejamento consistente que visa alcançar metas a curto e longo prazo focadas em indicadores de saúde, ainda não foi possível solucionar grandes problemas que, neste trimestre, continuaram a repercutir intensamente na mídia como falta de profissionais e filas de espera nas unidades de saúde, greve dos servidores, superlotação nas emergências hospitalares, falta de leitos e consultas especializadas, precariedade e mau atendimento nos serviços. Desta forma, a Assessoria concentrou o trabalho de jornalismo, num regime de plantão 24 horas semanais, no gerenciamento da relação da SMS com a imprensa, mediando questionamentos e conflitos, propondo fontes, oferecendo respostas efetivas, divulgando ações de saúde e construindo permanentemente uma relação de credibilidade e agilidade.

Salienta-se que como ainda são muitos os problemas a serem gerenciados na saúde da cidade e que os espaços disponibilizados nos jornais são divididos em editoriais e, portanto, restritos, nem sempre é possível a inserção de matérias positivas, pois, de maneira geral, percebe-se que os veículos de comunicação priorizam a pauta negativa.

Ainda assim, através da análise das notícias, é possível diagnosticar que o trabalho de comunicação desenvolvido paralelamente com o novo modelo de gestão adotado pela SMS colaborou na conquista junto à opinião pública, de uma maior credibilidade em relação ao gerenciamento do Sistema Único de Saúde no

município. Favorecendo, desta forma para o fortalecimento da gestão do SUS, como preconiza a 10ª diretriz do PAS 2011.

Destacam-se, a seguir, as notícias que foram pautas neste trimestre:

### **JULHO**

O mês de julho teve cinco assuntos como principais destaques da área de Saúde na imprensa, todos eles amplamente difundidos pela Assessoria de Comunicação Social (Assecom). Foram eles:

1) O anúncio prévio da abertura do **Ambulatório de Oftalmologia no Centro de Saúde IAPI**, previsto para agosto e que expandiria o atendimento a pacientes do SUS e passaria a fornecer medicação gratuita a portadores de glaucoma, por meio de parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Hospital Banco de Olhos. Conforme a previsão, o número de consultas poderia chegar a até 4.400 por mês.

2) As **campanhas de vacinação** contra gripe H1N1, sarampo, poliomielite e hepatites, com destaque para a distribuição, pela SMS, de doses de vacinas para prevenção à gripe.

3) O início da estruturação do **Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF)**, para qualificar e ampliar o atendimento da atenção primária.

4) O anúncio de oferta de novos leitos para pacientes do SUS a partir da reabertura do **Hospital Independência** sob a gestão da Sociedade Sulina Divina Providência, vencedora do edital de chamamento público. A notícia, divulgada em 19 de julho, em entrevista coletiva concedida pelo prefeito José Fortunati e pelo secretário municipal de Saúde, Carlos Henrique Casartelli, teve grande espaço na imprensa, com repercussão nos dias seguintes ao anúncio.

5) Os investimentos na reforma e ampliação da **Emergência do Hospital de Pronto Socorro (HPS)**, em obras dos sistemas hidráulico e elétrico, e na compra de novos equipamentos, totalizando R\$ 15 milhões. O assunto rendeu várias entrevistas solicitadas pelos veículos de comunicação à SMS e à direção do HPS, e continua tendo repercussão frequente na imprensa, a partir da atualização de informações repassadas pela Assecom. A mais recente foi sobre mudanças operacionais feitas pelo HPS para facilitar as obras – entre elas, a entrada e saída de ambulâncias pela mesma via, no portão de acesso à Avenida Oswaldo Aranha.

## **CAMPANHA DE DOAÇÃO DE SANGUE**

Outro assunto com boa receptividade pelos veículos de comunicação foi a campanha de doação de sangue que o HPS vem fazendo regularmente, em coletas realizadas em finais de semana, em um ônibus do Hemocentro estacionado em frente ao hospital. A divulgação tem tido bom espaço, principalmente, em emissoras de rádio, o que vem contribuindo para o aumento crescente do número de pessoas interessadas em doar sangue.

## **AUMENTO DE PROCURA PELAS EMERGÊNCIAS**

Como ocorre normalmente nos períodos de baixas temperaturas, os setores de emergência dos hospitais passam a receber um número elevado de pacientes e o assunto ganha eco constante na imprensa. Diante disso, a Assecom cumpriu seu papel buscando espaços para expor o contraponto da SMS, em respostas por escrito ou intermediando entrevistas do próprio secretário ou de outros representantes da Saúde Municipal.

## **AGOSTO**

Os assuntos referente à SMS que tiveram maior espaço na imprensa, em agosto, foram estes:

**1)** A abertura do **Ambulatório de Oftalmologia no Centro de Saúde IAPI**, que desde o dia 3 daquele mês garante um número significativo de mais atendimentos a pacientes do SUS e fornece medicação gratuita a portadores de glaucoma.

**2)** O lançamento do **Plano de Ação** para reestruturar os fluxos de atendimentos de **Urgência e Emergência**, com o objetivo de assegurar mais agilidade e eficiência aos serviços. Em entrevista coletiva, o secretário Carlos Henrique Casartelli e o coordenador de Urgências da SMS, Jorge Osório, anunciaram o início de um projeto piloto do Plano de Ação no Hospital Conceição, onde, até dezembro, o número de internações deverá estar equilibrado com o de altas hospitalares, de maneira que fique equacionado o excedente de 100 pacientes por dia na Emergência.

**3)** A implantação do **ponto eletrônico** e a instituição da **gratificação** (dividida em quatro parcelas e vinculada ao alcance de metas) de 100% sobre o vencimento básico aos servidores que atuam na estrutura de Gestão do SUS e de 50% para os lotados nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial e na Vigilância em Saúde. O anúncio foi feito com

ênfase na necessidade de maior transparência na gestão (no caso do ponto eletrônico) e de valorização e estímulo aos servidores (no caso das gratificações).

### **SARAMPO E AIDS**

Tiveram destaque também o alcance da meta de imunização contra o sarampo em Porto Alegre (que chegou perto dos 90% da população infantil estimada na faixa etária de 1 ano a menor de sete anos) e a campanha de prevenção à aids desenvolvida pela SMS em parceria com a Secretaria Municipal da Juventude (SMJ), com foco na difusão de informações sobre métodos de proteção. Agentes de saúde foram capacitados para realizarem atividades da campanha nas regiões com maior incidência de notificações do vírus HIV.

### **POLIOMIELITE**

Outra campanha amplamente divulgada foi de combate à poliomielite, que teve o Dia D de Vacinação em 13 de agosto, com a participação do secretário Carlos Henrique Casartelli na abertura oficial, pela manhã, na quadra de esportes ao lado da Unidade Básica de Saúde Chácara da Fumaça.

### **GREVE DOS SERVIDORES**

Com relação à paralisação realizada por servidores da Saúde, coube à Assecom intermediar entrevistas do secretário aos veículos de comunicação e distribuir informações sobre o andamento das negociações, a posição da SMS a respeito da mobilização e o projeto enviado à Câmara de Vereadores, que encerrou a greve, depois de 11 dias.

### **SETEMBRO**

#### **REFORMAS NO HPS**

O início das obras de reforma e ampliação da Emergência do Hospital de Pronto Socorro (HPS) foi o grande destaque do mês entre as notícias veiculadas pela Assecom.

Jornais e emissoras de rádio e televisão abordaram o assunto, destacando o investimento de R\$ 11,6 milhões aplicados nas obras, como a maior parte de um total de R\$ 15 milhões destinado a melhorias no hospital – incluindo a compra de equipamentos de última geração para diagnósticos e cirurgias.

O jornal Zero Hora publicou entrevista sobre a reforma da Emergência com o secretário Carlos Henrique Casartelli, estampando o título: “Será uma transformação, diz secretário sobre obras que começam no HPS”.

#### **SERVIDORES RETORNAM AO TRABALHO**

Outro destaque no noticiário foi o fim da paralisação de 11 dias dos servidores da Saúde, na primeira semana de setembro, depois de acordo firmado entre a Prefeitura e os participantes da mobilização - incluindo a construção de um Plano de Carreira para a área da Saúde, a ser discutido com as categorias profissionais e encaminhado à Câmara Municipal em 2012, para efetiva implantação em 2013.

Logo depois, foi divulgada a aprovação, pela Câmara de Vereadores, das gratificações propostas pela SMS, de 100% sobre o vencimento básico aos servidores que atuam na estrutura de Gestão do SUS e de 50% para os lotados nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial e na Vigilância em Saúde – divididas em quatro parcelas e vinculadas ao alcance de metas de qualificação dos serviços prestados.

### **CAMPANHAS DE ESCLARECIMENTOS E DE DOAÇÃO DE SANGUE**

A partir de divulgação emitida pela Assecom, os veículos de comunicação produziram notícias, também, sobre dois outros assuntos:

**1)** A campanha mensal de doação de sangue do HPS, com coletas em ônibus do Hemocentro estacionado em frente ao hospital em finais de semana.

**2)** A mobilização promovida pela SMS durante o Acampamento Farroupilha, no Parque Maurício Sirotsky Sobrinho – Estância Harmonia, para esclarecimentos à população sobre prevenção e tratamento da tuberculose – já que uma das metas da Secretaria é ampliar de 65% para 85% o percentual de cura de pessoas que iniciam o tratamento. Isso porque um grande número de pacientes abandona o acompanhamento médico antes do tempo necessário. A SMS pretende também diagnosticar pelo menos 90% dos casos estimados a cada ano e reduzir a taxa de óbito pela doença - hoje de 8%.

## 6.5 REDE DE SERVIÇOS E REFERÊNCIAS

### 6.5.1 Rede de Atenção Primária e Especializada em Saúde

**Quadro 1-** Dados referente ao 3º trimestre de 2011

	Especificação	Próprios	Conveniados
Atenção Básica	Equipes - ESF	00	109 ICFUC, 10 GHC, 04 H MV, 03 HDP, 04 HCPA <b>Total 130</b>
	Unidade Saúde Família- ESF	00	69 ICFUC, 08 GHC, 03 H MV, 02 HDP, 1 HCPA
	Unidades Básicas de Saúde- UBS	53	01 HMD, 01 HED, 04 GHC, 01 HSLPUC, 01 HCPA
Atenção Especializada	Centros de Especialidades	<b>Total 07</b> Santa Marta; CS Modelo; CSI API; Bom Jesus; CSV.Comerciários; CS Murialdo e CS Camaquã	Ambulatório dos Hospitais
	CAPS	Total 04 CSV CAD* e II; Harmonia; Centro	03 GHC**, 02 HC, 02 HMD
	CEO	Total 03 Bom Jesus* ; Santa Marta. Vila dos Comerciários*	01 UFRGS 01 GHC
	SAE	Total 02 1 localizado no CSV API e outro no CSV C.	01 Sanatório Partenon
	CRT	<b>Total 07</b> Restinga; V. Comerciários; Camaquã; Navegantes; Bom Jesus; Santa Marta e Modelo	01 Sanatório Partenon
	NASCA	<b>Total 08</b> Um por Gerência	00

OBS: \* a Habilitar

**Quadro 2-** Alterações no desenho da rede e seu funcionamento – Dados 3º trimestre de 2011

Gerências Distritais	População Geral da Região	UBS	Estratégia Saúde Família				Cobertura
			USF	ESF	ESB	ACS	
	1.400.501	Nº	Nº	406	Nº	Nº	100%
Centro	267.012	03	04	11	04	19	14,21%
LN	156.235	07	16	22	3	78	48,58%
SCS	178.903	10	07	10	3	33	19,28%
GCC	151.750	10	15	23	3	75	52,28%
NEB	181.673	16	13	19	2	52	36,08%
PLP	186.413	12	12	22	7	57	40,71%
NHNI	189.156	06	10	14	5	33	25,53%
RES	89.359	04	6	9	4	41	34,74%
Total	1.400.501	63	83	130	31	388	32,02%

Fonte: IBGE 2000 com fator de correção para 2010

Na atenção primária em saúde do município, não houve modificações na rede de serviços neste trimestre quando comparado ao trimestre anterior.

**OBS:** A base populacional utilizada é a do IBGE 2000 com fator de correção para 2010, pois a estratificação populacional por Gerência Distrital está sendo concluída

### **6.5.2 Rede de Urgências e Emergências**

O **SAMU 192 Porto Alegre** é o serviço pré-hospitalar móvel de urgência da Secretaria Municipal de Saúde. Faz atendimento a todos os tipos de agravos agudos (pediátricos, traumáticos, clínicos, obstétricos e psiquiátricos) acionados através de um número gratuito 192.

Em uma das 12 bases do SAMU o médico regulador, após coleta de dados sobre o chamado, decide qual melhor resposta que poderá ser dada, desde o envio de ambulância de suporte avançado (UTI móvel) passando por ambulâncias de suporte básico (tripuladas por técnico de enfermagem e condutor) até uma orientação médica por telefone.

**BASES DO SAMU/POA**, localizadas nos seguintes endereços

1. –USA/BASE HPS Av. Venâncio Aires, nº 1116 – Farroupilha
2. –USA/BASE HOSPITAL CRISTO REDENTOR- Rua Domingos Rubbo, nº 120 – Cristo Redentor
3. –USA/BASE CAVALHADA- Av. Cavalhada, nº 2435 – Cavalhada
4. – USB/BASE BELÉM NOVO - Rua Florêncio Faria, nº 185 – Belém Novo
5. – USB/BASE P.A. BOM JESUS - Rua São Felipe, s/nº Bom Jesus
6. – USB/BASE RESTINGA - Rua Álvaro Difini, nº 120 – Restinga Nova
7. USB/BASE CENTRO VIDA Av. Baltazar de Oliveira Garcia, nº 2132- Rubem Berta
8. USB/BASE NAVEGANTES Av. Frederico Mentz, nº 370 – Navegantes
9. USB/BASE PARTENON Av. Bento Gonçalves, nº 6670 – Agronomia
10. USB/BASE P.A.C.S
11. USB/BASE LOMBA DO PINHEIRO - Av. João de O. Remião, nº 4444 Parada 10 – Lomba do Pinheiro
12. USB/BASE SERRARIA Rua Denise Crespo Gay da Fonseca, s/nº - Espírito Santo
13. *USB/TRANSPORTE*

Na **Coordenação Municipal de Urgências (CMU)** estão inseridos os Pronto-Atendimentos: Cruzeiro do Sul (PACS), Bom Jesus (PABJ), Lomba do Pinheiro (PALP), Restinga (PAR), Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM-IAPI) e, ainda, o SAMU - 192.

Tabela 24-**Serviços de Pronto Atendimentos – 3º trimestre de 2011**

PA	Próprios	Conveniados
Região Leste Nordeste	PA Bom Jesus	-
Região Lomba - partenon	PA Lomba Do Pinheiro*	(convenio Rh – PUC)
Região Restinga extremo Sul		PA Restinga - H MV
Região Gloria Cruzeiro Cristal	PA Vila dos Comercíarios	-
Região Sul	PA SM Vila dos Comercíarios	-
Região Humaitá Navegantes Ilhas	-	PA SM IAPI ( H Mãe de Deus)

### 6.5.3 Serviços ambulatoriais e de internações hospitalares

A rede de serviços hospitalares da SMS envolve hospitais públicos (municipais, estaduais e federais) e privados.

- **07 Hospitais Gerais** - HCPA; São Lucas/PUC; Santa Casa; Nossa Senhora da Conceição; Hospital VI.Nova; Pq. Belém; Beneficência Portuguesa.
- **08 Hospitais Especializados** - HPS; Hospital Cristo Redentor; Instituto de Cardiologia; HMIPV; Hospital Fêmeina; Hospital da Criança Conceição; Hospital Espírita; Hospital São Pedro.

## 6.6 Infra-estrutura de apoio

*Construção / implantação de novos serviços*

**2 Projetos novas unidades:** UBS São José e USF Senhor do Bom Fim.

Tabela 25– **Projetos de novas unidades.**

Descrição	Nº Processo	
USF Senhor do Bom Fim (A= 309,35m <sup>2</sup> )	Licitação DEMHAB	COPA 2014
UBS São José (A=462,40m <sup>2</sup> )	001.059380.08.0	FUNDO MUNICIPAL

**Fonte:** ASSEPRO/CGATA/SMS. \*Obs.: 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.

- **Ampliação e reformas de serviços de saúde**

**6 unidades - reformas e ampliações:** C.S. Bom Jesus, C.S. Murialdo, PSF Jardim Carvalho, UBS Belém Novo, USF Ilha dos Marinheiros e UBS Pequena Casa da Criança.

**Tabela 26-Obras realizadas na SMS no 3º trimestre de 2011.**

<b>3ºTrimestre 2011</b>	<b>3ºTrimestre 2010</b>
<b>UNIDADE:</b> C.S. Bom Jesus <b>OBRA:</b> Ampliação, Sala de Esterilização, Expurgo e Prótese. <b>EMPRESA:</b> AGL Engenharia Ltda. <b>INÍCIO:</b> 01/02/2011 <b>TÉRMINO:</b> 09/09/2011	<b>UNIDADE:</b> UBS Nonoai <b>OBRA:</b> Adaptação para uso de casa locada <b>EMPRESA:</b> Realizada pela Equipe de Manutenção Predial SMS. <b>INÍCIO:</b> 20/05/2010 <b>TÉRMINO:</b> 27/07/2010
<b>UNIDADE:</b> C.S. Murialdo <b>OBRA:</b> Reforma do pavimento Térreo. <b>EMPRESA:</b> Empresa POTENZZA Arqiterura e Urbanismo Ltda. <b>INÍCIO:</b> 05/04/2011 <b>TÉRMINO:</b> 02/08/2011	<b>UNIDADE:</b> Farmácia Distrital Bom Jesus <b>OBRA:</b> Reforma da Farmácia Distrital do CS Bom Jesus <b>EMPRESA:</b> Empresa AGL Construtora <b>INÍCIO:</b> 15/04/2010 <b>TÉRMINO:</b> 30/08/2010
<b>UNIDADE:</b> PSF JARDIM CARVALHO <b>OBRA:</b> Ampliação <b>EMPRESA:</b> AGL Construções <b>INÍCIO:</b> 02/05/2011 <b>TÉRMINO:</b> 29/08/2011	<b>UNIDADE:</b> Casa de Apoio Viva Maria <b>OBRA:</b> Reforma geral <b>EMPRESA:</b> Realizada pela Empresa PROL Engenharia <b>INÍCIO:</b> 22/12/2008 <b>TÉRMINO:</b> 30/09/2010
<b>UNIDADE:</b> UBS Belém Novo <b>OBRA:</b> Reforma e Ampliação <b>EMPRESA:</b> NOVATEC Comercial Ltda. <b>INÍCIO:</b> 03/01/2011 <b>TÉRMINO:</b> 30/08/2011	<b>UNIDADE:</b> Farmácia Distrital Vila dos Comercíarios. <b>OBRA:</b> Reforma da Farmácia Distrital do CS Vila dos Comercíarios. <b>EMPRESA:</b> Realizada pela Empresa AGL Construtora <b>INÍCIO:</b> 15/04/2010 <b>TÉRMINO:</b> 30/09/2010
<b>UNIDADE:</b> USF Ilha dos Marinheiros <b>OBRA:</b> Reforma <b>EMPRESA:</b> PORTOTEC Construtora Ltda. <b>INÍCIO:</b> 13/06/2011 <b>TÉRMINO:</b> 19/09/2011	
<b>UNIDADE:</b> UBS Pequena Casa da Criança <b>OBRA:</b> Reforma parcial do telhado <b>EMPRESA:</b> PORTOTEC Construtora Ltda. <b>INÍCIO:</b> 05/09/2011 <b>TÉRMINO:</b> 30/09/2011	

**Fonte:** ASSEPRO/CGATA/SMS.

### **TERRENOS/ CASAS PARA SEDIAR SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (meta 93 do PAS)**

Encaminhado processo de aluguel de casa para sediar o CAPS II da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal.

Terreno próprio para construção do CAPSi da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal.

Aquisição de terreno na LENO para sediar CAPSAD.

Ampliação da Estrutura Física da GerAção POA, com a aquisição do prédio ao lado.

### **6.6.1 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 05 Vans locadas, 02 Kombis locadas e 01 Kombi Oficial, o que nos possibilitou qualificar o atendimento a essas crianças, é importante salientar que no terceiro trimestre de 2011 houve a perda de 01 (uma) Van por cancelamento de contrato.

Os registros cadastrais do atendimento nos apontam que neste terceiro trimestre foram atendidas 75 (setenta e cinco) crianças e adolescentes na faixa etária de 01 a 18 anos, em relação ao trimestre anterior não houve um acréscimo significativo no atendimento das crianças, fato este relacionado com o 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.

### **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 Gerencias Distritais. Em agosto do mesmo ano a Empresa Rio Grande Emergências Médicas Ltda., Ecco Salva, passou

a operar o contrato de remoções disponibilizando 04 (quatro) ambulâncias para as remoções Simples e 01 (uma) para as remoções do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Em agosto de 2011 a Empresa Ecosul Emergências médicas passou a operar em caráter emergencial as remoções nos mesmos patamares do Contrato firmado com a empresa Ecosalva.

## Transporte Clínico

Quadro 3- Transporte Clínico 3ºtrimestre de 2010

Transporte Clínico	CENTRO		SCS		PLP		LENO		GCC		NEB		NHIN		RES		Total	
	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R
Demandas	20	0	31	6	37	21	19	0	62	51	27	1	9	6	17	10	222	95
Consultas	01	0	9	0	6	0	5	0	24	10	6	1	0	2	2	4	53	17
Exames	52	0	44	41	20	32	0	5	38	16	26	22	119	18	39	17	338	151
Fisioterapia	0	0	6	2	7	7	2	0	0	0	7	3	2	2	4	5	28	19
Quimioterapia	0	0	3	0	10	4	0	0	3	0	2	4	4	4	24	7	46	19
Radioterapia	0	0	28	8	26	10	2	0	0	0	45	11	4	4	16	8	121	41
Hemodiálise	73	0	121	57	106	74	28	5	127	77	113	42	138	36	102	51	808	342
<b>Total</b>																		

Quadro 4 Transporte Clínico 3ºtrimestre de 2011

Transporte Clínico	CENTRO		SCS		PLP		LENO		GCC		NEB		NHIN		RES		Total	
	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R	M	R
Demandas	0	0	28	06	44	13	17	-	68	20	42	13	15	02	26	05	0	59
Consultas	0	0	07	04	07	01	04	-	12	05	07	01	01	03	02	04	40	18
Exames	0	0	44	48	20	01	22	-	07	13	37	34	80	10	79	30	289	136
Fisioterapia	0	0	04	0	01	0	0	-	13	28	06	04	0	02	28	05	52	39
Quimioterapia	0	0	10	05	28	02	0	-	18	20	07	10	06	0	0	0	69	37
Radioterapia	00	0	29	09	42	0	02	-	0	0	69	15	04	0	02	0	148	24
Hemodiálise	106	30	122	72	126	17	45	7	118	86	168	77	117	17	137	44	939	350
<b>Total</b>																		

M – marcações R – reprimida

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

Em Relação ao trimestre anterior:

A GD PLP apresentou um aumento no total de marcações em todos os segmentos e uma diminuição considerável em relação a demanda reprimida;

A GD LENO apresentou um aumento nas marcações, principalmente na parte de fisioterapia.

A GD GCC apresentou uma diminuição das marcações, principalmente em exames e fisioterapia e obteve um aumento da sua demanda reprimida;

A GD NEB apresentou um aumento tanto nas marcações, quanto na demanda reprimida;

A GD NHNI mostrou uma redução nas marcações e na demanda reprimida;

A GD Restinga mostrou um aumento em suas marcações, mas uma redução nas marcações de Radioterapia e Hemodiálise. Quanto a demanda reprimida, apresentou redução também.

Identificou-se um aumento de 16,2% nas marcações de transporte clínico na cidade, sem que a demanda reprimida correspondesse a este aumento (2,3%) demonstrando um aumento efetivo neste serviço, cumprindo com objetivo de adequar a necessidade dos usuários deste município.

### **Atendimento de solicitações pela Equipe de Manutenção Predial**

Tabela no Tabela 27- Solicitações atendidas 3º trimestre de 2010.

<b>Locais</b>	<b>solicitações atendidas</b>	<b>nº de funcionários operacionais contratados</b>
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	157	30
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	988	
CGVS	23	
Bases SAMU	14	

**Fonte:** CGATA/SMS, 2011.

Atualmente a **Equipe de Manutenção Predial** não atende os prédios de pronto atendimento, pois os mesmos possuem verba e equipe de manutenção própria.

**Tabela 28. Solicitações pela Equipe de Manutenção Predial no 3º trimestre de 2011.**

locais	Solicitações atendidas	Funcionários operacionais contratados
Prédio Sede, EPAT, GMAT, Arquivo	127	30
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	831	
CGVS	11	
Bases SAMU	2	

**Fonte:** CGATA/SMS, 2011.

**Tabela 29- Comparativo do atendimento de solicitações pela Equipe de Manutenção Predial – período 3º trimestres 2010/2011.**

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	-19,11%	-29,75%	0%
Rede Básica e Centros de Saúde e Gerências	-15,89%	-7,94%	
CGVS	-52,17%	442,17%	
Bases SAMU	-85,71%	-93,09%	

**Fonte:** CGATA/SMS, 2011.

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

- Reforma geral da Unidade Básica de Saúde Ipanema
- \* Troca do telhado da UBS Lami
- Na 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 Pronto-Atendimento Lomba do Pinheiro

Além destes e corroborando com o processo de informatização e modernização da SMS, a tabela seguinte demonstra a comparação, da entrada de bens gerais e de informática nos trimestres em avaliação dos anos de 2011 e 2010. Apresentamos relação da quantidade de bens adquiridos, bem como valor total destes bens.

Tabela 30– Tabela comparativa de entrada bens gerais e bens de informática - período 3º trimestres 2010/2011.

	<b>3º TRIMESTRE 2011</b>	<b>3º TRIMESTRE 2010</b>	<b>VARIAÇÃO %</b>
<b>Nº BENS GERAIS</b>	3.150	898	350%
<b>Nº BENS INFORMÁTICA</b>	325	83	391%
<b>VALOR BENS GERAIS</b>	R\$ 2.054.105	R\$ 566.363	362%
<b>VALOR BENS INFORMÁTICA</b>	R\$ 458.665	R\$ 129.174	355%

Fonte: EQUIPE DE PATRIMÔNIO/CGATA/SMS

O Núcleo de Licitações e Contratos administra contratos de serviços terceirizados e de locação de imóveis; auxilia na elaboração dos projetos básicos para a contratação de serviços diversos; elabora edital de licitações e seu julgamento; elabora contratos de obras e serviços de engenharia e de dispensas e inexigibilidades de licitação.

Abaixo (tabela 31) demonstrativo dos contratos de mão de obra terceirizada, administrados pelo NLC. O quadro está disposto da seguinte forma:

- Tipo de serviço terceirizado
- Distribuição dos postos na rede
- Total trimestral de postos
- Valor trimestral de postos

**Tabela 31-** Demonstrativo dos contratos de mão de obra terceirizada, administrados pelo NLC.

Descrição	3º trim 2011		3º trim 2010		Variação	
	Postos	Valor R\$	Postos	Valor R\$	Postos	Valor R\$
Serviço de limpeza	251	1.173.366,06	253	943.204,26	-2	230.161,8
Serviço de portaria	126	1.044.160,44	118	969.329,94	8	74.830,5
Serviço de Vigilância	46	865.386,02	39	699.757,40	7	165.628,62
Serviços gerais não especializados	67	210.035,97	67	189.913,68	0	20.122,29
Serviços operacionais	33	203.356,95	33	185.851,71	0	17.505,24
Serviços de cozinha	21	<b>130.998,99</b>	<b>13</b>	<b>44.681,76</b>	8	86.317,23
Serviço de telefonia	81	<b>396.932,32</b>	<b>77</b>	<b>313.503,81</b>	4	83.428,51
Total	625	<b>4.024.236,75</b>	<b>600</b>	<b>3.346.242,56</b>	25	677.994,19

Fonte: CGATA/SMS, 2011.

## 6.7 Informatização

Neste item é descrito todo o processo de informatização da SMS ocorrido até e neste período do 3º trimestre de 2011. O cronograma de execução do projeto é apresentado de forma a facilitar a compreensão sobre as etapas monitoradas a seguir.

**Tabela 32- Cronograma do Projeto de modernização da gestão da saúde**

	WE	PROJETO DE MODERNIZAÇÃO E GESTAO DA SAUDE	Duratio	Start	Finish
1	1	InfoREDE - SMS PORTO ALEGRE	610 days?	Mon 02/08/10	Fri 30/11/12
2	1.1	Criar identidade	0,5 days	Thu 23/09/10	Thu 23/09/10
3	1.2	Desenvolver a justificativa da identidade	1 day	Thu 23/09/10	Thu 23/09/10
4	1.3	Acompanhamento (CLIQUE AQUI PARA VISUALIZAR ATAS)	572 days	Thu 23/09/10	Fri 30/11/12
5	1.3	APRESENTAÇÃO DO PROJETO	71 days	Thu 23/09/10	Thu 30/12/10
12	1.4	INFRA - ESTRUTURA	323 days	Mon 02/08/10	Wed 26/10/11
27	1.5	GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	388 days?	Thu 23/09/10	Mon 19/03/12
775	1.12	CENTRAL DE INFORMAÇÕES	60 days?	Thu 23/09/10	Thu 16/12/10
785	1.6	CENTROS DE ESPECIALIDADES	170 days	Mon 01/08/11	Fri 23/03/12
879	1.7	AGUBS - UNIDADES BÁSICAS	152 days	Mon 01/08/11	Tue 28/02/12
973	1.8	EMERGÊNCIA - PRONTO ATENDIMENTO	168 days	Wed 20/07/11	Fri 09/03/12
1067	1.9	CENTRAL DE REGULAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR - SAMU	1 day	Thu 23/09/10	Thu 23/09/10
1075	1.10	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	405 days	Mon 16/05/11	Fri 30/11/12
1381	1.11	GESTÃO HOSPITALAR	1 day	Thu 23/09/10	Thu 23/09/10
1479	1.12	CALL CENTER SUPORTE INFRA-ESTRUTURA - PROCempa	1 day	Thu 23/09/10	Thu 23/09/10
1482	1.13	CALL CENTER - SISTEMAS E PROCESSOS - GSH	1 day	Thu 23/09/10	Thu 23/09/10
1485	1.14	INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS/FINANCEIROS	43 days	Thu 01/03/12	Mon 30/04/12

Fonte: CGTI/SMS, 2011.

**Tabela 33-** Etapas da implantação do Projeto InfoRede.

Atividade Planejada	Período de execução	Meta - % atingido
Projeto Wireless	Setembro/2010 a Outubro/2011	80
Infraestrutura de Equipamentos	Novembro/2010 a Dezembro/2011	Cinco
Sistema de Informações	Outubro/2010 a Dezembro/2012	40
Implantação do SI na área de regulação	Outubro/2010 a Dezembro/2011	60
Infraestrutura de Gerência de Dados	Outubro/2010 a Novembro/2011	Em Fase de instalação
Capacitação dos Servidores da Rede de Saúde	Dezembro/2010 a Junho/2012	40

Fonte: CGTI/SMS, 2011.

## Metas Realizadas

### ***Complexo Regulador – Central de Internação***

- Realizar visitas de acompanhamento aos hospitais implantados (1 visita mensal por UPS implantada) (meta não cumprida);
- Selecionar três médicos e seis videofonistas para a Central de Regulação de Internações, aprovados para a 1ª etapa do projeto; (ampliado para nove médicos, 5 já em atividades);
- Implantar a Central de Relacionamento com o Cliente (meta não cumprida);
- Desenvolver o Programa de Integração e Treinamento Admissional para os novos profissionais contratados para o Complexo Regulador (pendência aprovação pela GRSS);
- Planejar a Gestão do Complexo Regulador e sistemática de avaliação de desempenho dos processos de regulação;
- Revisão dos Procedimentos Técnico-Administrativos da GRSS – Central de Internações (Solicitação de internações Urgência e Eletiva, Solicitação de Transferência inter-hospitalar, Autorização de internações de Urgência e Eletivas, Solicitação de cadastro de usuários, cancelamento, reversão de internações, Reversão de Internação Privada para SUS e/ou outros convênios e solicitação de bloqueio de leitos);

- Reunião com os hospitais para acompanhamento do processo de integração e redefinição de prazos;

#### ***Complexo Regulador – Controle e Avaliação:***

- Iniciar a implantação no Setor de Autorizações: apresentação e validação dos fluxos da pré-autorização, autorização, faturamento e auditoria (meta não cumprida, reprogramada para ser iniciada em 1/12/2011, após implementações solicitadas serem realizadas pela GSH);
- Iniciar a Implantação no Faturamento (meta não cumprida, dependente da implantação no setor de autorizações);
- Iniciar a implantação na Auditoria (meta não cumprida, dependente da implantação nos Setores de Autorizações e Faturamento);
- Implantar a Contratualização (inseridos 4 contratos no sistema, ficando para serem inserido os demais contratos à medida que a vigência dos mesmos for expirando e a nova forma de contratação por grupos de procedimentos for sendo viabilizada pelo Núcleo de Relacionamento com os Prestadores);
- Implantar a PPI (inserido no sistema o Plano Diretor de Regionalização até a conclusão da PPI por parte do Estado).

#### ***Complexo Regulador – Central de Consultas***

- Iniciar as atividades da implantação da Central de Marcação de Consultas: apresentação do projeto, definição de responsáveis, prazos, diagnóstico, validação do sistema e definição de estratégia de implantação;
- Descrição do Perfil do cargo do enfermeiro de regulação da CMCE;
- Realização de reunião com as Gerências Distritais para esclarecimentos sobre a interface do processo solicitação de consultas na implantação do Projeto Inforede na CMCE, durante todo o período;
- Realização de reunião com a Regulação Estadual para ajustes nos processos de agendamento de consultas e layout de integração entre bases estadual e municipal;
- Realização de reuniões com os prestadores hospitalares para validação do novo cadastro de sub-especialidades, apresentação do módulo Consultas e novo formato de regulação;
- Capacitação das 179 Unidades Básicas de saúde e Rede conveniada – executantes;
- Realizado visitas a Unidades Especializadas da rede para levantamento do fluxo atual;

## **Complexo Regulador - Central de APAC**

- Iniciar reuniões de detalhamento da implantação da APAC e equipe responsável;
- Realizar o diagnóstico do setor;
- Validar os fluxos (meta não cumprida);
- Definir regras de funcionamento;
- Validar o sistema.
- . Complexo Regulador - Central de Exames
- Iniciar reuniões de detalhamento da implantação da central de exames, equipe responsável (meta não cumprida por falta de líder do processo);
- Realizar o diagnóstico do setor e da rede executante (meta cumprida parcialmente);
- **Módulo Urgência**
- Iniciar reuniões de detalhamento da implantação do Módulo de Urgência junto à Coordenação das Urgências e Direção do HPS, definido equipes responsáveis;
- Apresentar e validar o sistema;
- Definir o detalhamento das customizações necessárias para o processo de consultas e classificação de risco;
- Definir notificações compulsórias a partir dos CIDs definidos junto à CGVS;
- Realizar o diagnóstico do setor (meta não cumprida);
- Validar os fluxos dos processos e descrição dos procedimentos (meta não cumprida);
- Definir as parametrizações (meta não cumprida);
- Realizar capacitação em informática básica;
- Realizar capacitação em tabelas auxiliares;  
Iniciar a produção acompanhada na inserção das informações nas tabelas auxiliares (meta não cumprida).

## **Metas Previstas para Outubro a Dezembro 2011**

- Elaborar o layout da Central de Relacionamento com os clientes (dezembro 2011);
- Implantar o Sistema AGHOS nos 10 hospitais restantes, correspondendo aos 60% de leitos restantes (Hospital Cristo Redentor, Hospital Femina, Hospital da Criança Conceição, Hospital Conceição, Hospital da Puc, Hospital de

- Clínicas, Hospital Cardiologia, Hospital São Pedro, Hospital Porto Alegre e Sanatório Partenon (novembro 2011);
- Eliminar o processo manual da regulação das avaliações da traumatologia na Central de Internação;
  - Realizar visitas de acompanhamento aos hospitais com o Sistema de Regulação de Internação implantado (GHC, Cardiologia, HCPA, PUC, São Pedro e Sanatório Partenon) – novembro a dezembro 2011;
  - Definir os critérios e cálculos de proximidade a serem adotadas no sistema para implantação da Regionalização de acordo com o Cadastro de Serviços de Saúde na rede de Porto Alegre – novembro 2011;
  - Desenvolver e disponibilizar a rede executante o layout de integração do módulo consultas especializadas, de modo a visualizar 100% das consultas agendadas e realizadas no município;
  - Buscar o total da capacidade instalada dos prestadores nas realizações de consultas, configurando agendas com 100% de disponibilidade para consultas iniciais e de retorno;
  - Implantar o sistema no setor de autorizações, redefinir estratégias de implantação;
  - Detalhar os processos de Controle e Avaliação, APAC, Central de Exames e Urgências, previstos para implantar em dezembro 2011;
  - Realocar 1 assistente administrativo, 1 profissional de nível técnico e contratar 2 analistas de sistema para compor a equipe de projeto Inforede;
  - Realizar capacitações para Hospital que entrarão em produção no modo integração;
  - Divulgar os Procedimentos Técnico Administrativos da GRSS – Central de Consultas (Solicitação de Consultas, Agendamento das Consultas, Realização das Consultas, Solicitação de Bloqueio de agendas, Geração de arquivo TXT, Manutenção no cadastro de sub-especialidades de consultas);
  - Realizar reuniões com a Regulação Estadual para alinhamento e divulgação dos procedimentos operacionais da Central de Consultas;
  - Implantar a Central de Marcação de Exames;
  - Implantar a Central de Marcação de APAC;
  - Informatizar os pronto-atendimentos (re-definir os prazos a partir da definição de tempo de customizações por parte da GSH referente aos processos

consultas e classificação de risco, avaliar o diagnóstico e propor a estrutura física, humana e de equipamentos necessários, bem como o redesenho dos fluxos e processos);

- Iniciar a informatização dos Centros Especializados;
- Definir prazos e estratégia de implantação do sistema na Rede Básica;
- Definir cronograma de implantação do AGHOS na Rede Básica e Especializada;
- Comprovar a instalação e funcionamento do projeto Wireless;
- Seleção de profissional Assistente Administrativo para o GTI
- Completar o quadro de RH-NS da equipe;
- Aquisição de linha celular funcional (2);
- Aquisição de modem 3G (2):
- Aquisição de Tablets (40)
- Aquisição de equipamentos para a SMS:
- Aquisição de equipamentos para a informatização do Módulo Urgência;
- Estruturação dos setores de TI das GDs
- Acompanhamento do processo de implantação do Projeto Wireless:
- Validação de novos equipamentos (thin clients):
- Conserto de micros fora de contrato:
- Consistência CMI x CBP:
- Banco de dados da rede municipal:
- Providenciar os CPUs para o HPS
- Disponibilização da base de dados da CMCE aos prestadores;
- Importação da base de dados das internações (ACH);
- Prestação de contas convênio MS 2006/2007
- Prestação de contas do complexo regulador

Aquisição dos equipamentos para a Rede Básica (2ª e 3ª etapa do complexo regulador).

Tabela 34- Cronograma dos subprojetos de Informatização da SMS em andamento.

03- Projetos em Andamento		2011											
Descrição da atividade	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
Implantação do Inforede na Central de Regulação de Internações													
Implantação do Inforede no Controle e Avaliação													
Implantação do Inforede na Central de Marcação de Consultas													
Implantação do Inforede na CGRAPS													
Implantação do Inforede na Central de APAC													
Implantação do Inforede na Central de Exames													
Implantação do Inforede na Coordenação Municipal de Urgências													
Implantação do Inforede na CGVS													
Implantação do Inforede na Gestão Hospitalar;													
Implantação do Controle de Estoques e Integração dos Módulos Administrativos/ Financeiros													
Atendimento de outras demandas da SMS													

Fonte: CGTI/SMS, 2011.

### ***Indicadores de Desempenho do Serviço***

Como forma de acompanhamento do desempenho do processo de informatização da saúde, são apresentados os gráficos a seguir:

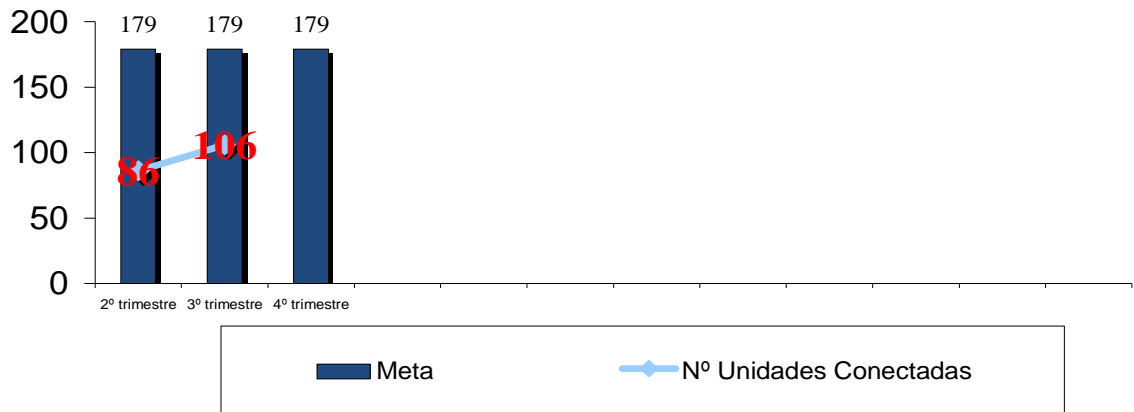


Figura 5- Sub- projeto Wireless: Nº de Unidades Conectadas

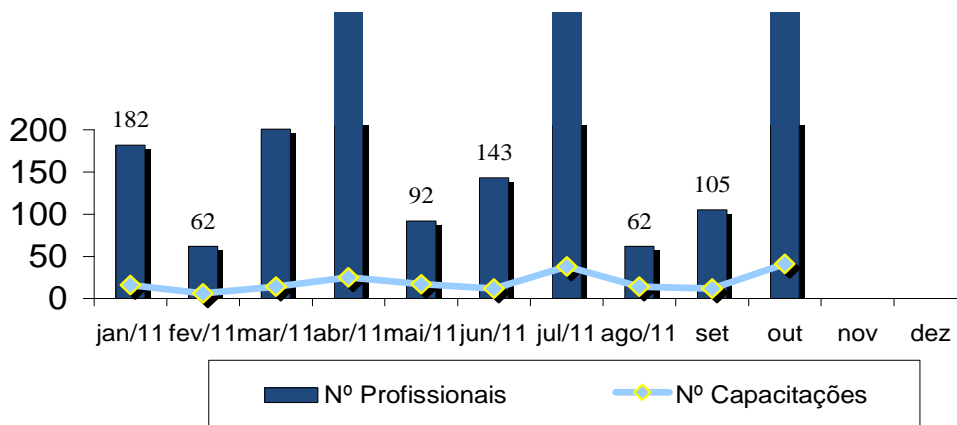


Figura 6- Sub- projeto Capacitação: Nº de Profissionais Capacitados X Nº de Capacitações

Fonte: CGTI/SMS, 2011. Acumulado: 50.58

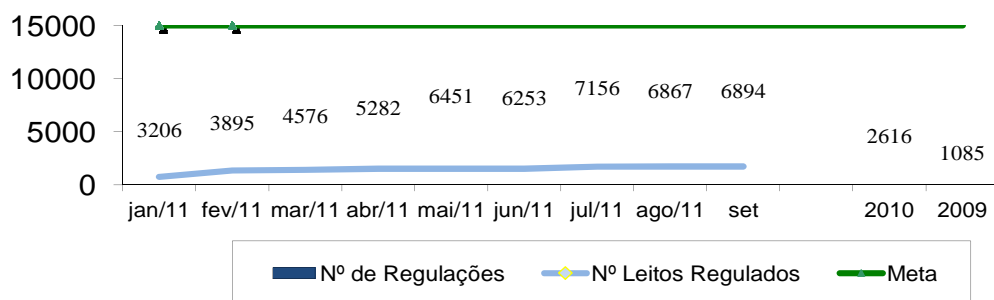


Figura 7- Sub-projeto Implantação Sistema de Informações: Nº de Regulações Realizadas

Fonte: CGTI/SMS, 2011. Acumulado: 50.580

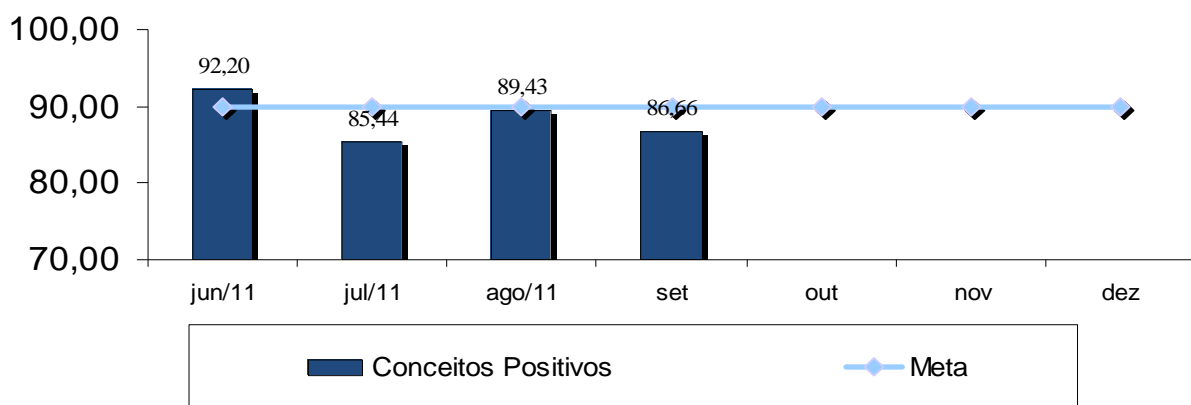


Figura 8- **Sub-projeto Capacitação: % Satisfação em Conceitos Positivos**

Fonte: CGTI/SMS, 2011. Acumulado: 50.580

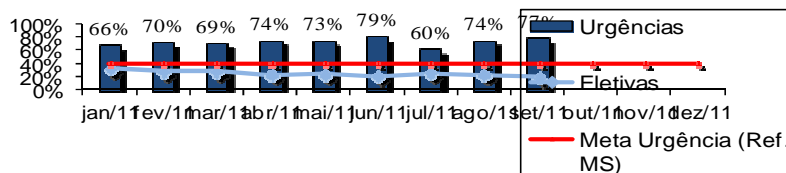


Figura 9- **Sub-projeto Implantação Sistema de Informações: Comparativo Regulações de Internações de Urgência X Internações Eletivas**

Fonte: CGTI/SMS, 2011. Acumulado: 50.580

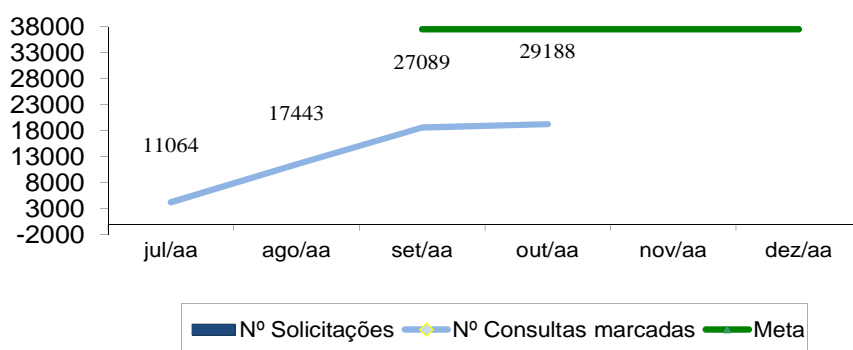
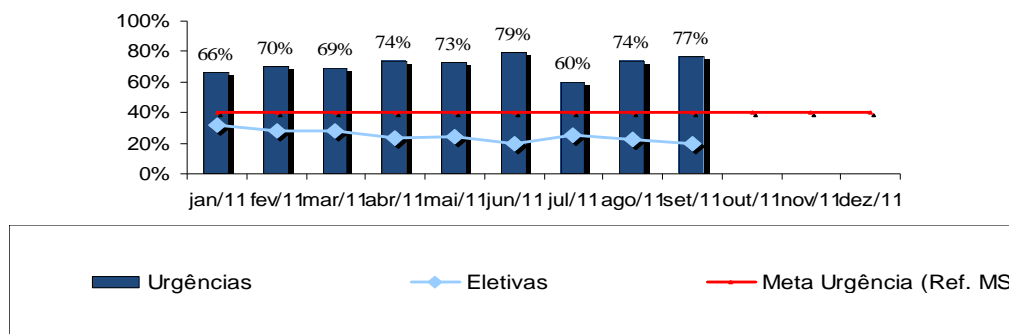


Figura 10- **Subprojeto Implantação Sistema de Informações: Nº de Consultas ofertadas**

Fonte: CGTI/SMS, Acumulado: 46.696



**Figura 11** Subprojeto de adequação das demandas por internações

Fonte: CGTI/SMS, Acumulado: 46.696.

### ***Pontos Relevantes e considerações gerais***

Atraso no cronograma de implantação na GRSS devido a: 1) atraso na aquisição e instalação do servidor previsto para setembro, com novo prazo de instalação para 26/11/2011, tendo como consequência a reprogramação de prazos para a regulação dos 60% de leitos restantes no Módulo Central de Internação; 2) solicitações de novas implementações no setor de autorizações, com prazo para serem realizadas por parte da empresa GSH de 45 dias; 3) nº de horas de RH despendidas para a implantação da Central de APAC e falta de líder para assumir a implantação da Central de Exames;

Atraso no cronograma de implantação do Módulo de Urgências devido a: 1) customizações do processo de consultas e classificação de risco pelo método Manchester, previstos inicialmente para serem realizados em 30 dias e ampliados para 60 dias por parte da empresa GSH, dependentes da definição de prioridades por parte do Gabinete para serem iniciados; 2) envio do diagnóstico realizado ainda não fornecido pela empresa GSH, previsto para ser concluído em 14/09/2011, atrasando a validação dos fluxos e processos e detalhamento final do processo de informatização, bem como as parametrizações e capacitações no módulo concluído, após as customizações solicitadas;

Etapa crítica no detalhamento do processo de Controle e Avaliação, iniciado em dezembro de 2010, mas ainda com pendência por parte da empresa GSH no envio do diagnóstico dos setores de Autorizações, Faturamento e Auditoria, bem

como os fluxos da última, podendo comprometer a implantação reprogramada para 1º de dezembro de 2011;

Infraestrutura deficitária da equipe de projeto Inforede, constituída inicialmente por grupo de quatro profissionais técnicos e sem reposição dos profissionais que saíram, com sobreposição de atividades, comprometendo prazos da realização das mesmas.

**Tabela 35 Oportunidades de Melhorias no processo de informatização da SMS.**

Situação detectada	Áreas envolvidas	Sugestão proposta
Atrasos no envio de documentações importantes para o detalhamento dos processos em implantação: diagnóstico dos Setores que compõe o Controle e Avaliação e Pronto-Atendimentos; Fluxos da Auditoria e Pronto-Atendimentos, APAC e Exames;	GSH – Procempa – GTI SMS	Disponibilização de consultor direcionado com exclusividade para as atividades;
Atraso no cronograma da implantação da Central de Exames	GRSS – GTI e Gabinete	Definir Profissional responsável para liderar o processo de implantação;
Atraso no Cronograma Módulo Urgência - Customizações	GSH – GTI - Gabinete	Definir junto ao secretário a continuidade da implantação em paralelo aos serviços contratados junto à empresa GSH, dentro dos prazos assumidos;
Aumento da demanda de atividades administrativas oriundas do sistema na Central de Internações, em paralelo à demanda de atividades fora do sistema AGHOS (solicitações de internações por telefone) e fornecimento de nº de CERIH para alguns hospitais (traumato-ortopedia).	GRSS – GTI - GSH	Rever o quadro atual e dimensionamento de atividades do projeto na Central de Internação;
Pendências de estruturação do setor GTI e outras atividades diretas do setor	Equipe de Projeto e Secretário	Estruturação do setor: RH.

Fonte: CGTI/SMS, 2011.

## **6.8 Gestão estratégica**

### **PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS/CONGRESSOS/REUNIÕES**

Participação no mês de julho, do CONASEMS em Brasília :Gabinete do Secretário, ASSEPLA, ASSECOM e Área técnica de Saúde Mental, com apresentação dos serviços: CAPSi Casa Harmonia, Oficina GerAção POA e Pensão Nova Vida.

Reunião com coordenador nacional da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em Brasília, no mês de julho.

Participação no XIII Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental – Ministério da Saúde – em Brasília, nos dias 09/10 e 11 de agosto.

Apresentação do Programa de Redução de Danos na PUC, Faculdade de Serviço Social, em 15 de setembro.

Organização e participação no Seminário sobre Saúde Mental e Situação de Rua, com o envolvimento de várias Secretarias do Governo Municipal, nos dias 26 e 27 de setembro, na SOGIPA.

### RECEPÇÃO AOS EQUATORIANOS

Recepção ao coordenador nacional da política de saúde mental do Equador e da psiquiatra que coordena um dos hospitais psiquiátricos do Equador. Nos dias 29 e 30 de agosto eles conheceram a rede de serviços de saúde mental de Porto Alegre, acompanhados pela coordenação da área técnica. Visitaram a Pensão Nova Vida, o CAPSi Casa Harmonia, a Equipe de Saúde Mental da Restinga e participaram de uma sessão de Terapia Comunitária. Visitaram a reserva indígena da Lomba do Pinheiro, o CAPSAD GCC e o Plantão de Saúde Mental do PACS.

## **7. PRODUÇÃO**

O objetivo deste capítulo apresenta a produção em serviços de saúde desde a Atenção Primária à Saúde até a Alta Complexidade. Deve incluir, portanto, as informações fornecidas pelas CGRAPS, GRSS e CMU.

## 7.1 Atenção Primária à Saúde

**Quadro 5-** Produção ambulatorial por GD no 3º trimestre de 2011

3º tri/2011	CENTRO	SCS	PLP	NHIN	GCC	NEB	REST	LENO	TOTAL
Consulta Médica AT Básica	16043	36437	30586	28583	32078	25222	16472	32419	217840
Consulta Acompanhamento Crescimento	-	1218	2554	215	460	2368	602	1150	8567
Consulta Avaliação Clínica Fumante	-	6	36	-	1	-	-	-	43
Consulta Pré-natal	675	1528	2026	1101	1982	1643	1251	1559	11765
Consulta Puerperal	22	186	539	61	104	227	197	171	1507
Consulta Atendimento Domiciliar Familiar AT Básica	626	263	2665	703	810	327	401	1000	6795
Atendimento Clínico para Indicação e Forn. de diafragma	-	4	-	-	-	-	-	-	4
Atendimento Clínico para Indicação e Forn. de DIU	4	20	14	21	8	12	13	42	134
Atendimento Urgência em AT Básica	207	309	3069	356	272	956	280	529	5978
Atendimento Urgência AT Básica com observação até 8 horas	-	-	279	-	2	-	-	626	907
Atendimento Urgência AT Básica com remoção	1	-	9	-	-	-	2	104	116
Assistência Domiciliar Por Profis. de Nível Superior	668	214	313	596	907	519	330	307	3547
<b>TOTAL</b>	<b>18246</b>	<b>40185</b>	<b>42090</b>	<b>31636</b>	<b>36624</b>	<b>31274</b>	<b>19548</b>	<b>37907</b>	<b>257.510</b>

Fonte: SIA/SUS

Quadro 6- Produção ambulatorial total por GD no 3º tri 2011 e 3º tri de 2010

<b>GERÊNCIAS DISTRITAL</b>	<b>3º trim/ 2011</b>	<b>3º trim/ 2010</b>	<b>Varição</b>
CENTRO	18.246	30.514	67,23
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	36.624	89.231	-143,64
LESTE - NORDESTE	37.907	41.455	-9,35
NOROESTE - HUMAITA - NAVEG - ILHAS	31.636	34.201	-8,10
NORTE - EIXO BALTAZAR	31.274	41.908	-34,00
PARTENON - LOMBA PINHEIRO	42.090	29.605	42,17
RESTINGA - EXTREMO SUL	19.548	16.485	18,58
SUL - CENTRO SUL	40.185	42.799	6,50
<b>TOTAL</b>	<b>257.510</b>	<b>326.198</b>	<b>-26,67</b>
Cons/hab/ano	0,18	0,23	- 0.05

Fonte: SIA/SUS

Ao avaliar os dados da tabela acima e, realizando um cálculo de avaliação de índice, conclui-se que no terceiro trimestre de 2011 chegou-se a média de 0,18 cons/hab/ano\* com a projeção anual de 0,73 cons/hab/ano, abaixo do preconizado pela Portaria 1101/MS – 2002 –que é de aproximadamente 1,5 cons/hab/ano. Ao avaliarmos a população SUS dependente (75%) ficamos com a projeção de 0,98 cons/hab/ano. Comparando-se com a produção de consultas médicas no trimestre do ano anterior encontramos uma diminuição de 0,05 que corresponde -21,3% de consultas. Algumas justificativas para essa diminuição é a redução de médicos na atenção primária por aposentadorias, licenças pré aposentadorias e a redução de carga horária dos médicos com a inclusão do regime de 20h.

\*Cálculo 2011:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de consultas no trimestre}}{\text{Populaçã}}$

Quadro 7- Produção ambulatorial por GD e por consulta/habitante no 3º Trimestre 2011 e 2010

	Consultas médicas geral		Habitantes		Cons/hab/tri		Projeção/ano	
	3º tri/11	3º tri/10	3º tri/11	3º tri/10	3º tri/11	3º tri/10	3º tri/11	3º tri/10
<b>CENTRO</b>	18.246	30.514	267.012	267.012	0,06	0,12	0,27	0,48
<b>SCS</b>	40.185	42.799	178.903	178.903	0,22	0,2	0,89	0,9
<b>PLP</b>	42.090	29.605	186.413	186.413	0,22	0,15	0,89	0,63
<b>LENO</b>	31.636	41.455	156.235	156.235	0,2	0,26	0,8	1,06
<b>GCC</b>	36.624	89.231	151.750	151.750	0,24	0,58	0,96	2,35
<b>NEB</b>	31.274	41.908	181.673	181.673	0,17	0,23	0,68	0,92
<b>NHNI</b>	19.548	34.201	189.156	189.156	0,1	0,18	0,41	0,72
<b>REST</b>	37.907	16.485	89.350	89.350	0,42	0,18	1,27	0,73

Fonte: SIA/ SUS

Considerando o número de consultas por habitante por GD, encontramos diferenças importantes em 2010, sendo na região da GD CENTRO a menor proporção de consultas por habitante e na GD GCC a maior. No ano de 2010 somente a GD GCC alcançou a meta de 1,5 Cons/hab/ano. No 3º trimestre de 2011, considerando o número de consultas por habitante por GD, permanecem as diferenças entre as regiões. A região CENTRO permanece com a menor proporção de consultas por habitante e a RESTINGA passa a se aproximar da meta, mas nenhuma alcançando a meta projetada. Podemos inferir que essa diminuição é ocasionada pela diminuição de médicos devido às aposentadorias, principalmente nas gerências que possuem grandes ambulatorios ou unidades básicas mais antigas dentro dos centros de saúde, onde a maioria eram municipalizados ou municipais, com maior tempo de serviço, como por exemplo na região Centro (CS Santa Marta e CS Modelo), na GCC, o CSVC, na LENO o CS Bom Jesus e na NEB a UBS Assis Brasil.

**Quadro 8-** Relatório de Desempenho Operacional – SIAB 3º Trimestre 2011 e 2010

	<b>3º tri 2011</b>	<b>3º tri 2010</b>	<b>Variação</b>
Consultas Médicas Geral	83.463	94.527	-11.064
Total de Pessoas Cadastradas	265.824	256.349	9.475
Cons méd/hab cadastradas	0,31	0,36	-0,05
Atendimento Individual Enfermeiro	40.501	38.998	1.503
VD ACS	98.486	117.176	- 18.690
VDACS/dia trabalhado	4,23	5,03	0,8

**Fonte: SIAB**

Ao analisar a tabela acima, encontramos um valor de 0,31 consultas médicas/habitante cadastrado\*, estimando 1,24 cons/habcad/ano para o ano de 2011. Sendo assim, projeta-se o cumprimento da meta definida pelo PROESF fase II, que é 1,1 Cons/habcad/ano, mesmo com várias equipes sem o profissional médico e com a diminuição de 0,05 cons/habcad/tri em comparação ao trimestre do ano anterior. Sobre a média de visitas domiciliares pelos ACS\*\* obtivemos 4,23 VD/dia trabalhado (considerando 60 dias úteis). Comparando-se com o 3º trimestre de 2010, observa-se uma diminuição de 0,8 VD/dia trabalhado.

\* Cálculo: 
$$\frac{\text{Nº total de consultas médicas no trimestre}}{\text{Total de pessoas cadastradas}}$$

\*\* Cálculo 
$$\frac{\text{nº total de VDs ACs no trimestre}}{\text{Dias úteis trabalhados no trimestre}}$$

Nº total de ACS      Dias úteis trabalhados no trimestre

Referentes ao produzido na rede de APS foram descritas as consultas básicas médicas e de nível superior, a produção do SIAB em atendimentos produzidos na ESF (médica e Agentes Comunitários de Saúde), o serviço prestado em alimentação e nutrição, bem como a assistência farmacêutica prestada na esfera das Gerências Distritais de Saúde.

## Saúde Nutricional

A Tabela 32 (abaixo) demonstra que o número total de refeições servidas no 3º trimestre de 2011, em relação ao mesmo período de 2010, não apresentou variação significativa na totalidade dos serviços.

Tabela 36- 3º trimestre de 2011 – Refeições servidas em serviços de Alimentação e Nutrição

Unidades	Jul		Ago		Set		Total		% Variação
	Func.	Usuários	Func.	Usuários	Func.	Usuários	3º tri/2011	3º tri/2010	
<b>Casa Harmonia</b>	220	550	330	660	255	510	2525	1.928	<b>30,96</b>
<b>Cais 8</b>	-	1392		1317		1303	4012	2.568	<b>56,23</b>
<b>Casa Viva Maria</b>	-	3.481	-	3.739	-	3739	10.959	10.111	<b>8,38</b>
<b>Serv. Res. Terapêut.</b>	710	2.945	725	1.240	835	1.193	7.648	11.121	<b>-31,23</b>
<b>TOTAL</b>							<b>25.144</b>	<b>25.728</b>	<b>-2,26</b>

Fonte: CGRAPs/SMS, 2011.

No Serviço Residencial Terapêutico, em 2010, os atendimentos incluíam os pacientes itinerantes, porém em 2011, com a mudança de endereço e um espaço físico menor, os atendimentos foram restritos somente para os pacientes internados, reduzindo o número de refeições servidas.

As tabelas abaixo (Tabelas 33 e 34) informam a produção referente aos procedimentos de nutrição realizados no terceiro trimestre de 2011 e 2010 com a variação entre os períodos. Os procedimentos de nutrição avaliados são consultas, atividades educativas, antropometria e atendimento domiciliar.

Tabela 37- Total de Procedimentos de Nutrição 3º tri /2011 e 3º Tri/ 2010.

GERÊNCIAS DISTRITAIS	3º TRI/ 2011	3º Tri/ 2010	Variação %
CENTRO	1343	1179	<b>14,0</b>
GLORI- CRUZEIRO – CRISTAL	558	1155	<b>-52,0</b>
LESTE – NORDESTE	1223	1047	<b>16,8</b>
NOROESTE - HUMAITA - NAVEGANTES – ILH	1233	1200	<b>2,75</b>
NORTE - EIXO – BALTAZAR	917	1142	<b>-19,7</b>
PARTENON - LOMBA – PINHEIRO	645	1625	<b>-60,0</b>
RESTINGA - EXTREMO SUL	280	-	
SUL - CENTRO SUL	896	956	<b>-6,3</b>
<b>Total</b>	<b>7.095</b>	<b>8.304</b>	<b>-14,5</b>

Fonte: SIA/DATASUS, 2011.

Tabela 38- Total de Consultas Realizadas no período - 3º trim/2011 e 3º trim/ 2010.

<b>GERÊNCIAS DISTRITAIS</b>	<b>3ºTRIM/ 2011</b>	<b>3ºTRIM/ 2010</b>	<b>Variação %</b>
CENTRO	1.048	1.136	-7,7
GLORIA - CRUZEIRO – CRISTAL	553	1.151	-51,9
LESTE – NORDESTE	921	1.002	-8,0
NOROESTE - HUMAITA – NAV-ILHAS	1.114	1.057	-3,7
NORTE - EIXO – BALTAZAR	861	1.115	-22,8
PARTENON - LOMBA – PINHEIRO	365	1.336	-72,7
RESTINGA - EXTREMO SUL	139	-	
SUL - CENTRO SUL	884	956	-7,5
<b>Total</b>	<b>5.885</b>	<b>7.753</b>	<b>-25,0</b>

Fonte: SIA/DATASUS, 2011.

Nos procedimentos de Nutrição em geral houve um decréscimo de 14,5% na totalidade das GD em relação ao ano anterior. Nas consultas do profissional, houve um decréscimo de 25% em relação ao período anterior, na totalidade das GD.

Justifica-se a redução na GD GCC pelo fato de ser ter, no trimestre analisado, um profissional aposentado e um profissional trabalhando com matriciamento em 50% da carga horária. Já a GD PLP, está com um profissional a menos na assistência, e dois profissionais trabalhando com matriciamento. A GD NEB está com 2 profissionais em licença de saúde e 1 profissional aposentado a partir de abril de 2010.

A GD Extremo Sul não houve registros em 2010, devido a ausência de profissional nutricionista.

As Atividades Educativas (Tabela 41) não apresentaram variação significativa na totalidade das gerências.

Tabela 39- Total de Atividades Educativas – 3º trim 2011 e 3º trim 2010.

<b>GERÊNCIAS DISTRITAIS</b>	<b>3º TRI/ 2011</b>	<b>3ºTRI/2010</b>	<b>Variação %</b>
CENTRO	03	43	-93,0
GLORIA - CRUZEIRO - CRISTAL	05	04	25,0
LESTE – NORDESTE	47	45	4,44
NOROESTE - HUMAITA – NAV-ILHAS	37	43	-13,9
NORTE - EIXO – BALTAZAR	42	27	55,5
PARTENON - LOMBA - PINHEIRO	276	263	4,9
RESTINGA - EXTREMO SUL	02	-	-
SUL - CENTRO SUL	04	-	-
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>425</b>	<b>-2,11</b>

Fonte: SIA/DATASUS, 2011.

Embora a avaliação antropométrica seja uma atividade de rotina do nutricionista e fazer parte na consulta, alguns profissionais não registraram este procedimento em 2010.

Tabela 40- Avaliação Antropométrica – 3º TRI 2011.

Gerencias Distritais	3º TRI 2011
Centro	292
GCC	
LENO	255
NHNI	14
NEB	14
PLP	
RESTINGA	139
SCS	8
	722

Fonte: SIA/DATASUS, 2011.

Em relação aos atendimentos em Visita Domiciliar, somente a GD NHNI apresentou registro de VD, com 68 atendimentos em 2011 e 100 atendimentos em 2010, e a GD PLP com 04 atendimentos em 2011 e 26 atendimentos em 2010.

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

## Saúde Bucal

### AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO EM SAÚDE BUCAL

Para complementar as ações de monitoramento em saúde bucal no município, a Área Técnica de Saúde Bucal tem como referência para avaliação da gestão 5 indicadores que são historicamente acompanhados por todos os municípios do Brasil e ratificado na orientação do Pacto de Indicadores de 2006. Esses indicadores estão no Plano Nacional de Saúde Bucal do Ministério de Saúde desde a sua última revisão que foi em 2004. Os indicadores são os que seguem

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

**Conceito:** É o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS).

**Interpretação:** Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados

integrals, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso etc.

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

**Conceito:** É o percentual de pessoas que participam da ação coletiva escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa.

**Interpretação:** Expressa a proporção de pessoas que teve acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

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

**Conceito:** Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período.

**Interpretação:** Expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos, realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.

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

**Conceito:** Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS.

**Interpretação:** Possibilita a análise do acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados. Cotejados com dados epidemiológicos, permite aprofundar a análise da evolução das doenças bucais, e obter noção sobre o grau de integralidade dos cuidados. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população na assistência odontológica especializada, e também, em certa medida, o grau de resolutividade da atenção básica.

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

**Conceito:** Este indicador reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia.

**Interpretação:** Este indicador possibilita analisar a orientação dos modelos propostos para a assistência odontológica individual, visto que mostra qual a participação dos procedimentos individuais mutiladores (exodontias de dentes permanentes) no total de procedimentos individuais realizados, que devem ser, em sua maioria, restauradores/conservadores e preventivos.

No capítulo que descreve a produção em serviços e ações das redes de atenção à saúde da SMS foram descritos o realizado pela área de saúde bucal para estes 5 indicadores apresentados.

### INDICADOR 1:

- Numerador: Primeira Consulta Odontológica Programática.
- Denominador: População de Porto Alegre.
- Código do Procedimento: 03.01.01.015-3
- Ano 2011: Base Populacional Porto Alegre (1.409.938).
- Ano 2010: Base Populacional Porto Alegre (1.436.124).
- Quantidade Aprovada por Procedimento Odontológico.
- Busca em 04/11/2011.

**Tabela 41- Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática (Indicador 1) – Porto Alegre, 2011.**

	1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.
<b>Meta a ser Atingida (acumulada) em % de habitantes (2010 e 2011)</b>	<b>3 %</b>	<b>6 %</b>	<b>9 %</b>	<b>13 %</b>
Meta a ser Atingida (acumulada) por nº de habitantes (2010 e 2011)	42.298	84.596	126.894	183.292
Ano 2011 em nº de habitantes cobertos	10.402	39.045	51.956	
Ano 2011 em % de habitantes cobertos	0,73	2,76	3,68	
Ano 2010 em nº de habitantes cobertos	8.642	23.344	32.505	42.523
Ano 2010 em % de habitantes cobertos	0,60	1,63	2,26	2,96

**Fonte:** SIA SUS (TabWin), 2011.

O resultado do indicador 1, que mede o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito da atenção primária em saúde no município de Porto Alegre, mostra que ainda estamos muito aquém da necessidade da população. Isso se deve a alguns motivos que citaremos abaixo:

- Baixo número de profissionais na rede de atenção primária em saúde para o quantitativo de pessoas no município. Hoje (2011) temos um total 118 Cirurgiões Dentista nas UBS e 32 nas Equipes da ESF. Isso dá um profissional para aproximadamente 9.400 pessoas. Se compararmos com o ano de 2010 ainda houve um avanço, pois havia na mesma época no ano de 2009, apenas 99 profissionais nas UBS, houve um acréscimo de 19 profissionais que foram chamados do concurso público e na equipes da ESF havia apenas 16 profissionais, ou seja, houve um acréscimo de 16 equipes de saúde bucal.

Baixo número de profissionais Auxiliares em Saúde Bucal na rede de Atenção Básica são 70 em UBS e 32 em equipes da ESF. Esses profissionais possibilitam uma maior agilidade para o atendimento tanto de atividades clínicas individuais quanto para atividades de âmbito coletivo.

Falta de uniformização na forma de registro dos procedimentos odontológicos, tanto no âmbito individual quanto coletivo, por isso no mês de outubro, novembro e dezembro de 2011 está se realizando oficinas e capacitações para padronização desse registro.

Conclui-se que, se fizermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município de Porto Alegre usando uma adaptação dos estabelecidos por Chaves et al (2007), que classifica a implantação da atenção da atenção à saúde bucal em três dimensões, Porto Alegre encontra-se em nível de adequação Intermediário. Atingiu, até o momento, 40,9% da meta pactuada até o terceiro trimestre de 2011.

**Tabela 42– Nível de adequação dos estabelecimentos para atendimento em Saúde Bucal, conforme Indicador 1, em Porto Alegre/RS, 2011.**

<b>Nível de Adequação</b>	<b>Características e Pontuação</b>
<b>INCIPIENTE</b>	Atingiu uma pontuação inferior a 33,3% da pontuação proposta ou pactuada.
<b>INTERMEDIÁRIO</b>	Superior ou igual a 33,3% e inferior a 66,6% da pontuação máxima proposta ou pactuada.
<b>AVANÇADO</b>	Se a pontuação for superior a 66,6% da pontuação máxima proposta ou pactuada.

**Fonte:** CGRAPS/SMS, 2011.

No mesmo período de 2010 o município encontrava-se em nível de adequação incipiente, atingindo apenas 25,1% da meta pactuada até o terceiro trimestre.

**INDICADOR 2:**

- Numerador: Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada
- Denominador: População de Porto Alegre
- Código do Procedimento: 01.01.02.003-1

- Ano 2011: Base Populacional Porto Alegre (1.409.938)
- Ano 2012: Base Populacional Porto Alegre (1.436.124)
- Quantidade Aprovada por Procedimento Odontológico
- Busca em 04/11/2011

Tabela 43- Cobertura de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (Indicador 2) em Porto Alegre/RS, 2011.

	Primeiro Trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre	Quarto trimestre
<b>Meta a ser Atingida em % de habitantes</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>
Meta a ser Atingida por nº de habitantes	42.298	42.298	42.298	42.298
Ano 2011 em nº de habitantes cobertos	2.467	13.496	16.635	
Ano 2011 em % de habitantes cobertos	0,17	0,95	1,17	
Ano 2010 em nº de habitantes cobertos	5.378	14.625	14.617	13.737
Ano 2010 em % de habitantes cobertos	0,37	1,02	1,02	0,96

Fonte: SIA SUS (TabWin), 2011.

Os resultados desse indicador (Tabela 39) demonstram o percentual de pessoas que participam da ação coletiva escovação dental supervisionada. Essa ação é de fundamental importância, pois tem como foco principal a manutenção da saúde e não o tratamento da doença, isso por que têm foco as pessoas que não tem nenhuma doença que precise intervenção cirúrgica restauradora e deve ser feito no âmbito coletivo por qualquer profissional que atua da rede de atenção primária em saúde. Tem um custo baixo, pois precisa apenas do recurso humano e escova e creme dental.

O Manual de Fluoretos do Ministério da Saúde coloca essa ação como fundamental para monitoramento de saúde bucal para todos os grupos populacionais. Alguns motivos para os resultados apresentados com o indicador foram citados abaixo:

1. Baixo número de profissionais na rede de atenção primária em saúde para o quantitativo de pessoas no município.
2. Principalmente pelo baixo número de profissionais Técnicos em Saúde Bucal na rede de Atenção Básica que são 4 em UBS e 6 em equipes da ESF. Esses profissionais poderiam assumir a responsabilidade da coordenação dessas atividades no âmbito das Gerências Distritais em Saúde do município do Porto Alegre, sem que o profissional Cirurgião Dentista saia tanto das atividades clínicas

em consultório. Caberia a esse formar uma rede para execução dessas atividades em todos os espaços coletivos de cada uma das unidades de atenção primária em saúde.

3. Falta de uniformização na forma de registro dos procedimentos odontológicos, tanto no âmbito individual quanto coletivo, por isso no mês de outubro, novembro e dezembro de 2011 está se realizando oficinas e capacitações para padronização desse registro.

Conclui-se que, se fizermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município de Porto Alegre, usando uma adaptação dos estabelecidos por Chaves et al (2007) que classifica a implantação da atenção da atenção à saúde bucal em três dimensões (tabela 38). Porto Alegre encontra-se em nível de adequação Intermediário, atingindo 39,0% da meta pactuada até o terceiro trimestre de 2011.

No mesmo período de 2010 o município encontrava-se igualmente no nível de adequação intermediária, no entanto, atingindo 34,0% da meta pactuada até o terceiro trimestre, mostrando uma pequena evolução de um ano para o outro.

### **INDICADOR 3:**

- Numerador: número de procedimentos odontológicos básicos que são todos com exceção da 1º Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas.
- Denominador: população em determinado local e período (2010 e 2011).
- Ano 2011: Base Populacional Porto Alegre (1.409.938).
- Ano 2012: Base Populacional Porto Alegre (1.436.124).
- Quantidade Aprovada por Procedimento Odontológico.

Tabela 44- Média de Procedimentos Básicos Individuais por habitante (Indicador 2), em Porto Alegre/RS, 2011.

	Primeiro Trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre	Quarto trimestre
<b>Meta a ser Atingida (acumulada) em procedimento/habitante/ano (Portaria MS 1101/2002 = 0,5 a 2)</b>	<b>0,50</b>	<b>1,00</b>	<b>1,50</b>	<b>2,00</b>
Meta a ser Atingida (acumulada) por nº procedimentos básicos	704.969	1.409.938	2.114.907	2.819.876
Ano 2011 (nº de procedimentos básicos)	138.684	274.143	411.598	
Ano 2011 em % de habitantes cobertos	0,20	0,20	0,20	
Meta a ser Atingida (acumulada) por nº procedimentos básicos	718.062	1.436.124	2.154.186	2.872.248
Ano 2010 (nº de procedimentos básicos)	118.506	281.487	583.702	718.763
Ano 2010 (% de procedimentos/hab/ano)	0,17	0,20	0,27	0,25

Fonte: SIA SUS (TabWin).

O resultado desse indicador expressa a concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos restauradores, realizados por habitante nos serviços de atenção primária em saúde bucal do município de Porto Alegre. Os dados mostram que ainda estamos muito abaixo da necessidade da população porto-alegrense, isso se deve a alguns motivos que citaremos abaixo:

1. Baixo número de profissionais na rede de atenção primária em saúde para o quantitativo de pessoas no município.

2. Baixo número de profissionais Auxiliares em Saúde Bucal na rede de Atenção Básica, pois esses profissionais possibilitam uma maior agilidade para o atendimento de atividades clínicas individuais.

3. Falta de uniformização na forma de registro dos procedimentos odontológicos, tanto no âmbito individual quanto coletivo, por isso no mês de outubro, novembro e dezembro de 2011 está se realizando oficinas e capacitações para padronização desse registro.

4. Quando comparamos com a condição epidemiológica de uma das doenças mais prevalentes que acomete a cavidade bucal que é a cárie dentária, principalmente na população jovem percebe-se que precisa triplicar o número de profissionais cirurgiões dentista para dar conta apenas dessa doença. Isso porque é esperado que pelo menos dois procedimentos odontológicos sejam necessários para reduzir a carga de doença na população do município e então podermos dar ênfase na manutenção da saúde. Se expandirmos para a segunda doença mais

prevalente na população brasileira e porto-alegrense esse número de profissionais cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal, precisa ser maior ainda.

Conclui-se que, se fizermos uma avaliação do nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município de Porto Alegre, usando uma adaptação dos estabelecidos por Chaves et al (2007), que classifica a implantação da atenção da atenção à saúde bucal em três dimensões (tabela 38), o município encontra-se em nível de adequação Incipiente, atingindo 13,3% da meta pactuada até o terceiro trimestre de 2011.

No mesmo período de 2010 o município encontrava-se igualmente no nível de adequação incipiente, atingindo um pouco mais, 18,0% da meta pactuada até o terceiro trimestre.

#### **INDICADOR 4:**

- Numerador: todos os procedimentos odontológicos individuais especializados.
- Denominador: número de procedimentos odontológicos básicos que são todos com exceção da 1º Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas.
- Ano 2011: Base Populacional Porto Alegre (1.409.938).
- Ano 2012: Base Populacional Porto Alegre (1.436.124).
- Quantidade Aprovada por Procedimento Odontológico Especializado.
- Quantidade Aprovada por Procedimento Odontológico Básico.

**Tabela 45- Proporção de Procedimentos Especializados em Relação aos Básicos (Indicador 3), em Porto Alegre/RS, 2011.**

	Primeiro Trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre	Quarto trimestre
Quantidade de <b>Procedimentos Especializados</b> Ambulatoriais e Hospitalares 2011	270.309	534.934	822.347	
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2011	138.684	274.143	411.598	
<b>PROPORÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS/BÁSICOS</b>	<b>1,94 / 1</b>	<b>1,95 / 1</b>	<b>1,99 / 1</b>	
Quantidade de <b>Procedimentos Especializados</b> Ambulatoriais e Hospitalares 2010	304.490	681.811	1.157.952	1.473.817
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2010	118.506	281.487	583.702	718.763
<b>PROPORÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS/BÁSICOS</b>	<b>2,57 / 1</b>	<b>2,42 / 1</b>	<b>1,98 / 1</b>	<b>2,05 / 1</b>

Fonte: SIA SUS (TabWin).

O resultado desse indicador expressa o acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados. Os dados mostram que ainda estamos viesados quanto ao tipo de atendimento odontológico realizado na população porto-alegrense, pois ainda estamos com mais procedimentos especializados ambulatoriais e hospitalares do que procedimentos básicos:

1. Baixo número de profissionais na rede de atenção primária em saúde para o quantitativo de pessoas no município.

2. Baixo número de profissionais Auxiliares em Saúde Bucal na rede de Atenção Básica, pois esses profissionais possibilitam uma maior agilidade para o atendimento de atividades clínicas individuais.

3. Falta de uniformização na forma de registro dos procedimentos odontológicos, tanto no âmbito individual quanto coletivo, por isso no mês de outubro, novembro e dezembro de 2011 está se realizando oficinas e capacitações para padronização desse registro.

4. Carga de doença que exige um nível maior de especialização para tratamento e reabilitação da saúde bucal da população, o que não é custo efetivo para o município, ou seja, as pessoas estão sendo atendidas muito tarde e desenvolvendo mais suas doenças.

Conclui-se que não é possível avaliar o nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal com esse indicador, pois não existe pactuação para proceder à comparação. Os resultados mostram, no entanto, a necessidade de ampliação e qualificação na atenção primária em saúde bucal.

#### **INDICADOR 5:**

- Numerador: 04.14.02.013-8 (Exodontia de Dente Permanente).
- Denominador: número de procedimentos odontológicos básicos que são todos com exceção da 1ª Consulta Odontológica Programática e Ações Coletivas.
- Ano 2011: Base Populacional Porto Alegre (1.409.938).
- Ano 2012: Base Populacional Porto Alegre (1.436.124).
- Quantidade Aprovada por Procedimento Exodontia Dente Permanente.
- Quantidade Aprovada por Procedimento Odontológico Básico.

**Tabela 46- Percentual de Exodontias de Dente Permanente em Relação aos Procedimentos Básicos Individuais (Indicador 5), em Porto Alegre/RS, 2011.**

	Primeiro Trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre	Quarto trimestre
<b>Meta a ser Mantida em no máximo 5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2011	138.684	274.143	411.598	
Quantidade de <b>Exodontias</b> realizadas no ano de 2011	3.377	8.261	12.586	
<b>PROPORÇÃO DE EXODONTIAS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS</b>	<b>2,43%</b>	<b>3,01%</b>	<b>3,05%</b>	
Quantidade de <b>Procedimentos Básicos</b> 2010	118.506	281.487	583.702	718.763
Quantidade de <b>Exodontias</b> realizadas no ano de 2010	3.907	10.081	14.780	20.107
<b>PROPORÇÃO DE EXODONTIAS E PROCEDIMENTOS BÁSICOS</b>	<b>3,30%</b>	<b>3,58%</b>	<b>2,53</b>	<b>2,80</b>

- **Fonte:** SIA SUS (TabWin). Busca em 04/11/2011.

O indicador expressa as ações mutilatórias em saúde bucal que é a extração de dentes permanentes, o resultado deste indicador está abaixo do máximo aceitável para a população de Porto Alegre. O aumento desse procedimento dos anos de 2010 para o ano de 2011 se deve pelo fato da elevação do número de serviços novos implantados na rede de atenção primária em saúde. Esse é uma tendência, pois as pessoas têm uma demanda reprimida muito grande para esse tipo de procedimento no início dos serviços.

Conclui-se que o nível de adequação da gestão da Atenção Primária em Saúde Bucal do município, usando uma adaptação dos estabelecidos por Chaves et al (2007), que classifica a implantação da atenção da atenção à saúde bucal em três dimensões (Tabela 36), Porto Alegre encontra-se em nível de adequação Avançado, atingindo 166,6% da meta pactuada até o terceiro trimestre de 2011.

No mesmo período de 2010 o município encontrava-se igualmente no nível de adequação Avançado, atingindo 197,6% da meta pactuada até o terceiro trimestre. No entanto, não exime da responsabilidade do município de reduzir ainda mais esse tipo de procedimento para não aumentar ainda mais a população edêntula no município de Porto Alegre e pensar para o próximo ano serviços de prótese dentária para a rede de atenção primária em saúde.

## **Análise das metas do Plano Municipal de Saúde**

### **Meta 55: Ampliação no acesso ao cuidado em saúde bucal na atenção primária:**

Pactuado: 37 equipes de Saúde Bucal na ESF e contratação de mais 8 novos dentistas para o quadro funcional da SMS até 2013.

Situação Atual: Até o momento tem-se 32 equipes de Saúde Bucal na ESF de Porto Alegre. Além disso, já está na Câmara Municipal de Vereadores o projeto de Lei do Executivo que cria 9 novas vagas de Cirurgiões Dentista para o quadro funcional da SMS de Porto Alegre. O projeto está em análise da comissão de saúde com entrada no dia 25 de outubro de 2011.

Projeção para 4º Trimestre: está se finalizando a obra de ampliação de mais uma unidade da ESF onde será colocada equipe de saúde bucal e pretende-se entrar em atividade até o final de ano, ESF São Gabriel na gerência Glória Cruzeiro Cristal.

### **Meta 52: Ampliação de US com saúde Bucal com 3º turno:**

Pactuado: Abertura de 02 unidades de saúde com serviço de atenção a saúde bucal com 3º turno no município de Porto Alegre.

Situação Atual: Não foi possível abrir, até o terceiro trimestre de 2011, serviços de saúde bucal com terceiro turno.

Projeção para 4º Trimestre: oferecer aos profissionais da rede a possibilidade de atuarem nesse 3º turno, fazendo adequação do seu horário de trabalho.

### **Meta 103: Ampliação do acesso à média complexidade em saúde bucal passando dos quatro existentes para seis CEO até 2013**

Pactuado: 5 CEOS funcionando até dezembro de 2012

Situação Atual: No momento estamos com 5 CEOs em funcionamento que são: CEO Santa Marta, CEO GHC, CEO UFRGS, CEO Bom Jesus e CEO Vila dos Comerciários.

Interpretação: Para o ano de 2012 está-se ampliando o quadro de profissionais Cirurgiões Dentista através de um projeto elaborado pelo executivo que foi enviando para a Câmara de Vereadores no dia 25 de outubro e está em análise da Comissão de Saúde dessa câmara. Será ampliado em 9 o número do quadro efetivo desses profissionais, sendo 5 deles para o CEO IAPI que, no momento encontra-se fechado, pois estava sobre responsabilidade da Faculdade de Odontologia da ULBRA (Canoas).

## 7.2 Assistência Farmacêutica

**Tabela 47- Receitas Atendidas**

GD	Total 3º trim./ 2011	Total 3º trim./ 2010	Farmácia Distrital	Total FD 3º trim. 2011	Total FD 3º trim. 2010	Variação nº	variação %
<b>GDC- Santa Cecília</b>	9.882	9.151	FD SANTA MARTA	44.925	34.212	10.713	31,31
			FD FARROUPILHA	39.949	38.225	1.724	4,51
<b>GD NHNI</b>	17.812	18.031	FD IAPI	38.875	37.031	1.844	4,98
			FD NAVEGANTES	15.845	17.227	-1.382	-8,02
<b>GD NEB</b>	53.210	49.931	FD SARANDI	19.865	16633	3.232	19,43
<b>GD GCC</b>	48.879	33.863	FD CSVC	44.968	37.208	7.760	20,86
<b>GD LENO</b>	35.656	52.909	FD BOM JESUS	28.093	34.471	-6.378	-18,50
<b>GD PLP</b>	63.820	23.639	FD BANANEIRAS	22.193	23.682	-1.489	-6,29
<b>GD SCS</b>	46.096	46.309	FD CAMAQUÃ	17.666	22.159	-4.493	-20,28
<b>GD RES</b>	30.474	38.553	FD MACEDÔNIA	17.070	15.587	1.483	9,51
<b>Total de receitas</b>	<b>305.829</b>	<b>272.386</b>		<b>289.449</b>	<b>276.435</b>		

Houve um aumento no número de receitas atendidas mesmo considerando as variações negativas em algumas Farmácias Distritais

**Tabela 48- Recursos Financeiros Utilizados**

Período	3º trim 2011	3º trim 2010	Variação
Unidades de medicamentos Distribuídos	58.794.490	68.335.242	- 9.540.752
Recurso Financeiro Utilizado	R\$ 3.125.154	R\$ 3.411.995	- 286.841
Somatórios de Receitas atendidas			

Ainda não temos como inferir observações sobre as variações nos quantitativos de unidades de medicamentos distribuídos, pois estamos em fase de distribuição de novos medicamentos na Rede de Atenção Primária da Saúde.

**Tabela 49- Medicamentos Recebidos do Ministério da Saúde e entregues**

Medicamento	3º trim /2011 R\$	3º trim 2010 R\$	3º trim /2011 Quantidade	3º trim 2010 Quantidade	Variação
Tabagismo	118.139,00	3.717,78	74.768	8.508	66.150
Insulina	93.405,80	172.940,23	26.500	38.111	-11.611
Tuberculose	52.291,07	201.709,60	372.106	307.500	64.606
DST/AIDS	4.460.079,61	2.721.251,25	56.094	52.019	4.075
Hanseníase	2.915,96	2.247,52	9.692	5.738	3.975

Os valores apontados são referentes às Guias de Remessas dos medicamentos.

As ações da assistência farmacêutica estão voltadas para a adequação da nova Relação Municipal de Medicamentos (em fase de publicação). Optou-se num primeiro momento disponibilizar todos os novos medicamentos na rede de dispensários e Farmácias Distritais.

Esta etapa requer reestruturação de vários fluxos e atividades relacionados com as aquisições, espaço físico, recursos humanos, financeiros e materiais, além de capacitações.

Problemas ocorridos:

Atraso nas assinaturas das atas dos pregões eletrônicos para aquisição de medicamentos;

Atraso nas entregas de medicamentos por parte de algumas empresas, resultando em punição para as mesmas.

### 7.3 Produção Consultas Especializadas

Tendo em vista as implementações que estão sendo realizadas no sistema Aghos para o fornecimento de relatórios concretos justifica-se a ausência da tabela de oferta/bloqueio das consultas especializadas. No relatório final essas informações já estarão disponíveis para consulta.

### 7.4 Produção Hospitalar

O sistema AGHOS foi implantado em janeiro 2011 e atualmente possui 35% dos leitos SUS dos Hospitais de Porto Alegre regulados pela central de internação. Nos hospitais que já foram integrados ao sistema Aghos, temos a regulação de 100% dos leitos SUS.

**Tabela 50– Pacientes atendidos e regulados por meio do Sistema AGHOS (incluindo transferências externas), em Porto Alegre/RS, 2011.**

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>JULHO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SETEMBRO</b>	<b>TOTAL</b>
UTI NEONATAL	48	36	29	<b>113</b>
UTI PEDIÁTRICA	75	49	48	<b>172</b>
UTI ADULTO	106	108	135	<b>349</b>
INFECTOLOGIA	26	31	33	<b>90</b>
PSIQUIATRIA	399	389	459	<b>1247</b>
ENFERMARIA CLINICA	440	377	574	<b>1391</b>
ENFERMARIA PEDIATRICA	168	153	129	<b>450</b>
TRAUMATOLOGIA	102	135	149	<b>386</b>
ORDENS JUDICIAIS	33	17	27	<b>77</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1397</b>	<b>1295</b>	<b>1583</b>	<b>4275</b>

**Fonte:** Sistema AGHOS/SMS, 2011.

## 8.0 AÇÕES E SERVIÇOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

Nas tabelas abaixo segue demonstrativos de ações pactuadas comparando o 3º trimestre de 2011 com o 3º trimestre de 2010, analisando a variação das ações dentro do mesmo período sazonal, quando factível, e a evolução das metas pactuadas.

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

#### Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites

#### HEPATITES VIRAIS

Tabela 51- Relação de notificações, investigações e confirmações dos casos de hepatites virais.

<i>Notificar casos suspeitos de Hepatites Virais no SINAN e com diagnóstico laboratorial por sorologia.</i> <i>(PAVS 38) – PAS 8</i>		<i>Meta PAVS/ SISPACTO</i>	<i>3ºTrim/ 2011</i>	<i>3ºTrim/ 2010</i>	<i>Variação nº</i>
<b>B</b> <b>Pacto pela Vida – prior IV -13</b>	Notificado	80%	25	6	19
	Investigado	notificação	25	6	19
	Confirmado	(PAVS) e 90 % diagnóstico laboratorial	25	6	19
	% da meta atingida	(SISPACTO) 100% investigaçã o (PAS)	100	100	
<b>C</b>	Notificado	80%	190	339	-149
	Investigado	notificação	190	339	-149
	Confirmado	100%	190	339	-149
	% da meta atingida	investigaçã o (PAS)	100	100	

Fonte:EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Para determinar comportamento das hepatites virais é necessário que haja capacitação permanente da rede de atenção em saúde para que estes profissionais

notifiquem os casos suspeitos e capacidade instalada adequada de pessoal a nível central para realizar as investigações epidemiológicas.

Os dados de hepatites são complicados de fazer análise por trimestre por tratar-se de doença crônica cuja entrada de dados pode-se dar até 180 dias após o fechamento dos casos, o ideal é análise de coorte, em geral os dados de hepatite do ano corrente serão fechados no ano seguinte até abril /maio

Tabela 52- Cobertura da vacina da hepatite B de 1 ano e entre 11 e 24 anos de Porto alegre, 2011.

<b>Aumento da cobertura da vacina da hepatite B para 95% em crianças menores de 1 ano e entre 11 e 24 anos</b> <b>PAS 5 e PAS 7</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS</b>	<b>3ºTrimestre 2011</b>	<b>3ºTrimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>&lt; 1 ano</b> <b>PAS 5</b>	<b>População &lt; 1 ano</b>	Aumento de	<b>4578</b>	<b>4638</b>	<b>-1,29</b>
	<b>Nº de doses aplicadas</b>	5% a	<b>4016</b>	<b>4032</b>	<b>-0,4</b>
	<b>Taxa de cobertura</b>	cobertura vacinal nas crianças	<b>95%</b>	<b>95%</b>	
	<b>% meta atingida</b>	menores de 1 ano.	<b>87,72%</b>	<b>86,93%</b>	<b>0,79</b>
<b>11 a 24 anos</b> <b>PAS 7</b>	<b>População entre 11 e 24 anos</b>	Aumentar a cobertura vacinal da Hepatite B	<b>335470</b>	<b>335470</b>	<b>0</b>
	<b>Nº de doses aplicadas</b>	em 10% na faixa etária de 11 a 24.	<b>2567</b>	<b>2103</b>	<b>22,06</b>
	<b>Taxa de cobertura</b>				
	<b>% meta atingida</b>		<b>0,76</b>	<b>0,62</b>	<b>22,58</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/API

A população de 11 a 19 anos vem sendo vacinada desde 2005 e para a população de 20 a 24 anos, a vacina foi implantada em 2011. Nas faixas etárias analisadas as metas (5 e 7)de cobertura pactuadas no PMS foram atingidas parcialmente

**Tabela 53- Sífilis Adquirida e Corrimento Uretral Masculino**

<b>Nº casos de Sífilis e corrimento uretral *</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACT O</b>	<b>3º Trimestre re 2011</b>	<b>3º Trimestre re 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	<b>Nº de casos Sífilis</b>	<b>NP</b>	<b>74</b>	<b>17</b>	<b>335,29</b>
	<b>Nº de casos Corrimento uretral</b>		<b>8</b>	<b>3</b>	<b>166,66</b>

Fonte: EVDT/CGVS/ SMS/SINAN NET

A notificação dos casos de corrimento uretral e sífilis adquirida, foi implantada no município de POA em abril de 2011. Desta forma a avaliação com o mesmo período do ano anterior fica prejudicada.

**.Tabela 54 - Exames contagem de linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral**

<b>Exames</b>	<b>Período</b>		<b>Variação %</b>
	<b>III TRI 2011</b>	<b>III TRI 2010</b>	
<b>Contagem de Linfócitos CD4/CD8 realizados</b>	5271	5856	<b>- 9,9</b>
<b>Carga Viral realizados</b>	5374	3506	<b>+34,7</b>

Fonte: Tabwin

Os dados a que se refere a presente tabela, tratam-se das seguintes instituições: Hospital de Clínicas - HCPA, Grupo Hospitalar Conceição- GHC e Laboratório Central de Porto Alegre – LACEN Municipal. Há pactuação na CIB que os demais estabelecimentos tais como: Hospital São Lucas da PUC, Sta Casa de Misericórdia, os exames são realizados no LACEN/SES. Há demanda reprimida tendo em vista que a ampliação de oferta aguarda encaminhamento pelo Estado a SETEC do município de Porto Alegre apontando o repasse de valor para pagamento do procedimento na Faculdade de Farmácia. Os hospitais e instituições que realizam os exames em Porto Alegre abrangem município do interior e região metropolitana. O hospital Vila Nova realiza seus exames no LACEN do município, que oferece média 600 exames/mês. Segundo dados do último relatório da Rede de CD4 e CV da SES, 21283 pacientes estão cadastrados para a realização dos exames

**Tabela 55- Exames Anti-HIV e Confirmatórios Realizados**

<i>Exames</i>		<i>Período</i>		<i>Variação %</i>
		<b>III TRI 2011</b>	<b>III TRI 2010</b>	
<b>ANTI HIV</b>	<b>Total de Exames Elisa realizados</b>	21554	19656	<b>+8,8</b>
	<b>Anti-HIV Imunofluorescência</b>	383	312	<b>+18,5</b>
	<b>Anti-HIV Western Blot</b>	111	125	<b>-11,2</b>

Fonte: Tabwin

Os dados relacionados aos exames de anti- HIV Elisa contemplam os laboratórios e hospitais conveniados. Os exames confirmatórios dos laboratórios conveniados são enviados ao LACEN do município de Porto Alegre. Nenhum desses realizam o confirmatório apenas os exames de triagem.

**Tabela 56- Número absoluto de dispensas de antirretrovirais nas UDM IAPI e CSVC**

<i>Dispensação de Antirretrovirais</i>	<i>Período</i>		<i>Variação %</i>
	<b>III TRI 2011</b>	<b>III TRI 2010</b>	
<b>Adulto</b>	6751	6468	<b>+4,1</b>
<b>Gestante</b>	59	85	<b>-30,5</b>
<b>Criança</b>	35	86	<b>-59,3</b>

Fonte : dados fornecidos pelas UDMS

O quantitativo de ARVs distribuídos pelas UDMs do Município, não expressam necessariamente os pacientes que estão sendo atendidos pelo SAE. As unidades dispensadoras de medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS recebem pacientes de qualquer localidade. No caso das gestantes, embora haja crescimento nos dados relacionados a transmissão vertical, os serviços apresentam decréscimo na dispensação de medicamentos que estão relacionados a menor procura pelo serviço. Recentemente as Áreas técnicas de DST/AIDS e da Saúde da Mulher estabeleceram fluxos de encaminhamento das gestantes soropositivas para acompanhamento no seu pré natal.

As gerências distritais foram capacitadas em conjunto com as maternidades públicas.

**Tabela 57. Produção dos Serviços Especializados – SAE-IAPI e CSVC**

Indicador		SAE IAPI			SAE CSVC		
		Período		Variação 2011/2010	Período		Variação 2011/2010
		3º tri 2011	3º tri 2010		3º tri 2011	3º tri 2010	
Consultas médicas	Disponibilizadas	1.845	1.200	+34,96%	5.702	5.407	+5,0%
	Agendadas	1.645	1.003	+39,03%	5.171	5.010	+3,0%
	Realizadas	1.134	775	+31,66%	3.179	3.962	-6,0%
Consultas Enfermagem realizadas		610	437	+28,37%	1.351	1.913	-29%
Atendimento do Serviço Social realizados		472	462	+2,02%	974	881	+9,5%
Distribuição preservativos		13.608	4.840	+64,44%	12.522	14.436	-13,3%
Distribuição gel lubrificante		800	549	+31,38%	834	962	-13,3%
Outros		P.P.E.S*		-	10	0	-

Fonte: prontuários dos serviços

OBS Prontuários ativos: 6.547 no SAE CSVC e 1.235 no SAE IAPI

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

**Tabela 58 Produção do CTA/COAS**

Serviço	Indicador	Período		Variação
		3º tri 2011	3º tri 2010	
COAS	Consultas disponibilizadas para Aconselhamento	804	1088	-28%
	Aconselhamento pré-teste	412	385	7%
	Aconselhamento pós-teste	364	342	6,5%
	Consultas disponibilizadas para Psicoterapia	76	91	-16%
	Psicoterapias realizadas	59	76	-22,5%
	Atividades educativas	01	01	
	Grupo auto-cuidado	08	09	

Fonte: prontuários dos serviços

A diminuição das consultas disponibilizadas para aconselhamento deu-se devido as férias e ao período de greve dos servidores.

A diminuição do número de psicoterapias realizadas, assim como o número de psicoterapias disponibilizadas no período apresentou redução em 2011 devido as férias e ao período de greve dos servidores no período. Nestes períodos o CTA otimiza mais a participação dos pacientes no grupo de auto cuidado.

## LEPTOSPIROSE

Tabela 59: Casos de leptospirose notificados e investigados

<b>Notificar e investigar casos de Leptospirose PAS 15</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACT O/ PAS</b>	<b>3ºTrimestre re 2011</b>	<b>3ºTrimestre re 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	<b>Notificado</b>		<b>18</b>	<b>48</b>	-62,50
	<b>Investigado</b>	<b>Investigar</b>	<b>18</b>	<b>48</b>	-62,50
	<b>Confirmado</b>	<b>100% dos casos</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	-73,33
	<b>% Investigados</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	Meta atingida

Fonte: EVDT/CGVS/SINAN NET

Esta doença apresenta um aumento de casos conforme a sazonalidade (clima) sendo mais freqüente a sua ocorrência no verão e em períodos de enchentes.

## SARAMPO E RUBÉOLA

Tabela 60: Relação dos casos notificados e investigados em até 48 horas de sarampo

<b>Investigar casos notificados de Sarampo em até 48 horas. (PAVS 95) – (PAS 3)</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACT O/ PAS</b>	<b>3ºTrimestre re 2011</b>	<b>3ºTrimestre re 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	<b>Notificado</b>		<b>01</b>	<b>21</b>	-95,24
	<b>Investigado</b>		<b>01</b>	<b>21</b>	-95,24
	<b>% Investigado em até 48h</b>	<b>PAVS 90%/ PAS 100%</b>	<b>01</b>	<b>21</b>	-95,24
	<b>% meta atingida</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	Meta atingida

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Tabela 61- Relação dos casos notificados e investigados em até 48 horas de rubéola

<b>Investigar casos notificados de Exantemáticas em até 48 horas.</b> <b>(PAVS 95) – (PAS 2)</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO</b>	<b>3ºTrimestre 2011</b>	<b>3ºTrimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	<b>Notificado</b>		<b>15</b>	<b>15</b>	<b>-</b>
	<b>Investigado</b>		<b>15</b>	<b>15</b>	<b>-</b>
	<b>% Investigado em até 48h</b>	<b>PAVS 90%/ PAS 100%</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>-</b>
	<b>% meta atingida</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>Meta atingida</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Tabela 62: Relação dos casos de doenças exantemáticas- Sarampo encerrados por critério laboratorial.

<b>Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas – sarampo- por critério laboratorial</b> <b>(PAVS 96) - (PAS 3)</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS</b>	<b>3ºTrimestre 2011</b>	<b>3ºTrimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	<b>Nº absoluto casos</b>		<b>01</b>	<b>21</b>	<b>-95,24</b>
	<b>% com diagnóstico laboratorial</b>	<b>PAVS 95%/ PAS 100%</b>	<b>01</b>	<b>21</b>	<b>-95,24</b>
	<b>% meta atingida</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>Meta atingida</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Tabela 63: Relação dos casos de doenças exantemáticas- Rubéola encerrados por critério laboratorial.

<b>Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas – rubéola- por critério laboratorial</b> <b>(PAVS 96) - (PAS 2)</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS</b>	<b>3ºTrimestre 2011</b>	<b>3ºTrimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	<b>Nº absoluto casos</b>		<b>15</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
	<b>% com diagnóstico laboratorial</b>	<b>95%</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
	<b>% meta atingida</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>Meta atingida</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

### **Paralisia Flácida Aguda**

Foi pactuada a investigação de 100% dos casos suspeitos de Paralisia Flácida em menores de 15 anos notificados e/ou encontrados na busca ativa hospitalar para garantir a manutenção do município livre da circulação do vírus da poliomielite. Na

tabela abaixo, a pactuação da coleta de fezes oportunas para exames laboratorial de 80% dos casos de PFA notificados, requer desta equipe a orientação e capacitação dos profissionais dos serviços de controle de infecção dos hospitais para a notificação dos casos internados que atendam a definição da OMS.

Tabela 64- Número de coletas de oportunas em relação aos casos de PAF.

<b>Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda -PFA (PAVS 94) – PAS 4</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS</b>	<b>3ºTrim 2011</b>	<b>3ºTrim 2010</b>	<b>Varição %</b>
<b>Casos</b>	<b>Notificado</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>Investigado</b>	<b>80% dos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>nº coleta de amostra</b>	<b>casos notificados</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
	<b>% com coleta</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	

Fonte:EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

## VÍRUS DA INFLUENZA

Tabela 65: Número de coletas preconizadas e realizadas na rede sentinela para influenza.

<b>Realizar avaliação de desempenho da rede sentinela de INFLUENZA PAVS 35 e</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO</b>	<b>3ºTrimestre 2011</b>	<b>3ºTrimestre 2010</b>	<b>Varição %</b>
<b>Coletas</b>	<b>Nº coletas de amostras preconizadas</b>		<b>120</b>	<b>NA</b>	
	<b>nº coletas realizadas</b>	<b>5/coletas por semana</b>	<b>83</b>	<b>NA</b>	
	<b>% atingido</b>		<b>69,2%</b>		

Fonte:EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

NA: Não se aplica;

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, foi considerado o número de coletas realizadas através de pacientes internados com suspeita de SRAG (síndrome respiratória aguda grave) não atendendo o que é preconizado para sentinela da influenza, por exemplo, são 5 coletas por semana totalizando 20 coletas no mês. As coletas são de todo o paciente com síndrome gripal em atendimento ambulatorial (sem internação).

No ano de 2011 foram realizados vários contatos telefônicos e reuniões buscando reativar as unidades sentinelas do Grupo Hospitalar Conceição; ocorreu o reinício no mês de junho de 2011. Também a nova sentinela para influenza no Hospital Mãe de Deus a partir de maio de 2011.

Portanto, cada sentinela tem como meta 20 coleta por mês, atualmente, estamos com duas unidades sentinela que corresponde a 40 coletas/ mês =120 no trimestre.

Diante do exposto, a proposta da equipe é de realizar avaliação no próximo ano (2012), pois, a partir do 3º trimestre, é que as unidades sentinelas voltaram a coletar o vírus da influenza como preconizado pelo MS.

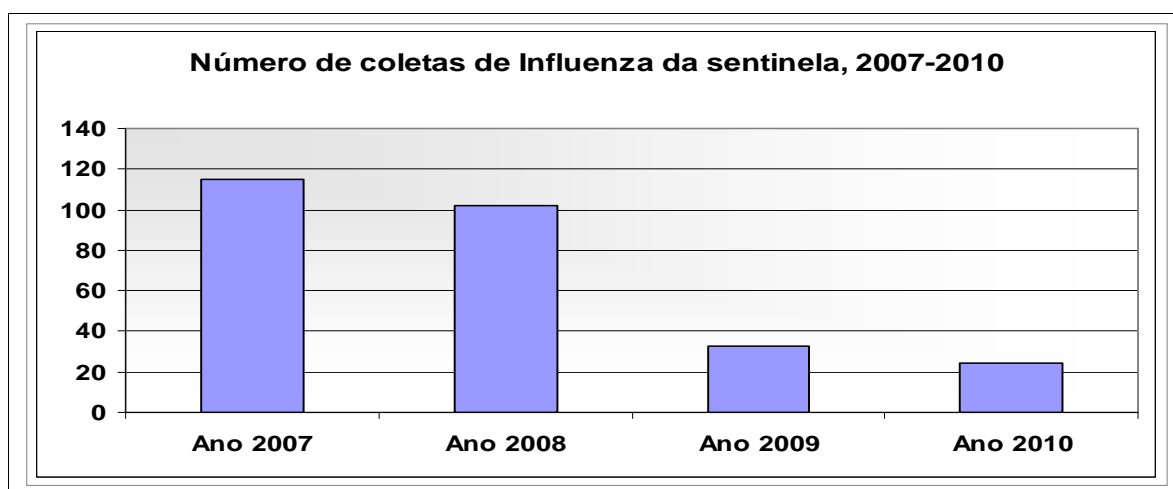


Figura 12- Coletas de Influenza da sentinela 2007-2010.  
Fonte: EVDT/CGVS/SMS

## TÉTANO ACIDENTAL E NEONATAL

Não foram apresentados casos de Tétano Neonatal de Acidental.

## DENGUE

Tabela 66- 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 e PAS 12</i>		<i>Meta PAVS/ SISPACTO/ PAS</i>	<i>3ºTrimstre 2011</i>	<i>3ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Casos PAS 12</b>	Notificado		15	129	-88,37
	Investigado		15	129	-88,37
	Confirmado	100%	3	11	-72,72
% da meta atingida					
<b>Casos Graves (PAVS 21) PAS 12</b>	Notificado		0	0	-
	Investigado		0	0	-
	Confirmado	100%	0	0	-
% da meta atingida					
<b>Óbitos /Letalidade (PAVS 21) Pacto pela Vida prior IV -8 PAS 12</b>	Notificado	Investigação	0	0	-
	Investigado	100% -PAVS	0	0	-
	Confirmado	e 1,9 % de letalidade (SISPACTO)	0	0	-
% da meta atingida		e PAS manter taxa abaixo de 1%	0%	0%	

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

No dia 03 de maio de 2010, a Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT) recebeu a notificação, por telefone, de um caso suspeito de dengue, sem história de viagem. O paciente era morador do bairro Jardim Carvalho, pertencente à Gerência Distrital Leste/ Nordeste. Após a investigação e resultado da sorologia positiva para dengue, a EVDT emitiu um alerta epidemiológico para a rede de serviços sobre o primeiro caso de Dengue autóctone (sem história de viagem) da Capital. No ano de 2011, foram detectados casos autóctones em outros bairros da cidade (Santo Antônio, Azenha e Farroupilha). Até a SE 39/2011 foram investigados **360** casos suspeitos de dengue sendo que **268** pacientes são moradores de Porto Alegre. Dos pacientes residentes em Porto Alegre, **222** foram descartados, **46** confirmados.

## MENINGITE

Tabela 67: 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 imunoeletroforese e látex (PAVS 100)</i>		<i>Meta PAVS/ SISPACTO</i>	<i>3ºTrim 2011</i>	<i>3ºTrim 2010</i>	<i>Variação %</i>
	Notificado e investigado		31	29	
	Nº. absoluto				
Meningite Bacteriana	Diag. Lab.	40% com diagnóstico laboratorial	18	24	
	Percentil atingido		58,06%	82,75%	-24,69
	% da meta atingida		100	100	Meta atingida

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

Na tabela acima, verifica-se que a meta pactuada foi amplamente atingida nos dois períodos considerados ainda que o percentual de identificação do agente infeccioso do ano de 2010 tenha sido superior ao alcançado em 2011.

As Meningites em Porto Alegre, seguindo as normas do SINAN, têm critério de confirmação epidemiológico baseado na clínica, no exame quimio-citológico do liquor e na eventual identificação do agente infeccioso. No caso das meningites bacterianas, OMS, aceita para fins da meta pactuada as meningites bacterianas que obtiveram identificação etiológica pelos métodos de cultura (padrão ouro), Látex ou CIEF. No terceiro trimestre de 2011 o LACEN/RS, responsável por esta análise, vem com falta do material necessário para análise por Látex. Cabe ressaltar ainda que, em Porto Alegre, 100% dos casos suspeitos de meningite têm coleta de Liquor o que garante no mínimo a análise citoquímica deste material.

## TUBERCULOSE

### CASOS NOVOS

Tabela 68- Número de casos novos de tuberculose, todas as formas clínicas, entre residentes em Porto Alegre.

<i>Gerência Distrital</i>	<i>3º Trimestre 2011*</i>	<i>3º Trimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>	<i>Meta PAS (80% dos casos novos previstos)</i>	<i>% da Meta Atingido</i>
Centro	39	46	-15,2 %	77	51 %
LENO	37	61	-39,3 %	34	108 %
NEB	37	36	2,8 %	50	75 %
NNHI	24	35	-31,4 %	34	71 %
GCC	26	31	-16,1 %	43	60 %
RES	9	26	-65,4 %	29	31 %
SCS	21	36	-41,7 %	45	47 %
PLP	37	61	-39,3 %	44	84 %
PCPA	19	38	-50,0 %	61	31 %
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>370</b>	<b>-32,7 %</b>	<b>354</b>	<b>70 %</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET, 2011. \* Dados sujeitos a alteração; base de dados de 08/10/2011.

Na rotina existente na CGVS/EVDT, as fichas de notificação são enviadas via malote das unidades ambulatoriais para a equipe de vigilância da TB. Neste trimestre, tivemos a greve dos correios, o que resultou em atraso no envio das fichas. O resultado final foi o retardo na digitação das fichas, não sendo possível realizar uma avaliação fidedigna dos dados coletados pois eles ainda estão sujeitos a modificações significativas.

No entanto, chama atenção que as Regiões Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro, mesmo sem os dados completos, já atingem a meta pactuada de Casos Novos-Todas as Formas, 108 e 84% respectivamente. Acreditamos que este resultado seja o reflexo das ações melhor descentralizadas de busca de casos nestas regiões. Em contraste, os baixos percentuais encontrados em outras regiões possam ser decorrentes da digitação incompleta das fichas de notificação pelo motivo descrito acima.

**Tabela 69- Número de casos novos de tuberculose, casos bacilíferos, entre residentes em Porto Alegre.**

<i>Gerência Distrital</i>	<i>3º Trimestre 2011*</i>	<i>3º Trimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>	<i>Meta PAS (80% dos casos novos bacilíferos previstos)</i>	<i>% da Meta Atingido</i>
Centro	18	17	5,9 %	37	49 %
LENO	21	25	-16 %	17	125 %
NEB	19	19	0,0	23	82 %
NNHI	6	22	-72,7 %	16	38 %
GCC	15	19	-21,1 %	21	72 %
RES	6	13	-53,8 %	14	44 %
SCS	13	14	-7,1 %	22	60 %
PLP	20	35	-42,9 %	21	96 %
PCPA	14	27	-48,1 %	30	47 %
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>191</b>	<b>-30,9 %</b>	<b>169</b>	<b>78 %</b>

Fonte: EVDT/CGVS/SMS/SINAN NET

\* Dados sujeitos a alteração; base de dados de 08/10/2011

Novamente, destacam-se as Regiões Leste/Nordeste e Partenon/Lomba do Pinheiro, que atingiram a meta de descoberta de Casos Novos Bacilíferos, 125 e 96% respectivamente, mesmo com um desempenho negativo no 3º trimestre de 2011 quando comparado ao 3º trimestre de 2010.

Caso sejam confirmados os desempenhos muito aquém da meta nas Regiões Centro (49%), NNHI (38%), RES (44%) e PCPA (47%), faremos uma alteração no cronograma de capacitação e descentralização das ações do Programa Municipal de Controle da TB (PMCT), priorizando estas regiões.

O esperado com a ampliação das ações de busca de sintomáticos respiratórios é o aumento do nº de casos notificados nos anos seguintes.

Acreditamos que, na avaliação anual de 2011, todos os dados referentes a este trimestre tenham sido digitados permitindo uma análise mais fidedigna.

## 8.2- Prevenção e controle de Doenças Não Transmissíveis e outros agravos (EVEV)

### Violência doméstica, sexual ou outras violências.

Tabela 70: Relação das unidades notificadoras de violência doméstica, sexual ou outras violências.

<i>Ampliar a cobertura da ficha de notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências (PAVS 54)</i>	<i>Meta PAVS/SISPACTO</i>	<i>3º trimestre 2011</i>	<i>3º trimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Número de unidades notificadoras*	23unidades notificadoras em 2011 (3 hospitais e 20 UBS)	49	35	40,00

Fonte: EVEV/CGVS/SMS/SINAN NET

Neste item é apresentado o total de serviços que notificam violências no referido período (3º trim de 2010 e 3º trim 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 necessária a integração de ações do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, Equipe de Eventos Vitais e Coordenação de Rede.

### **PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO**

**Meta 62: Ampliação para no mínimo 80% das unidades de saúde e prédios da SMS o programa “Unidades Livres do Tabaco”, seguindo os moldes do INCA, até 2013.**

Meta alcançada, pois nos espaços fechados, conforme lei a 555/06, as Unidades de Saúde e prédio da SMS são espaços livres do tabaco.

**Meta 63: “Ampliar 10% Unidades de Saúde com programa implantado, de 33 para 36 unidades”.** Essa meta foi superada, pois estão cadastradas 86 estabelecimentos de saúde habilitados a realizar Abordagem Cognitivo Comportamental para o tratamento do Tabagismo.

**Meta 128: Reposição de adesão de 100% das escolas públicas com adesão ao**

### **Programa “Escola Livre do Tabaco” implantado, até 2013.**

A Meta está em processo de articulação com a secretaria de educação e a área técnica da Saúde da Criança CGRAPS para ser executada.

**Tabela 71-Pacientes atendidos e pacientes que pararam de fumar após inserção no Grupo de Abordagem Cognitivo Comportamental em Porto Alegre, 2011.**

<i>Grupo de Abordagem Cognitivo Comportamental para parar de fumar</i>	<i>3ºTrimestre 2011</i>	<i>3ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Pacientes atendidos	437	288	34%
<b>Pacientes sem fumar</b>	180	134	25%

**Fonte:** Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo/CGRAPS.

Foram atendidos 447 pacientes no 3º trimestre de 2011 e 180 deixaram de fumar, o que representa 41% 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.

No Período foi realizado Capacitação em Abordagem Cognitivo Comportamental para 43 técnicos (enfermeiros, assistente social, médicos, dentistas e psicólogos) da rede básica de saúde e hospitais.

No dia 27 de agosto alusivo ao “Dia Nacional Sem Tabaco” com a participação de técnicos da rede e residentes. Foi realizado teste de avaliação do monóxido de carbono, teste de fagerstron (grau de dependência a nicotina) e orientação para o público. O evento foi realizado no Shopping Total em Porto Alegre.

### 8.3. Ações e Serviços em Vigilância Sanitária

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

Tabela 72: Relação de denúncias recebidas e atendidas pela EVA

Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)		Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB	3º Trimestre 2011	3º Trimestre 2010	Variação %
	Recebidas		142	98	44,39
	Atendidas		137	93	47,31
Nº. de Reclamações e Denúncias	% atendidas em relação às recebidas	70% de atendimento das reclamações	96,48	94,89	1,68
	% meta atingida		137,83%	135,56 %	Meta atingida
	Meta a atender		99	69	

Fonte: EVA

As denúncias vinculadas a Equipe de Alimentos são recebidas via e-mail, pelo 156, pessoalmente na sede da CGVS ou através do protocolo geral.

Alguns equívocos na qualificação quando do recebimento da denúncia ainda são um complicador para o atendimento da meta, por exemplo, endereços equivocados, identificação que não possibilitem a localização do estabelecimento ou da irregularidade, mas isso não impediu que a meta de atendimento das reclamações fosse atingida.

A EVA considera que a denúncia é atendida quando o estabelecimento está adequado sanitariamente, mas está em discussão este conceito na CGVS. Em muitas situações os estabelecimentos não têm alvará de localização, além de irregularidades sanitárias, como por exemplo: falta de alvará sanitário, armazenamento inadequado das matérias-primas, falta de qualificação por parte dos manipuladores, e outros, configuram denúncias que podem demorar até quatro meses para serem solucionadas. Importa salientar que tem se objetivado atender as reclamações/denúncias que chegam a EVA com uma primeira vistoria, ação fiscal no local denunciado, no máximo em 10 dias após o recebimento. O modo de operação descrito anteriormente resulta no atendimento das denúncias fora do trimestre do recebimento das mesmas, fato esse explicitado em percentuais discrepantes nas tabelas específicas.

Ao olharmos tanto o 3º trimestre de 2010 com o trimestre de 2011 percebemos que houve o cumprimento da meta no atendimento das denúncias, embora com um quadro enxuto de funcionários.

**Tabela 73: Número de inspeção em restaurantes e similares, cozinhas indústrias e hospitalares.**

<b>Indicador</b>	<b>Meta pactuada</b>	<b>3º Trimestre 2011</b>	<b>3º Trimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
Nº de Restaurantes e Similares inspecionados* (PAVS 43) e (PAVS SANITÁRIA) N – 3.000 (estimado)	<b>20 % (600) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</b>	<b>702</b>	<b>477</b>	<b>70,80</b>
% da meta atingida		<b>117</b>	<b>79,50</b>	<b>47,17</b>
Nº de Cozinhas industriais (PAVS SANITÁRIA) – N 98 industriais –	<b>50 % ( 49) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>52,63</b>
% da meta atingida		<b>59,18</b>	<b>36,73</b>	<b>61,12</b>
Nº de Cozinhas Hospitalares Inspeccionadas N 25 (PAVS SANITÁRIA)	<b>50%(13) dos serviços inspecionados no mínimo 1x ao ano</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>NA</b>
% da meta atingida		<b>38,46</b>		

**\*Não são considerados estabelecimentos similares distribuidoras, depósitos, armazéns, bombonerie.**

**N – número de estabelecimentos e serviços cadastrados/estimados.**

Ao se analisar o terceiro trimestre de 2011 pode-se perceber que a meta pactuada anual de vistorias em restaurantes e similares já foi atingida antecipadamente, em virtude disso, foi possível ter maior enfoque nas cozinhas hospitalares e industriais, objetivado atingir precocemente a meta anual de vistorias nestes segmentos.

Dentre as ações realizadas pela equipe, se insere a apreensão e inutilização de alimentos, por estar com prazo de validade vencida, sem procedência, com acondicionamento inadequado, alterações nos padrões de qualidade identidade, ou seja, com alterações organolépticas (cor, odor, sabor ou consistência alterada). Estes alimentos com condições passíveis de apreensão e inutilização por ser retirado do consumo impede que a população seja exposta a se infectar e intoxicar com esses alimentos, evitando assim alguma Doença Transmissível por Alimento (DTA). A seguir a Tabela com o quantitativo dos dois trimestres.

Tabela 74: Quantidades de alimentos aprendidos e inutilizados no 3º e 3º trimestre de 2011

<b>3º Trimestre 2011</b>	<b>3º Trimestre 2010</b>
134 unidades	838 unidades
2.773,06 Kg	2.136,832 Kg

## **SURTOS DE DTAS**

Uma Doença Transmitida por Alimento (DTA) 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 EVA tem por objetivo investigar 100% dos surtos notificados, pois os microorganismos, principalmente as bactérias patogênicas, são responsáveis pelos sintomas acima relatados tem tropismo por produtos de origem animal, ou que tenha ingrediente de origem animal, pois esses produtos possuem atividade de água alta e proteína nobre, que são substratos essenciais na multiplicação bacteriana.

Segue um relato com análise sobre as notificações de surtos de origem alimentar no 3º trimestre de 2010 e 3º trimestre 2011.

**No 3º trimestre de 2010:** foram notificados 3 surtos, sendo um em refeitório de empresa, um em residência com produto de tele entrega e um em restaurante. O número total de pessoas envolvidas foi de 209. Um dos surtos não foi possível isolar o agente causal. Os outros dois o agente foi identificado como sendo a bactéria *Escherichia coli*, e os alimentos envolvidos foram ovo picado, beterraba e cenoura.

**No 3º trimestre de 2011:** foram notificados 6 surtos, sendo 2 em restaurante, 1 em hotel, 1 em hospital, 1 em escola estadual e 1 em cozinha industrial. . O número total de pessoas envolvidas foi de 277. Dois surtos estão ainda em investigação. Um não foi possível isolar o agente causal. Dois a bactéria identificada foi a *Escherichia coli*, os alimentos envolvidos foram massa, alface e cenoura e em outro o agente foi a bactéria identificada como *Staphylococcus sp.* coagulase positiva e os alimentos envolvidos foram diversos salgados.

Ao analisar os dados de ambos os trimestres se verificam que há a presença da bactéria *Escherichia coli* nos surtos investigados, este agente é indicativo de

falta de uma correta higienização das mãos, das bancadas, dos alimentos crus e dos utensílios. Também o que tem em comum é o alimento cenoura, o qual é um hortigranjeiro que deve ser higienizado antes de manipulá-lo, indicando que ou estão lavando só com água, ou estão usando o sanitizante errado ou na dose errada.

Com relação ao ***Sthaphylococcus sp.*** coagulase positiva, faz parte de um grupo de bactérias onde se encontra o ***Sthaphylococcus aureus*** esta bactéria pertence a biota da pele humana, bem como da região nasal. Sua presença nos alimentos é indicativa de falta de higiene por parte dos manipuladores, alimentos manipulados e conservados em temperaturas inadequadas, ou seja, acima de 5°C ou abaixo de 60°C.

Também é importante colocar que em todo o estabelecimento que ocorreu um surto é realizada vistoria para verificar se está adequado às normas sanitárias, ficando sob monitoração pela equipe por 3 meses, ou por quanto tempo for necessário até a adequação do mesmo.

**Outras Atividades:** A Equipe de Vigilância de Alimentos, tem o papel de fiscalizar a qualidade e segurança dos alimentos produzidos, distribuídos e consumidos no município de Porto Alegre, além de realizar um serviço de orientação ao segmento de comércio de alimentos, seja por meio do correio eletrônico, por telefone ou mesmo nas dependências da própria equipe na CGVS. Também são realizadas palestras aos comerciantes e consumidores em geral, visando à qualificação do segmento alimentício, através de processo educativo.

Salienta-se, ainda, a ação realizada no final de setembro com a apreensão cautelar imediata e recolhimento de amostras para análise de um achocolatado, embalado pronto para consumo, de grande consumo em todo o país. Esta ação obteve ampla divulgação na imprensa, tendo repercussão nacional junto a ANVISA. A Agência reconheceu a qualidade da ação da CGVS/EVA|, uma vez que a agilidade da mesma provavelmente impediu que um número maior de pessoas fosse afetado, o que poderia resultar em sérios agravos a saúde das mesmas.

## 8.4 Vigilância de População Animal –

Tabela 75: Relação das atividades realizadas pelo NVPA.

<b>Indicador</b>	<b>Meta Pactuada</b>	<b>3º Trimestre 2011</b>	<b>3º Trimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
Nº de amostras caninas e felinas enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva <b>(não pactuado -LE 13193-09) (PAVS 81)</b>	<b>NP</b>	<b>38</b>	<b>7</b>	<b>442,85</b>
<b>% da meta atingida</b>		<b>*</b>	<b>100</b>	
Nº de amostras de quirópteros enviadas p/ pesquisa laboratorial de raiva <b>(PAVS 84)</b>	<b>100 % das amostras colhidas</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>-100,00</b>
<b>% da meta atingida</b>		<b>**</b>		
<b>Nº de bloqueios com vacinação anti-rábica canina e felina (VARC) em caso de raiva animal</b> <b>PAS 18</b>	<b>100% bloqueios realizados</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>

Fonte: banco de dados NVPA/EVZ/CGVS.

\*Não houve notificações ao NVPA de casos de quirópteros adentrados em residências no município, prejudicando envio de amostras para pesquisa laboratorial de raiva.

\*\* O número de bloqueios anti-rábicos foi nulo neste terceiro trimestre de 2011, tendo sido observada a mesma situação no terceiro trimestre do ano anterior, visto que não houve casos diagnosticados positivos para a doença, em função do reduzido número de amostras enviadas para exame.

Tabela 76: Relação das atividades realizadas pelo NVPA sem metas pactuadas pelo MS

<b>ATIVIDADE</b>	<b>3º trimestre 2011</b>	<b>3º trimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
Inquéritos de mordedura	61	53	15,09
Ações comunitárias	17	19	-10,53
Vistorias técnicas zoossanitárias	7	36	-80,55
Microchipagens	71	2	-13,42
Ações fiscais zoossanitárias	578	489	18
No de amostras enviadas para exame sorológico de LVC	0	0	-

Fonte: banco de dados NVPA/EVZ/CGVS

**Inquéritos de Mordedura:** Foram realizados, no 3º trimestre de 2011, 61 inquéritos de mordedura, avaliando as condições zoossanitárias, etológicas e de riscos à saúde. O inquérito de mordedura é preconizado pelo MS como forma de monitorar casos suspeitos de raiva pela observação do animal agressor e orientar o paciente agredido a buscar tratamento médico profilático de acordo com a severidade da agressão e risco de exposição ao vírus rábico. A partir das informações obtidas pelo inquérito de mordedura, são traçadas as estratégias pertinentes para o controle da doença que o NVPA deve proceder caso a suspeita inicial seja confirmada.

**Ações comunitárias:** Foram realizadas 17 ações comunitárias com a aplicação de endo-ectoparasiticida em cães e gatos, totalizando 757 animais medicados contra parasitas com potencial zoonótico. As ações são realizadas em conjunto com Agentes de Saúde de Unidades Básicas de Saúde de comunidades que solicitam ao Núcleo orientações e educação em saúde sobre a posse de animais, zoonoses e agravos de mordeduras.

**Ações Fiscais Zoossanitárias:** Foram realizadas 578 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.

**Microchips em Cães:** Procedeu-se à microchipagem de 71 cães no terceiro trimestre de 2011, como medida de identificação dos indivíduos recebidos para cirurgia de esterilização no NVPA. Os proprietários destes animais são aqueles cidadãos que participaram das ações comunitárias oferecidas pelo NVPA e que se mostraram interessados em participar do programa de posse responsável dos animais e controle de população animal por meio de castração cirúrgica de machos e de fêmeas. A microchipagem é realizada no momento em que o animal é recebido para cirurgia de esterilização e se mostra um mecanismo eficiente na identificação cadastral do proprietário e do histórico do animal.

#### **Leishmaniose Visceral Canina (LVC)**

O município de Porto Alegre, de acordo com o Manual de Vigilância e Controle da LVC do Ministério da Saúde (MS), enquadra-se como *Área com Casos da Doença*, a partir de julho de 2010, quando foi confirmado o primeiro caso autóctone canino no bairro Lageado, situado em região com características rurais e presença de mata nativa.

Esta situação desencadeou ações de investigação da situação epidemiológica do local por meio de Inquérito sorológico. A partir de então, casos importados foram identificados nos bairros Glória e Bom Jesus e no Beco dos Nunes, região próxima ao primeiro caso autóctone, no primeiro semestre de 2011. A notificação dos casos importados, determinou a realização de outros inquéritos sorológicos.

O NVPA vem realizando a atividade de monitoramento e controle dos casos de LVC por meio de notificação dos proprietários e colocação de coleiras impregnadas de Deltametrina 4% nos cães positivos e seus contactantes, como forma de controle da doença, conforme o Manual do MS. 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.

No terceiro trimestre de 2011, o NVPA recebeu a comunicação do óbito de dois cães soropositivos para a doença, ambos oriundos do bairro Lageado, através de Médico Veterinário contratado pelo proprietário dos animais. Um dos animais apresentava sinais clínicos avançados da doença. O retorno à área em que foi registrado o primeiro caso autóctone de LVC está previsto para o quarto trimestre de 2011, quando deve ser realizado novamente inquérito sorológico, conforme norma do MS.

### **8.5 Vigilância, 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.

#### **Descentralização das ações da Dengue**

De acordo com a Portaria 1007, que pauta sobre a descentralização das ações do Programa da Dengue, segue abaixo as ações e medidas para prevenção da Dengue.

Tabela 77: Regionalização operacional das equipes do Programa da Dengue

<b>Implementação da regionalização operacional das equipes do Programa da Dengue em 3 Gerências distritais PAS 13</b>	<b>Meta PAS</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Nº existentes</b>	<b>Implementar o programa em 3 Gerências Distritais até 2013</b>	<b>1</b>		
<b>Nº implementadas</b>		<b>1</b>		
<b>% da meta</b>		<b>33,33%</b>		

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS

### 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 78: Visitas domiciliares/DENGUE.

<b>Imóveis inspecionados</b>	<b>3º trimestre 2011</b>	<b>3º trimestre 2010</b>	<b>Varição %</b>
<b>Residenciais</b>	41.612	64.287	-35,27
<b>Comerciais/outros</b>	15.815	16.694	-6,88
<b>Terrenos baldios</b>	715	807	-11,40
<b>Total (PAVS 340.000 imóveis no ano)</b>	58.142	81.774	-16,83
<b>Fechados/recusados</b>	40.071	69.910	-42,68
<b>Depósitos eliminados</b>	26.931	42.080	-36,00
<b>Bairros visitados*</b>	28	NA	NA

Fonte;NVRV/EVZ/CGVS

\*exceto os do LIRA

NA – não aplicável

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.

Neste trimestre a atuação foi direcionada para bairros com baixo índice de infestação, na zona sul e norte da cidade, principalmente. Nesses bairros o predomínio de imóveis de até um pavimento e os lotes de terreno mais extensos (como em Belém Velho, Vila Nova e Aberta dos Morros) contribuem para a redução no total de imóveis vistoriados no período, em comparação com o ano anterior.

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

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

**Tabela 79: Acompanhamento de casos notificados e PVEs realizadas.**

<b>Casos</b>	<b>3º trimestre 2011</b>	<b>3º trimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
Notificados	11	155	-92,90
Com PVE	3	70	-95,71
Sem PVE	8	85	-90,59

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 Expedito (raio de 50 metros), assim como podem ser

feitas a partir da via pública nas Operações de Emergência (raio de 500 metros, a partir da maior concentração de casos autóctones).

Tabela 80: Aplicações de Inseticida

Aplicações de Inseticida	3º trimestre 2011	3º trimestre 2010	Variação %
Peridomiciliar	0	4204	NA
A partir da via pública	0	0	NA

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS

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

O LIRA 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 LIRAas ao ano em Porto Alegre, com o objetivo de verificar a sazonalidade e densidade do mosquito. Como mostra o gráfico 12, 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.

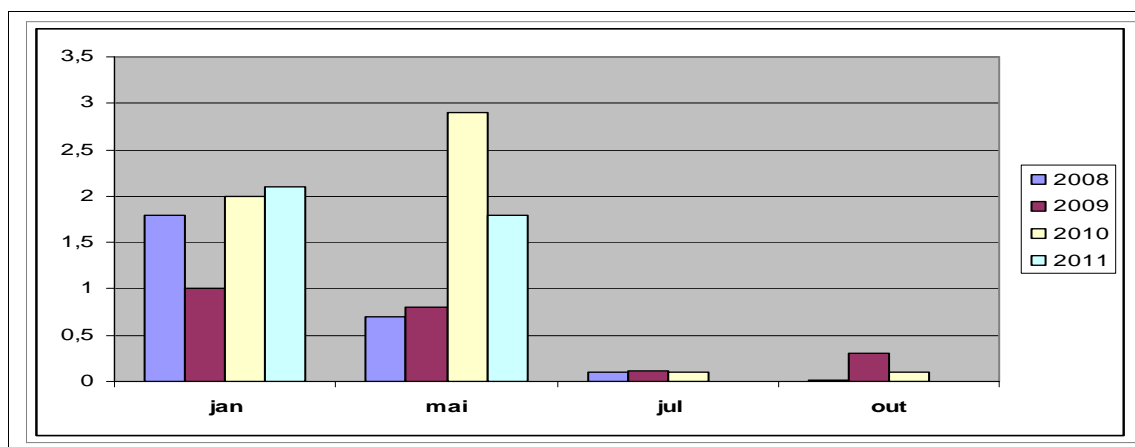


Figura 13- Sazonalidade e densidade de larvas do mosquito

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 83.

Tabela 81: Relação das atividades de vigilância ambiental realizadas com vistas a prevenção e controle da dengue.

<i>Indicador</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>3ºTrimestre 2011</i>	<i>3ºTrimestre 2010</i>	<i>Varição %</i>
Realizar levantamento de Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> ( LIRAA) <b>PAVS 17/ PAS 14</b>	<b>PAVS 4 LIRAS por ano/ PAS 3 LIRAS por ano</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>NA</b>
% da meta atingida				
Bairros com presença de <i>A. aegypti</i>		ND	33	NA
Bairros com IIP < 1%		ND	82	NA
Bairros com IIP > 1% e < 3,9%		ND	0	NA
Bairros com IIP > 3,9%		ND	0	NA
Bairros sem <i>A. aegypti</i>		ND	49	NA
Número de estratos positivos		ND	13	NA
Número de estratos com IIP < 1%		ND	31	NA
Número de estratos com IIP > 1% e < 3,9%		ND	0	NA
Número de estratos com IIP > 3,9%		ND	0	NA
Índice de infestação máximo registrado (%)		ND	0,8	NA
Número de estratos sem <i>A. aegypti</i>		ND	18	NA
Número de imóveis positivos para <i>A. aegypti</i>		ND	17	NA
Número de criadouros positivos para <i>A. aegypti</i>		ND	17	NA
IIP médio do município (%)		ND	0,1	NA
Índice de Breteau do município		ND	0,1	NA

Fonte: NVRV/CGVS/SMS.

ND: Dado Não disponível

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

Tabela 82: Produção do Laboratório de Entomologia Médica -Dengue

Laboratório de Entomologia Médica	3º trimestre 2011	3º trimestre 2010	Variação %
Número total de amostras	141	452	-68,80
Número de espécimes de <i>Ae. aegypti</i>	163	ND	NA
Número de espécimes de <i>Ae. albopictus</i>	76	ND	NA
Número de espécimes de outras espécies	599	ND	NA

Fonte;NVRV/EVZ/CGVS

ND: Dado Não disponível

## 8.6 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 à 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.

### **8.7 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 83: Dados de fiscalização

<b>Fiscalizações</b>	<b>3º trimestre 2011</b>	<b>3º trimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
Número de Vistorias	277	333	-16,82
Notificações	56	59	-5,08
Autos de Infração	15	12	25,00

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 84: Dados da vigilância de leptospirose e controle de roedores

<b>Leptospirose e Controle de Roedores</b>	<b>3º trimestre 2011</b>	<b>3º trimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
Vigilância de Leptospirose	6	9	-33,33
Vigilância Mordedura de Rato	2	0	200,00
Desratizações	254	924	- 72,51
Desratizações Comunitárias	11	0	1.100,00
Visitas Domiciliares	646	231	179,65

Fonte: NVRV/EVZ/CGVS

ND: dado não disponível

## 8.8 Demonstrativo das ações de Vigilância de Águas

Tabela 85: Relação das reclamações recebidas e atendidas pela EVÁgua.

<b>Atendimento das denúncias e reclamações recebidas. (CIB 250)</b>	<b>Meta PAVS/ SISPACTO/ CIB</b>	<b>3º Trimestre 2011</b>	<b>3º Trimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Nº. de Reclamações e Denúncias</b>	Recebidas	211	272	- 22,43
	Atendidas	187	221	- 15,38
	% atendidas em relação às recebidas	88,62	81,25	9,07
	% meta atingida	126,35	116,32	8,62
	N – nº atendimentos mínimos a ser realizado conforme meta	148	190	- 22,10

Fonte: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água - EVQA/CGVS

Em 2011, as reclamações de piscinas domiciliares (risco de Dengue) passaram a ser encaminhadas, somente, ao Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores - NVRV, o que justifica a diminuição no número de reclamações recebidas na equipe em relação ao mesmo período de 2010. De outra parte, o número de reclamações atendidas que é informado em cada trimestre se refere ao total de expedientes que estavam em andamento na equipe e foram encerrados/finalizados neste período, por isso pode ocorrer de haver mais reclamações atendidas do que recebidas em um determinado período, pois não há uma relação direta nestes processos de trabalho, as demandas possuem tempos diferentes para sua completa

resolução. Cada reclamação exige em média duas vistorias com prazo de 15 dias cada.

**Tabela 86: Relação das metas pactuadas e realizadas pela EVÁgua.**

<i>Indicador</i>	<i>Meta Pactuada</i>	<i>3º Trimestre 2011</i>	<i>3º trimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Ativ. Educativas	NP	12	8	50
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) PAS 45	SISPACTO 1908/ano - 50% (954) de realização de análises	454	456	
	PAS Vistoriar 100% das 7 estações de tratamento de água do DMAE	2		
<b>% da meta atingida</b>				
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	1 relatório em julho	1 relatório em julho	
<b>% da meta atingida</b>				
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	0		
<b>% da meta atingida</b>				

Fonte: Banco de dados da Equipe de Vigilância da Qualidade da Água - EVQA/CGVS

**Relatórios de controle da qualidade da água** - O número de relatórios mensais de controle da qualidade da água não está associado a uma atividade da equipe de águas. A responsabilidade do envio desses relatórios à Vigilância é do DMAE e, nesse trimestre, apesar de inúmeras solicitações por parte da equipe, não foi enviado para a Vigilância de Águas nenhum relatório de controle, relativo aos meses que compõem esse trimestre. Dessa forma, esse indicador é zero. Até o final do ano, certamente esses dados serão atualizados superando a meta de 50% dos relatórios de controle informados no SISAGUA, uma vez que o DMAE costuma enviar todos os relatórios conforme preconizado no Vigiágua.

Até setembro foram vistoriados até setembro duas Estações de Tratamento do DMAE, faltando, ainda, cinco a serem realizadas.

## 8.9. Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador

Tabela 87: Relação das ações e ou metas pactuadas e realizadas pela EVSAT.

Indicador	Meta Pactuada	3º Trimestre 2011	3º Trimestre 2010	Varição %
Notificação para SINAN – <b>(PACTO PELA VIDA – Prioridade VII ST 23)</b>	<b>150</b>	<b>66</b>	<b>32</b>	<b>106,25</b>
<b>% da meta atingida</b>				
Nº de Unidades Sentinelas notificando doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN. <b>(PAVS 49)</b>	<b>3 sentinelas</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>50,00</b>
<b>% da meta atingida</b>				
Casos de doenças e agravos notificados SIST-RS <b>(SISPACTO INDICADORES-RS 15)</b>	<b>400/ano</b>	<b>90</b>	<b>197</b>	<b>-54,31</b>
<b>% da meta atingida</b>				

Fonte: EVSAT/CGVS

O aumento verificado no número de notificações foi decorrente da intensificação da supervisão com as fontes notificadoras e capacitação dos SESMT's dos grandes hospitais de POA para notificação no SIST / SINAN.

Em relação ao SIST desde o início o sistema tem apresentado problemas, impedindo a inclusão das fichas. Em função disso, as fichas que chegarem nesse período foram incluídas nas estatísticas, ainda que não estejam no sistema.

**Nº de unidades sentinela notificando doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN** – Durante o ano de 2010, houve a implantação da última unidade sentinela notificada. Para 2011, se tem como meta 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. Ampliou-se a notificação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre para o ambulatório e SESMT.

Tabela 88: Óbitos relacionados ao trabalho notificados e investigados

<b>Indicador</b>	<i>3º trimestre 2011</i>	<i>3º trimestre 2010</i>
Número de óbitos suspeitos relacionados ao trabalho	02	0
Óbitos relacionados ao trabalho investigados	02	0
Número de óbitos relacionados ao trabalho confirmados	01	0

Fonte: EVSAT/CGVS

Tabela 89: Casos notificados de doenças e agravos relacionados à saúde do trabalhador

<b>Indicador</b>	<i>3º trimestre 2011</i>	<i>3º trimestre 2010</i>
Casos de acidente com material biológico notificados SINAN	59	39
Casos de outras doenças e agravos notificados SINAN*	19	25

Fonte: EVSAT/CGVS

\* Não inclui os casos de acidentes com material biológico.

No período foi realizado capacitação para as **unidades básicas de saúde para implantação da notificação compulsória de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador** nas gerências distritais Leste/Nordeste e Glória/Cruzeiro/ cristal tiveram início em setembro, tendo ocorrido no período os quatro encontros previstos.

Essa capacitação continuará nos meses de outubro, novembro e dezembro.

**Visita Domiciliar a todos os óbitos com motocicleta ocorridos em Porto Alegre** – Durante o ano de 2011, ocorreram 15 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.

Encontra-se dificuldade em encontrar os endereços dos mesmos, pois muitos não são informados corretamente. Assim, se realizam várias VD's até a constatação com um familiar e muitos endereços não foram localizados. Em função disso não foi possível identificar a relação dos óbitos com o trabalho.

**Investigação de óbito por acidente de trabalho** – Até 30 de setembro deste ano foram informados pelo SIM 03 óbitos relacionados ao trabalho: um do primeiro trimestre; um do segundo e um do terceiro trimestre. Esses foram investigados pela EVSAT neste 3º trimestre de 2011. Importante salientar que, para cada óbito

investigado, são realizadas várias visitas domiciliares, pois dificilmente se encontra o endereço ou a família em uma primeira visita.

No final de setembro de 2011, entraram no banco de dados do SIM mais cinco óbitos identificados como de trabalho. Quatro desses óbitos são do terceiro trimestre e um do primeiro. A partir da chegada desses, foram realizadas visitas domiciliares para todos os cinco. No entanto, somente conseguimos contatar com a família de dois, que foram confirmados como acidente de trabalho. Em relação aos outros três óbitos, apesar da realização de visita domiciliar, ainda não foram confirmados ou descartados.

**Tabela 90: Distribuição dos casos de doenças e agravos notificados nos sistemas de informação segundo sexo e mês, Porto Alegre, RS, julho a setembro de 2011**

SISTEMA	julho	agosto	setembro	TOTAL
<b>SIST</b>				
feminino	27	33	4	64
masculino	11	12	3	26
total	38	45	7	90
<b>SINAN</b>				
feminino	23	19	8	50
masculino	9	6	1	16
total	32	25	9	66

Fonte: EVSAT/CGVS

A diminuição do número de notificações em setembro é decorrente do período de realização do relatório, que ocorreu em meados de outubro. O envio das fichas de notificação, em alguns serviços, é mensal. Assim, até o período de fechamento do relatório, não haviam chegado muitas notificações. Importante lembrar que os serviços enviam fichas, muitas vezes, referentes a meses anteriores ao período da sistematização deste relatório. Com isso o fechamento de notificações definitivas ocorre somente em março ou abril do ano seguinte.

#### **Unidades municipais com notificação positiva no terceiro trimestre 2011:**

CEREST

PA Bom Jesus

Hospital de Pronto Socorro

#### **Unidades não municipais:**

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Hospital Ernesto Dorneles
- Hospital Divina Providência

- Santa Casa Misericórdia
- Hospital São José

## **9.0 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.**

**Este item tem os dados apresentados no relatório de Gestão Anual.**

## **10.0 REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS**

A análise do deste relatório está convergente com as metas pactuadas no PMS 2011-2013.

### ***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, o que representa 35% do total de leitos de POA (nestes há a regulação de 100% das internações). Na central de marcação de consultas o agendamento de consultas iniciais de especialidades médicas pelo sistema Aghos iniciou em setembro. Permanece em processo de implantação no núcleo de autorização de contas hospitalares, auditoria, procedimentos de alto custo (APAC) e exames.

Os Prestadores integrados ao sistema Aghos no âmbito da regulação de leitos atualmente são:

- Hospital Banco de Olhos;
- Hospital Beneficência Portuguesa;
- Hospital Parque Belém;
- Hospital Espírita;
- Hospital de Pronto Socorro;
- Hospital Presidente Vargas;
- Irmandade Santa Casa de Misericórdia;
- Hospital Vila Nova;
- Unidade São Rafael;
- Clínica Gramado.

### **Auditorias, vistorias e supervisões realizadas**

Análise dos relatórios de homônimos, divergências, e bloqueio das AIHs conforme tabela abaixo:

**Tabela 91- Quantidade de homônimos e divergências por prestador hospitalar.**

<b>Hospital</b>	<b>Divergências</b>	<b>Homônimos</b>
Banco de Olhos	10	2
Belém	22	2
Beneficência Portuguesa	36	3
Cardiologia	1	1
Conceição	43	57
Cristo Redentor	10	2
Divina Providência	0	2
Espírita	10	7
Fêmina	7	18
Clínicas	266	7
Pronto Socorro	4	10
Presidente Vargas	1	11
Santa Casa	65	9
Sanatório Partenon	2	0
Petrópolis	0	0
São Lucas	90	3
São Pedro	19	0
São Rafael	1	0
Vila Nova	31	1
<b>Total</b>	<b>618</b>	<b>135</b>

Fonte: Auditoria, GRSS/SMS, 2011.

- Auditoria das AIHs bloqueadas pela equipe;
- Auditoria em 217 contas de pacientes internados em hospitais privados por falta de vagas na rede SUS;
- Auditorias operativas:
  - HCPA – contas de despesas laboratoriais de pacientes do HPS que realizaram exames laboratoriais no HCPA;
  - Beneficência Portuguesa – cobrança administrativa;
  - Banco de Olhos –divergências em APACS;
  - APACS de Vários serviços – por solicitação do MP para verificação de cobrança por atendimento realizado a pacientes após o seu falecimento;
  - ISCMPA – por solicitação da coordenação para averiguar a cobrança em desfibriladores implantáveis;

- ISCMPA – conclusão de auditoria em oncologia;
- PUC – por solicitação da coordenação para avaliação de cobrança em herniorrafia;
- PUC – por solicitação da coordenação para avaliação da rotina de Obesidade Mórbida.

### **Central de Regulação de Internação Hospitalar – CERIH**

#### **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) obtivemos um aumento significativo na regulação dos leitos de UTI.

#### **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 oriundas das emergências serão reguladas.

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

O sistema AGHOS foi implantado em janeiro 2011 e atualmente possui 35% dos leitos SUS dos Hospitais de Porto Alegre regulados pela central de internação. Nos hospitais que já foram integrados ao sistema Aghos, a regulação é de 100% dos leitos SUS.

#### **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, verifica-se que os dados são 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 atingir o índice de 60% em caráter eletivo.

### ***Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados – CMCE***

**Regulação de 100% do total de 1<sup>as</sup> consultas ofertadas pelos prestadores, através da implantação de sistema de informatização de regulação**

Em setembro iniciou-se a regulação de 100% das consultas iniciais nas especialidades médicas de todos os prestadores. Após a estabilização deste processo, iniciará as demais especialidades não médicas, reconsultas e interconsultas.

**Controle de 100% das transferências de consultas**

**Com a regulação das consultas iniciais no sistema Aghos, não há transferências de consultas.**

**Regulação de 100% das inter e reconsultas hospitalares**

Neste momento planeja -se os fluxos para a implantação da regulação das inter e reconsultas no sistema Aghos.

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

Nos novos contratos foram estabelecidos a meta de bloqueio de no máximo 5% ao ano das primeiras consultas ofertadas para a CMCE, pelos prestadores. Somente são aceitas como justificativas para bloqueio, férias ou licenças. Neste trimestre não foi possível mensurar as consultas devido à transição para o sistema Aghos e a não disponibilização deste relatório. Já foi solicitada a GSH a implementação.

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

Dado ainda não mensurável. Estima-se que a partir de 2012 esse dado esteja concreto, evidenciando o tempo de espera para o agendamento de primeiras

consultas, tendo em vista que foi estabelecido um prazo para a inclusão de toda a demanda reprimida no sistema.

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

Dado ainda não mensurável. Estão sendo realizadas reuniões para a definição da implantação do sistema Aghos no âmbito das consultas.

***Núcleo de Relacionamento E CONTRATO com o prestador – NRP***

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

Atualmente 90% dos prestadores de serviços hospitalares estão contratualizados.

**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.

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

As comissões de acompanhamento do plano operativo já foram nomeadas e no momento estão realizando acompanhamentos e avaliações.

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

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

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

**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 não é mensurável. Poderá ser medido após a implantação do Aghos no faturamento hospitalar.

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

**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.

**11 HOSPITAIS PRÓPRIOS**

**11.1 Hospital de Pronto Socorro**

Tabela 92- Total de pacientes atendidos, período 2011.

	Período		Variação 2011/2010	
	3º Tri			
	2011	2010	Nº	%
	Nº	Nº		
Total de boletins emitidos	43457	46193	-2736	-5,92
Total de boletins efetivamente atendidos	39447	41897	-2450	-5,85

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO

A Diferença entre os boletins emitidos e os efetivamente atendidos, não significam, na sua totalidade, a desistência do atendimento pelos pacientes.

Informamos que apesar do controle nos acessos, existem um número de pacientes que não liberam o boletim de atendimento no setor de liberação de pacientes.

**Tabela 93- Procedência do paciente atendido no HPS, período 2011.**

Procedência	Período		Variação 2011/2010	
	3º Tri			
	2011	2010	Nº	%
	Nº	Nº		
município	37807	40822	-3015	-7,39
Outros municípios	5650	5371	279	5,19
Total	43457	46193	-2736	-5,92

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

Houve um expressivo aumento do número de pacientes com procedência de outros municípios, comparando com o relatório do segundo trimestre, onde a variação foi de 0,12%.

**Tabela 94- Demonstrativo dos atendimentos realizados por unidades, período 2011.**

Setor <sup>1</sup>	Período		Variação 2011/2010	
	3º Tri			
	2011	2010	Nº	%
	Nº	Nº		
BUCO	1477	1697	-220	-12,96
CARDIO	319	352	-33	-9,38
CIRURGIA	1000	1135	-135	-11,89
ECG	267	274	-7	-2,55
ECO	362	369	-7	-1,90
GESSO	12900	16115	-3215	-19,95
LAB	1388	1462	-74	-5,06
NEURO	1231	1346	-115	-8,54
OFTALMO	4773	4675	98	2,10
OTORRINO	3377	3341	36	1,08
PLAS	666	875	-209	-23,89
POLI	489	554	-65	-11,73
RADIOLOGIA	16528	18688	-2160	-11,56
SAE2	10056	10729	-673	-6,27
SAE6	11969	13650	-1681	-12,32
SERV.SOCIAL	289	703	-414	-58,89
TOMO	1334	2045	-711	-34,77
Outros	119	301	-182	-60,47
Total	68544	78311	-9767	-12,47

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIHO. 1 Atendimentos Ambulatoriais

Houve uma queda nos atendimentos realizados nos exames de Tomografia por estarmos com o aparelho paralisado por defeito no equipamento, bem como algumas salas do serviço de radiologia ficaram inoperantes por problemas nos equipamentos.

Houve um aumento de exames realizados de ECG, pois contamos com a aquisição de equipamento, melhorando as condições de atendimento.

**-Quadro 9 Materiais adquiridos no HPS/POA, 3º trimestre de 2011.**

<b>Recurso</b>	<b>Materiais permanentes adquiridos pela pmpa 2011</b>	<b>qtd</b>	<b>Solicitante</b>	<b>Valor empenhado</b>	<b>Recebimento no 3º trim/11</b>
CONTRATO 282	Adaptador para esterno com proteção na ponta para serra alternante para perfurador Synthes	1	BC HPS	2.998,28	13/7/2011
CONTRATO 282	Adaptador para serra alternante para perfurador Synthes	1	BC HPS	9.061,46	13/7/2011
CONTRATO 282	Agitador mecânico com haste de 60 cm aprox., indicado para agitar até 60 L de líquidos	1	FARMÁCIA HPS	5.400,00	1/7/2011
CONTRATO 282	Apar.ar.condic 18000 (era 24.000) btus/220V	1	Manutenção P/Substituição no HPS	1.749,00	28/9/2011
CONTRATO 282	Armário para vestiário, 10 portas	41	ENGENHARIA P/USO GERAL HPS	32.390,00	15/8/2011
CONTRATO 282	Câmaras frias p/medicamentos - memo 50/2008	2	FARMÁCIA HPS	22.640,00	12/9/2011
FAEC	Carrinho para lavanderia tipo tulha	3	LAVANDERIA HPS	5.850,00	16/9/2011
Vínculo 40	Gaveteiro	8	ENGENHARIA P/USO GERAL HPS	5.504,00	1/8/2011
Vínculo 40	Mesa gerencial	2	ENGENHARIA P/USO GERAL HPS	2.180,00	1/8/2011
Vínculo 40	Mesa retangular	1	ENGENHARIA P/USO GERAL HPS	801,00	1/8/2011
CONTRATO 282	Prato térmico inox com 3 divisões	20	SND HPS	4.500,00	3/8/2011
Vínculo 40	Sistema de videolaparoscopia ET 170	1	HPS-Projeto da Cirurgia Geral e Dr. Nácul	220.000,00	17/8/2011
	<b>TOTAL</b>			<b>313.073,74</b>	

**Quadro 10– Materiais adquiridos no HPS/POA, 3º trimestre de 2010.**

<b>Recurso</b>	<b>Materiais permanentes adquiridos pela pmpa 2011</b>	<b>qtd</b>	<b>Solicitante</b>	<b>Valor empenhado</b>	<b>Recebimento no 3º trim /10</b>
COREDES 2003/2004	Aparelho de anestesia completos(uso pediátrico e adulto) ET-020	cj	Anestesia	100.000,00	3º trim 2010
COREDES 2003/2004	Ecógrafo c/ Doppler	pç	RX	66.550,00	3º trim 2010
COREDES 2003/2004	Laringo de fibra ótica infantil	pç	Anestesia	1.600,00	3º trim 2010
COREDES 2003/2004	Otoscópio	pç	Otorrino	215,00	3º trim 2010
Contrato 282	Cadeira estofada com rodízio c braço	pç	BC,CME, Manut (4), RX(2), Portaria e diversos.	17.400,00	3º trim 2010
Troco do Coração	Forno de Microondas – 18 litros	pç	Enf. Neuro	235,00	3º trim 2010
Troco do Coração	Simuscópio D cabo de fibra ótica	cj	Otorrino	10.000,00	3º trim 2010
Troco do Coração	Mesas auxiliares	cj	Otorrino	5.000,00	3º trim 2010
Total				201.000,00	

Tabela 95- Indicadores de Desempenho do HPS/POA, 2011.

Indicador	Unidade de medida	Período		Variação 2011/2010
		3º Tri		
		2011	2010	%
		Nº	Nº	
Taxa de ocupação leitos / dia <sup>1</sup>	Nº pacientes internados pelo nº de leitos. Total 140 leitos	93,61	102,66	-8,81
Média de Permanência	Dias de Permanência	6,18	6,88	-10,17
Boletins de atendimentos efetivamente atendidos/dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	428,77	455,4	-5,85
Cobertura do atendimento para Porto Alegre	Índice percentual de atendimentos oriundos de Porto Alegre	87	88,37	-1,55
Produção Geral/ dia	Número de atendimentos gerais efetivos/dia	750,1	857,04	-12,48
Atendimentos Sala Emergência/dia	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	452,29	482,1	-6,18
Cirurgias / dia	Número de cirurgias realizadas /dia	6,72	7,6	-11,58
Taxa de ocupação de leitos de UTI / dia <sup>1</sup>	Número de Pacientes UTI/dia	90,62	100,83	-10,13
exames Radiodiagnósticos/ paciente	Número de exames radiod. realizados /paciente/dia	1,55	1,44	7,64
Exames patologia clinica/pacientes	Número de exames patologia clinica realizados /paciente/dia			
Média de dietas enterais	Número de dietas distribuídas/ dia	192	190	1,05
Média de dietas distribuídas dia	Número de dietas distribuídas /dia	595	528	12,69
Média de refeições distribuídas/ Comensais	Nº de refeições distribuídas por comensais	1458	1414	3,11
Repasse financeiros PMPA <sup>4</sup>	Índice percentual repassado ao hospital	94,84	94,13	0,75
Repasse financeiros FMS	Índice percentual repassado ao hospital	5,16	5,87	100
Execução de projetos do plano diretor do HPS	Número de projetos implantados - valor inteiro.	1	0	0
Ensino e pesquisa	Nº de publicações em meios de divulgação- valor Inteiro	1	0	0,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIHO

<sup>1</sup> Taxa de ocupação UTIs de Trauma, Clínica, Pediátrica, Queimados e Cardiológica, todas as UTI's, com exceção da UTI Ped atendem em sua capacidade máxima.

<sup>2</sup> Permanecemos com 4 leitos da enfermaria de face fechados por falta de funcionários de enfermagem,

## 11.2 HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS (HMIPV)

### Capacidade Instalada

Tabela 96- Capacidade do HMIPV/POA 3º Trim 2011.

ENFERMARIA	Nº DE LEITOS	LEITOS	Especialidade	Situação
Sala de Observação Pediátrica – SOP	20	1 ao 8	Pediatria	Ativos
UTI Pediátrica – 3º andar	10	301 a 306	Pediatria	Ativos
Pediatria – 4º andar (atualm. térreo)	38	9 a 18	Pediatria	Ativos
Psiquiatria – 5º andar	19	501 a 507/513 a 522	Psiquiatria	Ativos
Ginecologia Internação – 7º andar	18	703 a 720	Ginecologia Cirúrgica	Ativos
Casa da Gestante – 7º andar	11	721 a 731	Clínica Obstétrica	Ativos
Alojamento Conjunto – 8º andar	22	801 a 820/823 a 824	Obstetrícia	Ativos
UTI Neonatal – 9º andar	20	901 a 920	Neonatologia	Ativos
Centro Obstétrico – 10º andar	8	1001 a 1008	Obstetrícia Cirúrgica	Ativos
Sala de Recuperação – 11º andar	11	1101 a 1111	Cirúrgico	Ativos
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>177</b>	<b>Reforma de área física no 5º andar – Internação Psiquiátrica transferida temporariamente para o 4º andar. Internação Pediátrica está no térreo, junto à Emergência Pediátrica, com diminuição de leitos</b>		

Tabela 97- Capacidade do HMIPV/POA –3º trimestre 2010/2011.

ENFERMARIA	Nº Potencial de leitos	3º TRIM 2011	3º TRIM 2010	VARIAÇÃO RELATIVA AO POTENCIAL	VARIAÇÃO RELATIVA AO 3º TRIM 2010
Alojamento Conjunto – 8º andar	28	22	28	-21	-21
Casa da Gestante – 7º andar	11	11	11	0	0
Centro Obstétrico – 10º andar	8	8	8	0	0
Ginecologia Internação – 7º andar	18	18	14	0	28
Pediatria – 4º andar	38	10	14	-73	-28
Psiquiatria – 5º andar	24	17	19	-29	-10
Sala de Observação Pediátrica – SOP	20	8	20	-60	-60
Sala de Recuperação – 11º andar	11	11	10	0	10
UTI Neonatal – 9º andar	24	20	24	-17	-17
UTI Pediátrica – 3º andar	12	6	10	-50	-40
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>194</b>	<b>131</b>	<b>158</b>	<b>-32</b>	<b>-17</b>

Fonte: AMB – HMIPV

Houve diminuição de leitos da Psiquiatria, Internação Pediátrica e SOP em decorrência das reformas de área física.

De outra forma, houve diminuição de leitos da UTI Neonatal e da UTI Pediátrica como resultado da escassez de recursos humanos.

### **Acompanhamento funcional HMIPV:**

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

**Tabela 98- Acompanhamento funcional – situações atendidas**

	3º TRIM 2011	
	N	%
Relotação de setores	03	15
Processos de delimitação / readaptação.	01	5
Desligamento do HMIPV	00	0
Gestão de conflitos	04	20
Encaminhamentos feitos pelas Chefias	04	20
Demanda de busca espontânea dos servidores	08	40
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: Equipe de Desenvolvimento - Setor de RH/HMIPV

**Tabela 99- Acompanhamento funcional – por cargo**

	3º TRIM 2011	
	N	%
Assistentes Administrativos	2	10
Técnico de Enfermagem	12	60
Auxiliar de Enfermagem	4	20
Técnicos de Nível Superior	1	5
Operacionais	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fonte: Equipe de Desenvolvimento - Setor de RH HMIPV

## Produção por procedência do paciente

**Tabela 100-** Procedência dos atendimentos ambulatoriais no HMIPV

		3º TRIM 2011		3º TRIM 2010		Variação
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	16.258	65,2	20.902	71,2	- 22,2 %
	Outros municípios	8.674	34,8	8.446	28,8	2,7 %
<b>Total</b>		<b>24.932</b>	<b>100</b>	<b>29.348</b>	<b>100</b>	

Fontes: Programa Procedência do AMB/SIHO\*.

**Tabela 101-** Procedência das internações no HMIPV

		3º TRIM 2011		3º TRIM 2010		Variação
		Nº	%	Nº	%	
Procedência	Município de POA	1.240	65,9	1.218	73	1,8 %
	Outros municípios	642	34,1	451	27	42,3 %
<b>Total</b>		<b>1.882</b>	<b>100</b>	<b>1.669</b>	<b>100</b>	<b>12,8 %</b>

Fontes: Programa Procedência do AMB/SIHO\*.

**Tabela 102-** Demonstrativo do nº de atendimentos\* realizados, por atividade assistencial.

Unidades		3º TRIM 2011	3º TRIM 2010	Variação
		Nº	Nº	
Ambulatório	Nº de atendimentos	18.765	21.907	- 14%
Bloco Cirúrgico**	Nº de atendimentos	423	522	- 19%
Internações	Nº de atendimentos	1.882	1.669	12%
Emergência Pediátrica	Nº de atendimentos	4.370	5.833	- 25%
Triagem Obstétrica	Nº de atendimentos	1.159	956	21%
Serviços Apoio Diagnóstico	Nº de atendimentos	56.422	47.063	20%
<b>Total</b>		<b>83.021</b>	<b>77.950</b>	<b>6%</b>

Fontes: Programa Estatística Geral AMB/SIHO

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

\* atendimentos - considerar exames radiodiagnósticos, laboratoriais e outros, consultas médicas, procedimentos médicos e de enfermagem e outros. A diminuição ocorreu em decorrência da demissão coletiva dos funcionários Fugast

\*\* Considerados todos os procedimentos cirúrgicos realizados em Bloco Cirúrgico: obstétricos, pediátricos, ginecológicos, odontológicos, gerais, eletroconvulsoterapia, colonoscopia.

**Tabela 103- Demonstrativo de atendimentos hospitalares realizados, por serviço**

Serviços		3º TRIM 2011	3º TRIM 2010	Variação
		Nº	Nº	
Centro Obstétrico	Partos normais	169	149	13%
	Cesarianas *	150	113	32%
Bloco Cirúrgico-cirurgias/ Procedimentos	Ginecológicas **	196	246	- 20 %
	Pediátricas (0 a 12 anos)	63	98	- 35 %
	Outras	164	178	- 7 %
Internações	UTI Neonatal	94	86	9 %
	UTI Pediátrica (até 12 anos)	93	98	- 5 %
	Alojamento conjunto***	264	265	0%
	Internação Pediátrica (até 12 anos)	453	358	27%
	Internação psiquiátrica	61	53	15 %
	Internação adulto mulheres****	341	257	32%
	Sala de Observação Pediátrica	641	647	- 1 %
Outros *****	Exames laboratoriais	49.602	36.239	36%
	Exames radiodiagnósticos	2.438	3.223	- 24 %
	Diagnóstico por Imagem (Ecografia)	2.522	1.943	29%
	Hemoterapia	Transfusões =167 Exs. hosp =778 Exs.Amb =205 Total =1150	Transfusões=26 7 Exs.hosp=964 Exs. Amb=255 Total=1.486	- 22,6 %
	Exames diagnósticos em Especialidades	1.858	2.618	- 29 %

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

\* Aumento da taxa de cesarianas em decorrência do aumento das internações de gestantes de alto risco e da Medicina Fetal.

\*\* Diminuição de cirurgias em virtude da saída dos médicos Fugast e das dificuldades no contrato da cooperativa dos anestesistas.

\*\*\* Somados mães e respectivos recém nascidos

\*\*\*\* Incluídas internações na ginecologia, cirurgia geral e casa da gestante.

Tabela 104- TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL – TANU

TANU			
Nº exames	3º TRIM 2011	3º TRIM 2010	Varição
UTI Neonatal	70	67	4,5 %
Alojamento Conjunto	244	314	- 22,3 %
Ambulatório	55	55	0 %
Consultorias pediatria	2	1	100 %
<b>TOTAL</b>	<b>371</b>	<b>437</b>	<b>15,1 %</b>
TANU X nascimentos	94,96%	96,62%	- 1,7 %

Fonte: Equipe da TANU – HMIPV

Tabela 105- SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL – SRTN – HMIPV -

Indicadores		3º TRIM 2011	3º TRIM 2010	Varição
		Nº	Nº	
Exames Laboratório TN	nº de recém nascidos	26.395	25.215	4,7 %
	nº de controle (pacientes)	869	761	14,2 %
Hemoglobinas	nº de recém nascidos	26.395	25.215	4,7 %
	nº de pais / família	722	642	12,5 %
Tempo de coleta	nº de pacientes < 7 dias	13.804 (52%)	12.017 (48%)	14,9 %
	nº de pacientes > 7 dias	12.591 (48%)	13.198 (52%)	- 4 %
Fenilcetonúria	nº de Triagem Neonatal	26.395	25.215	4,7 %
	nº de controles	64	53	20,7 %
Hipotireoidismo Congênito	nº de Triagem Neonatal	26.395	25.215	4,7 %
	nº de controles	69	74	- 7,5 %
Anemia Falciforme	nº de Triagem Neonatal	26.395	25.215	4,7 %
	nº de controles	14	17	- 20 %
Tempos Médios decorridos TN	da coleta ao resultado labor.	6 dias	6,7 dias	- 10,4 %
	da coleta à 1ª consulta	28 dias	32 dias	- 12,5 %

Fonte: Equipe SRTN - HMIPV

## Indicadores de desempenho pactuados

Tabela 106- Indicadores Gerais de Produtividade

Indicadores	Unidade de medida	3º TRIM 2011			3º TRIM 2010			Variação
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Boletins de Atendimentos /Dia	Nº boletins atendimentos efetivamente atendidos /dia	20.661/92 dias=225	280	80	23.581/92 dias=256	280	91	- 12%
Produção Geral Dia	Número de atendimento geral efetivo/dia	24.477/92 dias =266	250	106	30.902/92 dias=336	250	134	- 20 %
Procedimentos Ambulatoriais	Número de Procedimentos Ambulatoriais Realizados	92.149	92.000	100,2	91.884	92.000	99,9	0,3 %
Absenteísmo	Percentual de absenteísmo nas consultas ambulatoriais	18,26	24	131	22,26	24	93	- 18 %
Atendimentos Sala Emergência/Dia (Em.Ped + T.O.)	Número de atendimentos realizados sala de emergência /dia	5.529/92 dias=60,1	60	100	6.787/92 dias =73,77	60	123	- 18 %
Cirurgias/Dia	Número de cirurgias realizadas/dia	423/64 dias úteis=6,6	18	37	522/64 Dias úteis= 8,1	18	45	- 18 %
Taxa de Ocupação Geral	Indica o grau de utilização do leito (%)	82	70	117	50	70	71	64 %
Taxa de Ocupação UTI Pediátrica	Indica o grau de utilização do leito (%)	98	70	140	80	70	114	22,5 %
Taxa de Ocupação UTI NEO	Indica o grau de utilização do leito (%)	90	70	128	79	70	113	14 %
Internações Hospitalares	Número de Internações hospitalares realizadas	1.882	1.770	106	1.669	1.770	94	13 %
Exames Radiodiagnósticos/Dia	Número de exames radiodiagnósticos realizados/dia	2.438/92 dias=27	25	108	3.223/92 dias=35	25	140	- 23 %
Aleitamento Materno	Índice percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida.	60	60	0	66,1	60	110,1	- 9,2%

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

**Tabela 107-** Indicadores Gerais de Qualidade

Indicadores	Unidade de medida	3º TRIM 2011			3º TRIM 2010			Variação
		Nº	Meta Pactuada	% da meta	Nº	Meta Pactuada	% da meta	
Média de Permanência	Tempo médio de permanência das internações hospitalares	6,2	3,5	177	5,6	3,5	160	10,7 %
Taxa de Ocupação	Indica o grau de utilização do leito (%)	82	70	117	51	70	73	61 %
Mortalidade Institucional	Nº óbitos ocorridos em pacientes atendidos em unidades de internações e emergência	13	10	130	14	10	140	- 7,1 %
Infecção Hospitalar	Nº de infecções ocorridas em pacientes	42	80	52,5	50	80	62,5	- 16 %
Consultas ambulatoriais	nº de consultas realizadas nos ambulatórios	18.948	23.000	82	22.127	23.000	96	- 14,4 %
Média de Dietas Distribuídas	nº de dietas distribuídas	20.128	13.000	155	15.309	13.000	118	31,5 %
Média de Refeições Distribuídas	nº de refeições distribuídas	7.994	6.000	133	6.814	6.000	114	17,3 %

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

Mantêm-se as reformas iniciadas nos trimestres anteriores: reforma elétrica do hospital, e reforma das fachadas do Bloco A. Em decorrência disso, há bloqueios temporários de leitos, em várias unidades, bem como transferência de Unidades para outros setores do hospital, como é o caso das Unidades de Internação Psiquiátrica e da Internação Pediátrica, que tiveram que ser remanejadas e tiveram alguns leitos bloqueados.

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. Ainda não conseguimos completar todos os postos necessários, como é o caso da Ginecologia, Obstetrícia e Emergência Pediátrica. Além disso, com o passar do tempo, muitos profissionais se demitiram ou não renovaram o processo seletivo. O concurso para Técnico de Enfermagem está agendado para 6 de novembro de 2011, e o Edital para concurso de Médico deve ser publicado em

novembro, com a realização das provas prevista para dezembro. Em 31 de dezembro encerra-se o prazo de duração do contrato emergencial.

O quadro de anestesistas, para citar um outro 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.

Por outro lado, continuam ocorrendo as aposentadorias de muitos servidores do Ministério da Saúde.

Todos esses fatores continuam repercutindo na produtividade hospitalar.

## **12. ATENÇÃO EM URGÊNCIAS E TRANSPORTE DE PACIENTE**

A Coordenação Municipal de Urgências (CMU) coordena atualmente, os Pronto-Atendimentos: Cruzeiro do Sul (PACS), Bom Jesus (PABJ), Lomba do Pinheiro (PALP), Restinga (PAR), Plantão de Emergência em Saúde Mental do IAPI (PESM-IAPI) e, ainda, o SAMU - 192. Nesse 3º trimestre foram analisados o número de consultas realizadas e desistências nas especialidades de clínica médica e pediatria em cada PA e comparados com o 3º trimestre de 2010 (tabelas 108, 109,110).

Em relação ao número de consultas realizadas houve uma queda de 9,2% no somatório geral dos PAs (Tabela 108) principalmente no PABJ com uma diminuição de 20,2%. Somente no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP) houve acréscimo de atendimentos de 8,1% representado nos atendimentos da clínica médica (15,2%). Na análise do índice de desistências, o PACS teve um pequeno aumento no 3º trimestre de 2011 quando comparado ao mesmo período do ano passado de 2,6%, mas em relação aos trimestres anteriores apresentou uma queda significativa por que a partir do 3º trimestre de 2010 foi ajustada a forma de coleta desse dado. Nos outros PAs as proporções das desistências também foram reduzidas, principalmente no PALP com 17,2%.

Mantém-se, em todos os pronto atendimentos uma demanda maior de atendimentos na clínica médica em relação à pediatria, mas em contrapartida, houve redução das desistências em todos os PAs em relação ao ano de 2010 no 3º trimestre (tabela 109). Destaca-se, na tabela 110, a redução das proporções de

atendimentos e principalmente das desistências em todos os PAs em Pediatria. Esses dados podem ser explicados pelos fatores relacionados ao envelhecimento da população e diminuição da taxa de fecundidade. Mas é importante considerar também a melhora da cobertura da rede básica de saúde a partir dos programas destinados à assistência às crianças.

Essas informações também indicam que medidas de “acolhimento”, “pré-chamada” e classificação de risco, que foram implantadas nos últimos anos contribuíram para melhorar a acessibilidade, qualidade e a humanização dos serviços.

**Tabela 108- Distribuição do número de atendimentos e desistências em [pediatria e clínica médica](#) das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e comparativo do 3º Trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.**

Ano do Trimestre	3º Trimestre 2011			3º Trimestre 2010			Variação	
	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Atendimentos	Desistências
<b>PACS</b>	19996	3102	13,4	23002	11,6	11,6	-13,1%	2,6%
<b>PA Bom Jesus</b>	19174	2418	11,2	24036	10,6	10,6	-20,2%	-14,8%
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	15925	1621	9,2	14736	11,7	11,7	8,1%	-17,2%
<b>PA Restinga</b>	18040	1007	5,3	18782	5,2	5,2	-4,0%	-2,5%
<b>TOTAL</b>	73135	8148	10,0	80556	9,9	9,9	-9,2%	-8,0%

Fonte: SIHO/AMB

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

Tabela 109– Distribuição do número de atendimentos e desistências em **clínica médica** das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 3º Trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Ano do Trimestre	3º Trimestre 2011			3º Trimestre 2010			Variação	
	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Atendimentos	Desistências
<b>PACS</b>	13674	2815	17,1	14448	2605	15,3	-5,4%	8,1%
<b>PA Bom Jesus</b>	12117	2334	16,2	14686	2485	14,5	-17,5%	-6,1%
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	10274	1399	12,0	8921	1562	14,9	15,2%	-10,4%
<b>PA Restinga</b>	10632	697	6,2	10754	719	6,3	-1,1%	-3,1%
<b>TOTAL</b>	<b>46697</b>	<b>7245</b>	<b>13,4</b>	<b>48809</b>	<b>7371</b>	<b>13,1</b>	<b>-4,3%</b>	<b>-1,7%</b>

Fonte: SIHO/AMBI

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

Tabela 110- Distribuição do número de atendimentos e desistências em **pediatria** das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA) e comparativo do 3º Trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Ano do Trimestre	3º Trimestre 2011			3º Trimestre 2010			Variação	
	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Nº At	Desistência	<sup>1</sup> Desistência %	Atendimentos	Desistências
<b>PACS</b>	6322	287	4,3	8554	418	4,7	-26,1%	-31,3%
<b>PA Bom Jesus</b>	7057	84	1,2	9350	354	3,6	-24,5%	-76,3%
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	5651	222	3,8	5815	395	6,4	-2,8%	-43,8%
<b>PA Restinga</b>	6711	310	4,4	8028	314	3,8	-16,4%	-1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>25741</b>	<b>903</b>	<b>3,4</b>	<b>31747</b>	<b>1481</b>	<b>4,5</b>	<b>-18,9%</b>	<b>-39,0%</b>

Fonte: SIHO/AMB

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

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

Nesse ano, a partir de junho, foi implantado o Protocolo de Manchester no PABJ. Esse protocolo utiliza um sistema diferente de classificação de risco, constituído de cinco cores para definir a gravidade dos pacientes. A nomenclatura é definida da seguinte forma:

- Emergência, cor vermelha, atendimento imediato;
- Muito urgente, cor laranja, atendimento em 10 minutos;
- Urgente, cor amarela, atendimento em 1 hora;
- Pouco urgente, cor verde, atendimento até 2 horas;
- Não urgente, cor azul, atendimento até 4 horas.

Dessa forma, a partir desse trimestre a cor laranja passou a compor as tabelas sobre classificação de risco (Tabelas 111, 112, 113,114). Os PAs Cruzeiro do Sul e Lomba do Pinheiro apesar de ainda não estarem com esse método implantado estão utilizando-o de forma preliminar.

No PABJ, onde foi efetivamente implantado o protocolo de Manchester, houve aumento significativo de atendimentos de cor vermelha que é reflexo da mudança do método de classificação.

O Grau de Risco Global (GRG) de cada PA se mantém em torno de 2, que são atendimentos de classificação verde, considerados pouco urgentes, demonstrando que não houve variações significativas entre esses períodos, mesmo com implantação do protocolo de Manchester.

**Tabela 111** Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), segundo Classificação de Risco (CR) do 3º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

	3º Trimestre		2011		2010		Variação	
<b>Classificação de Risco (CR) PACS</b>	n	%	n	%	n	%	%	
<b>Emergência – Vermelho</b>	23	0,2	165	1,0			-86,1%	
<b>Muito Urgente – Laranja</b>	22	0,2	-	-			-	
<b>Urgente – Amarelo</b>	1016	7,4	2.102	12,4			-51,7%	
<b>Pouco Urgente – Verde</b>	12643	91,8	13821	81,8			-8,5%	
<b>Não Urgente</b>	80	0,6	809	4,8			-90,1%	
<b>Total com CR</b>	13778	100,0	16897	100,0			-18,5%	

Fonte: SIHO/AMB

Tabela 112– Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Bom Jesus (PABJ), segundo Classificação de Risco (CR) do 3º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

3º Trimestre	2011		2010		Variação
Classificação de Risco (CR) – Bom Jesus	n	%	n	%	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	58	0,3	15	0,1	286,7%
<b>Muito Urgente - Laranja</b>	707	4,1	-	-	-
<b>Urgente - Amarelo</b>	3030	17,4	1428	8,0	112,2%
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	12555	72,1	16269	91,5	-22,8%
<b>Não Urgente</b>	1084	6,2	76	0,4	1326,3%
<b>Total com CR</b>	17416	100,0	17788	100,0	-2,1%

Fonte: SIHO/AMB

Tabela 113- Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (PALP), segundo Classificação de Risco (CR) do 3º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

3º Trimestre	2011		2010		2011 X 2010
Classificação de Risco (CR) - PALP	n	%	n	%	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	15	0,1	9	0,1	66,7%
<b>Muito Urgente - Laranja</b>	15	0,1	-	-	-
<b>Urgente - Amarelo</b>	679	6,0	335	2,8	102,7%
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	10436	92,0	11454	96,5	-8,9%
<b>Não Urgente - Azul</b>	203	1,8	77	0,6	163,6%
<b>Total com CR</b>	11348	100,0	11875	100,0	-4,4%

Fonte: SIHO/AMB

– Tabela 114 Distribuição do número, proporção e comparativo dos atendimentos no Pronto Atendimento Restinga (PAR), segundo Classificação de Risco (CR) do 3º trimestre entre os anos de 2011 e 2011, Porto Alegre, RS.

3º Trimestre	2011		2010		2011 X 2010
Classificação de Risco (CR) PAR	n	%	n	%	%
<b>Emergência - Vermelho</b>	245	1,4	276	1,2	-11,2%
<b>Muito Urgente - Laranja</b>	-	-	-	-	-
<b>Urgente - Amarelo</b>	2604	15,0	2536	11,1	2,7%
<b>Pouco Urgente - Verde</b>	13085	75,4	16.013	70,1	-18,3%
<b>Não Urgente - azul</b>	1409	8,1	4.018	17,6	-64,9%
<b>Total com CR</b>	17343	100,0	22843	100,0	-24,1%

Fonte: SIHO/AMB

**Quadro 11**– Distribuição da Classificação de Risco (CR) segundo o Grau de Risco Global (GRG) por Pronto Atendimento (PA) do 3º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

<b>GRAU DE RISCO GLOBAL*</b>	<b>3º TRIM /2011</b>	<b>3º TRIM 2010</b>
<b>PACS</b>	2,1	2,1
<b>PA Bom Jesus</b>	2,2	2,1
<b>PA Lomba do Pinheiro</b>	2,0	2,0
<b>PA Restinga</b>	2,1	2,0

\***Grau de Risco Global (GRG)** =  $\Sigma$  das pontuações na Classificação de Risco (1 a 5) x nº de pacientes em cada categoria / total de pacientes classificados.

### **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 3º trimestres de 2010 e 2011.

No Plantão de Emergência em Saúde Mental do PACS (PESM-PACS) não houve alteração significativa no número de atendimentos na comparação do 3º semestre do ano de 2011 com o mesmo período de 2010 (quadro 12). É importante ressaltar a diminuição de atendimentos a menores de 18 anos em 2011, tanto numericamente como em proporção (-25,5% e -24,9% respectivamente). Provavelmente devido ao aumento de atendimentos dessa faixa etária no PESHM-IAPI (quadro 13).

Devido ao ajuste da contagem das desistências a partir do 3º trimestre de 2010, no PESHM-PACS, a diferença entre os trimestres desse dado diminuiu consideravelmente.

O percentual de pacientes atendidos que ficam em sala de observação (SO) no PESHM-PACS manteve-se em torno de 31,5% e o tempo médio de permanência é de 2 dias. Os diagnósticos mais freqüentes dos pacientes de SO no 3º trimestre de 2011 foram Dependência Química (38,9%), Esquizofrenia (19,0%) e Transtorno de Humor Bipolar (11,6%). A Esquizofrenia apresentou aumento numérico e de proporção (94,1% e 75,8% respectivamente) quando comparada com o 3º trimestre de 2010.

Dos pacientes admitidos em SO no 3º trimestre de 2011, 92,5% foram transferidos para internação hospitalar, com um aumento de 15,3% de transferências

na comparação com o mesmo período de 2010 (80,3%), podendo ser atribuído ao aumento da oferta de leitos psiquiátricos na rede hospitalar.

No PESH-IAPI, (quadro 13), houve aumento de mais de 50% de atendimentos em relação a 2010, principalmente em menores de 18 anos (65,9%), situação que pode ser responsável pelo aumento das desistências.

Mesmo com aumento dos atendimentos, também em sala de observação, as transferências têm ocorrido próximas a 100%.

**Quadro 12**– Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação **PACS, Porto Alegre, RS.**

<b>Sala de Observação Psiquiatria PACS</b>	<b>3º TRIMESTRE 2011</b>	<b>3º TRIMESTRE 2010</b>	<b>Varição</b>
<b>Total de boletins emitidos</b>	3.592	3.521	2,0%
<b>Desistências</b>	290	246	17,9%
<b><sup>1</sup>Desistências (%)</b>	8,8	7,0	25,7%
<b>Total Paciente Atendidos</b>	3.302	3.275	0,8%
<b>Atendimentos &lt; 18 anos</b>	248	333	-25,5%
<b>% de Pacientes &lt; 18 anos atendidos</b>	7,6	10,2	-24,9%
<b>Total Paciente em SO</b>	1.040	942	10,4%
<b>% de Pacientes atendidos que permanecem em SO</b>	31,5	28,8	9,5%
<b>Tempo Médio de Permanência / dias</b>	2,1	*	*
<b>Dependência Química (DQ) em SO</b>	405	397	2,0%
<b>% DQ em SO</b>	38,9	42,1	-7,6%
<b>Transtorno de Humor Bipolar (THB) em SO</b>	121	122	-0,8%
<b>% THB em SO</b>	11,6	13,0	-10,2%
<b>Esquizofrenia em SO</b>	198	102	94,1%
<b>% de Esquizofrenia em SO</b>	19,0	10,8	75,8%
<b>Nº de Transferências para Internação Hospitalar</b>	962	756	27,2%
<b>% de Transferências para Internação Hospitalar</b>	92,5	80,3	15,3%

Fonte: SIHO/AMB

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

\* Dado não foi disponibilizado

**Quadro 13-** Distribuição do número do total de atendimentos e desistências em Psiquiatria, menores de 18 anos, temas específicos da Sala de Observação PESM-IAPI, Porto Alegre, RS.

<b>Sala de Observação Psiquiatria PESM-IAPI</b>	<b>3º TRIMESTRE 2011</b>	<b>3º TRIMESTRE 2010</b>	<b>Variação</b>
<b>Total de boletins emitidos</b>	2462	1543	59,6%
<b>Desistências</b>	27	7	285,7%
<sup>1</sup> <b>Desistências (%)</b>	1,1	0,5	141,7%
<b>Total Paciente Atendidos</b>	2435	1536	58,5%
<b>Atendimentos &lt; 18 anos</b>	219	132	65,9%
<b>% de Pacientes &lt; 18 anos atendidos</b>	1,1	8,6	4,7%
<b>Total Paciente em SO</b>	739	682	8,4%
<b>% de Pacientes atendidos que permanecem em SO</b>	30,3	44,4	-31,6%
<b>Tempo Médio de Permanência / dias</b>	1	1	0,0%
<b>Dependência Química (DQ)</b>	814	570	42,8%
<b>% DQ/ total atendimentos</b>	33,4	37,1	-9,9%
<b>Depressão</b>	469	291	61,2%
<b>% Depressão/ total atendimentos</b>	19,3	18,9	1,7%
<b>Nº de Transferências para Internação Hospitalar</b>	679	682	-0,4%
<b>% de Transferências para Internação Hospitalar</b>	91,9	100,0	-37,2%

Fonte: Hospital Mãe de Deus

### **Serviço Atendimento Móvel de Urgência- SAMU**

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

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

No ano de 2011 (tabela 115), houve uma redução expressiva do total de ligações ao SAMU 192 (-24,3%), refletindo no aumento da proporção de trotes no 3º trimestre (30,1%) quando comparado com 2010 no mesmo período. Diferentemente disso, verifica-se que em números absolutos de ligações por trotes houve um decréscimo de 20,0% mostrando uma situação favorável em relação a ligações inadequadas. Da mesma forma, observa-se também diminuição do percentual de regulações (ligações pertinentes), mas em proporção menor (2,3%). Houve queda significativa nas ligações interrompidas (83,7%), de informações (55,7%) e repetidas (73,2%) o que pode indicar melhor aproveitamento dos chamados ao SAMU.

Nesse trimestre foram incluídas variáveis como ligação atendida e chamando, não sendo possível comparar com o trimestre do ano anterior. Essa inclusão de variáveis se deve a mudança da versão do Sistema de Informação Pré Hospitalar (SAPH).

Avaliando os atendimentos conforme o tipo de agravo (tabela 105), não houve alterações significativas na proporção dos atendimentos, sendo os casos clínicos (44,5%) e o trauma (35,1%) as principais causas de atendimento. A utilização do SAMU como transporte entre serviços teve uma redução de 55,2%, o que, provavelmente, está relacionado com a implantação e organização do transporte de Baixa Complexidade. Em contrapartida, os atendimentos por causa obstétrica aumentaram 18,8%.

O coeficiente de mortalidade dos atendimentos pré-hospitalares (quadro 14) realizados pelo SAMU apresentou acréscimo de 33,4 óbitos para cada 1000 atendimentos, enquanto que no 3º trimestre de 2010 houve 21,7 óbitos para cada 1000 atendimentos. O aumento desse indicador pode estar relacionado também à implantação de transporte de baixa complexidade que assumiu a assistência a pacientes menos graves e, conseqüentemente, possibilitou ao SAMU aumentar o atendimento a pacientes críticos.

Tabela 115– Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU segundo o perfil das ligações e comparativo do 3º trimestre entre os anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

Trimestre Atendimento	3º Trimestre 2011		3º Trimestre 2010		2011 x 2010
	n	%	n	%	%
Trote	25675	30,1	32074	28,5	-20,0%
Regulacao	19443	22,8	19908	17,7	-2,3%
Interrompida	2873	3,4	17613	15,6	-83,7%
Engano	15781	18,5	18877	16,7	-16,4%
Atendida	10435	12,2	-	-	-
Informacoes	9392	11,0	21216	18,8	-55,7%
Fora Abrangencia	830	1,0	1205	1,1	-31,1%
Chamando	407	0,5	-	-	-
Repetida	490	0,6	1827	1,6	-73,2%
<b>Total de Ligações</b>	<b>85326</b>	<b>100,0</b>	<b>112720</b>	<b>100,0</b>	<b>-24,3%</b>

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

Tabela 116- Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos do 3º trimestre entre os anos de 2010 e 2011, Porto Alegre, RS.

Trimestre Tipo atendimento	3º Trimestre 2011		3º Trimestre 2010		2011 x 2010
	n	%	n	%	%
Caso Clínico	3.836	44,5	3.768	38,8	1,8%
Traumático	3.026	35,1	3.158	32,5	-4,2%
Transporte	687	8,0	1.534	15,8	-55,2%
Obstétrico	158	1,8	133	1,4	18,8%
Não Registrado	208	2,4	362	3,7	-42,5%
Psiquiátrico	700	8,1	713	7,3	-1,8%
Orientação	-	0,0	39	0,4	-100,0%
<b>Total de APHr</b>	<b>8.615</b>	<b>100,0</b>	<b>9.707</b>	<b>100,0</b>	<b>-11,2%</b>

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

Quadro 14– Distribuição dos coeficientes de mortalidade dos Atendimentos Pré Hospitalares (APH) realizados pelo SAMU no 3º trimestre dos anos de 2011 e 2010, Porto Alegre, RS.

3º TRI	APH	óbitos	*Coeficiente
	n	n	‰
<b>2011</b>	8.615	288	33,4
<b>2010</b>	9.707	211	21,7

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

**\*Óbitos para cada 1000 atendimentos**

Em relação às metas propostas pelo Plano Anual de Saúde (PAS), visando diminuir a superlotação nas emergências, além da implantação do Protocolo de Manchester no PABJ, foi elaborada e em fase de implantação, a Linha de Cuidado para o AVC e Infarto com ênfase na redução do tempo resposta e minimizando o número de seqüelas e mortes por essas causas. Linhas de cuidados referentes a outras doenças de maior magnitude e transcendência estão sendo delineadas para

compor a rede de atenção às urgências.

A implantação, em setembro desse ano, do serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a central de regulação de urgência (SAMU), possibilitou a organização do sistema de transporte entre os serviços.

Conforme o PAS, existe o projeto da ampliação do número de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na cidade, passando de 4 para 8 unidades e reforma nas já existentes visando adequar às normas vigentes, de forma progressiva, até 2013. A UPA Zona Norte está em fase de conclusão do prédio e as outras estão com projeto arquitetônico em andamento, aguardando aquisição e liberação dos terrenos.

De uma maneira geral, houve redução nos atendimentos e desistências nos PAs, o que deve estar relacionado ao aumento da cobertura da rede básica de saúde.

### 13 FINANCIAMENTO DO SUS

Abaixo, segue o comparativo trimestral referente aos terceiros trimestres dos anos 2011-2010.

RECEITA DE INGRESSOS	3ºtrim/2010		RECEITA DE INGRESSOS	3ºtrim/2011		Variação %
	R\$	%		R\$	%	
Fonte Municipal	R\$ 90.350.410,62	44,67	Fonte Municipal <sup>1</sup>	R\$ 120.796.418,13	49,09	33,70
Fonte Estadual	R\$ 90.795,17	0,04	Fonte Estadual	R\$ 6.123.269,42	2,49	6.644,05
Fonte Federal	R\$ 111.835.689,62	55,29	Fonte Federal	R\$ 119.173.779,43	48,43	6,56
<b>Total de Receita de Ingressos</b>	<b>R\$ 202.276.895,41</b>	<b>100,00</b>	<b>Total de Receita de Ingressos</b>	<b>R\$ 246.093.466,98</b>	<b>100,00</b>	21,66
<b>RECEITA FINANCEIRA</b>	<b>3ºtrim/2010</b>		<b>RECEITA FINANCEIRA</b>	<b>3ºtrim/2011</b>		<b>Variação %</b>
	<b>R\$</b>	<b>%</b>		<b>R\$</b>	<b>%</b>	
Fonte Municipal**	R\$		Fonte Municipal <sup>2</sup>	R\$		
Fonte Estadual	R\$ 304.231,98		Fonte Estadual	R\$ 583.993,23		91,96
Fonte Federal	R\$ 2.253.446,40		Fonte Federal	R\$ 3.468.764,15		53,93
<b>Total de Receita Financeira</b>	<b>R\$ 2.557.678,38</b>		<b>Total de Receita Financeira</b>	<b>R\$ 4.052.757,38</b>		58,45
<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	<b>R\$ 204.834.573,79</b>		<b>TOTAL GERAL DA RECEITA</b>	<b>R\$ 250.146.224,36</b>		
<b>DESPESAS PAGAS</b>	<b>3ºtrim/2010</b>		<b>DESPESAS PAGAS</b>	<b>3ºtrim/2011</b>		<b>Variação %</b>
	<b>R\$</b>	<b>%</b>		<b>R\$</b>	<b>%</b>	
Fonte Municipal	R\$ 90.350.410,62	44,61	Fonte Municipal	R\$ 120.796.418,13	50,60	33,70
Fonte Estadual	R\$ 1.293.550,70	0,64	Fonte Estadual	R\$ 4.726.493,86	1,98	265,39
Fonte Federal	R\$110.867.832,35	54,75	Fonte Federal	R\$113.210.553,05	47,42	2,11
<b>TOTAL GERAL DA DESPESA</b>	<b>R\$202.511.793,67</b>	<b>100,00</b>	<b>TOTAL GERAL DA DESPESA</b>	<b>R\$238.733.465,04</b>	<b>100,00</b>	17,89

**Fonte Municipal<sup>1</sup>. Receita de Ingressos: Receita Financeira:** Trata-se de recursos administrados pela administração centralizada, portanto os rendimentos financeiros não são repassados para o fundo municipal de saúde.

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

## 14. Desempenho dos indicadores por Ciclo de Vida

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

Tabela 117- Taxa de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias (%).

<i>Gerência Distrital</i>	<i>3ºTrimestre 2011</i>	<i>3ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
Centro	54,8	52,7	+4,0
NHNI	53,1	44,6	+19,1
NEB	57,2	54,8	+4,4
LENO	64,9	64,0	+1,5
GCC	58,1	58,3	-0,2
SCS	54,0	55,1	-2,0
PLP	63,0	54,4	+15,7
RES	59,4	52,8	+12,4
<b>Porto Alegre</b>	<b>58,1</b>	<b>52,1</b>	<b>+11,6</b>

Fonte: SRTN/HMIPV/SMS/PMPA.

A taxa de coleta do teste do pezinho (triagem neonatal) no período considerado ideal (3 a 7 dias de vida) apresentou elevação superior a 11,6% no terceiro trimestre de 2011 em relação ao mesmo período de 2010. Todas as GDs atingiram 53% 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. Nas maternidades, a coleta entre o terceiro e o sétimo dia apresentou pequeno aumento de 2010 (52,1%) para 2011 (53,7%).

Tabela 118- Taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal (número de Emissões Otoacústicas Evocadas -Procedimento: 02.11.07.014-9 - e de Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva – Procedimento: 02.11.07.027-0 - dividido pelo número de AIH de partos ocorridos em Porto Alegre.

	<i>3ºTrimestre 2011</i>	<i>3ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Porto Alegre</b>	77,1	75,9	+1,5

Fonte: SIA e SIH/Datasus.

Nesse trimestre esse indicador precisou ser modificado. Em algumas crianças a triagem auditiva neonatal é realizada através do Potencial Evocado Auditivo para Triagem Auditiva e não das Emissões Otoacústicas Evocadas. O numerador do indicador Taxa de cobertura da triagem auditiva neonatal passou a ser determinado pela soma dos dois procedimentos. No terceiro trimestre de 2011 a triagem auditiva neonatal atingiu 77,1% (3.739 exames) dos nascimentos ocorridos em Porto Alegre pelo SUS.

**Tabela 119Taxa de aleitamento materno exclusivo e misto em crianças menores de 4 meses acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família (%).**

	<i>3ºTrimestre 2011</i>	<i>3ºTrimestre 2010</i>	<i>Variação %</i>
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>			
Julho	73,1	75,6	-3,4
Agosto	75,0	75,9	-1,1
Setembro	74,2	76,7	-3,3
<b>Aleitamento materno misto</b>			
Julho	26,9	24,4	10,6
Agosto	25,0	24,1	3,5
Setembro	25,8	23,3	10,9

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 120-Cobertura Vacinal

<b>Cobertura vacinal (%)</b>	<b>3ºTrim/ 2011</b>	<b>3ºTrim/ 2010</b>	<b>Varição %</b>
BCG	95,6	82,9	15,3
Terceira dose da vacina Tetravalente	86,6	81,1	+6,8
Terceira dose da vacina contra Hepatite B	86,6	86,9	-0,3
Tríplice viral a partir de 1 ano	88,7	89,0	-0,3

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

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. A utilização de vacinas diferentes das previstas na rotina da vacinação pode explicar em parte a queda das coberturas. Em 2010, 2,5% das crianças receberam a terceira dose da Hepatite B através das vacinas Pentavalente e Hexavalente. Essas vacinas não são computadas no cálculo do indicador Cobertura da terceira dose da vacina contra Hepatite B. A inclusão dessas doses aumentaria essa cobertura de 84,6 para 87,1% em 2010. A mesma situação ocorre com a vacina Tetravalente. No terceiro trimestre de 2011 houve a recuperação da cobertura da vacina BCG em relação ao mesmo período de 2010.

## SÍFILIS CONGÊNITA

Tabela 121- Incidência de sífilis congênita.

<b>Incidência de Sífilis Congênita (Pacto pela Vida – prior III -7) PAS 19</b>		<b>Meta PAVS/ SISPACTO/PAS</b>	<b>3ºTrimestre 2011</b>	<b>3ºTrimestre 2010</b>	<b>Variação %</b>
<b>Casos</b>	Notificado	SISPACTO 130	39	59	-33,90
	Investigado	casos/ ano	39	59	-33,90
	Confirmado	PAS Reduzir	39	59	-33,90
	% atingido	de 9,59/1.000 para 7/1.000			

NV

Fonte:EVDT/CGVS/ SMS/SINAN NET

Apesar da diminuição de casos de Sífilis Congênita no 3º trimestre de 2011, em relação ao 3º trimestre de 2010, uma análise mais robusta somente ocorrerá no final do ano, pois a tendência nos últimos anos é de aumento de casos notificados e investigados como mostra a figura abaixo.

-

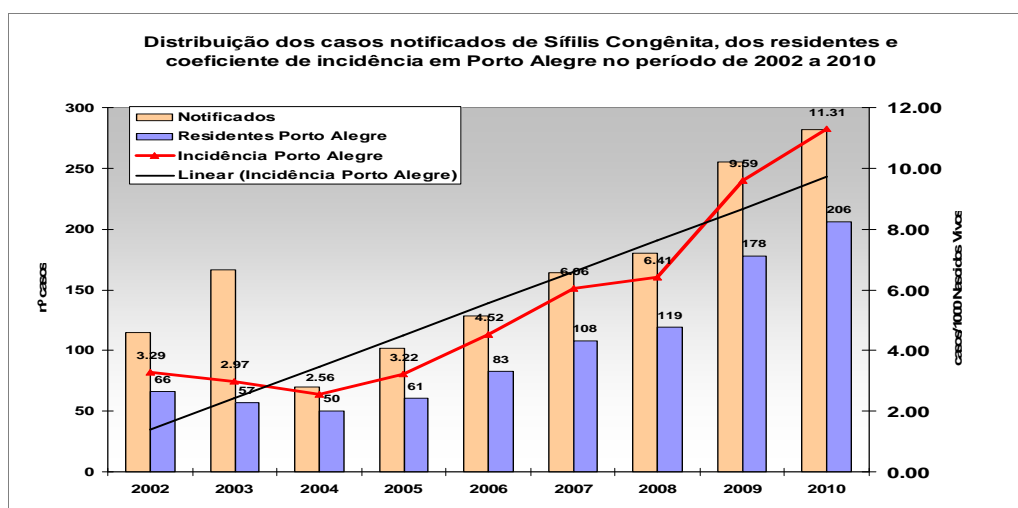


Figura 14 Casos notificados de Sífilis Congêntas dos residentes em Porto Alegre 2002-2010

FONTES:EVDT/CGVS/SMS/POA, 2011

Tabela 122- Taxa de internações por asma (CID J45 e J46) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	3ºTrimestre 2011	3ºTrimestre 2010	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	2,6	4,0	-35,0

Fonte: SIH/Datasus e IBGE.

Tabela 123- Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (CID J00 a J 22) em menores de 5 anos de idade (/1.000).

	3ºTrimestre 2011	3ºTrimestre 2010	Variação %
<b>Porto Alegre</b>	8,3	10,8	-23,1

Fonte: SIH/Datasus e IBGE

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

### **Ações preventivas em saúde bucal em creches e escolas**

**Meta 53: Ampliação das ações preventivas em saúde bucal em 95% das creches vinculadas a ESF:**

Pactuado: 95% das creches vinculadas a ESF.

Situação Atual: No terceiro trimestre de 2011 foram realizadas atividades, em saúde bucal, em **77,10%** das creches vinculadas a ESF.

**Meta 54: Ampliação das ações preventivas em saúde bucal em 95% das escolas vinculadas ao PSE:**

Pactuado: 95% das creches vinculadas a ESF.

Situação Atual: No terceiro trimestre de 2011 foram realizadas atividades, em saúde bucal, em **74,42%** das creches vinculadas a ESF.

**Interpretação das metas 53 e 54:** Segundo o Caderno 17 e o Manual de Fluoretos, ambos publicação do Ministério da Saúde recomenda-se que se realize atividade de promoção e prevenção a saúde bucal no quantitativo de 1 a 4 vezes no ano para o mesmo grupo populacional. Por isso, não se faz necessário que os profissionais de saúde estejam em todos os semestres realizando esse tipo de atividade. O importante é que ao final do ano 100% das crianças estejam cobertas por algum tipo de atividade de prevenção e promoção de saúde bucal.

## 14.2 Adolescente

**Tabela 124-** Número de consultas de profissionais de nível superior e em saúde mental (psicólogo e psiquiatra) de adolescentes (10 a 19 anos).

Gerência Distrital	3ºTrimestre 2011	3ºTrimestre 2010	Varição %
Nutricionista	1.867	1.441	29,6
Enfermeiro	17.536	14.905	17,7
Psicólogo	2.734	2.591	5,5
Assistente social	1.409	1.091	29,1
Médico	52.325	73.282	-28,6
Psiquiatra	2.549	3.366	-24,3

Fonte: SIA/Datasus

Procedimentos: 0301010030, 0301010048, 0301010064, 0301010072, 0301010056.

No terceiro trimestre de 2011 houve aumento do número de consultas de adolescentes com os profissionais de saúde nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social. A queda do número de consultas com médico e com psiquiatra pode refletir a modificação do plano de carreira dos médicos..

**Tabela 125-** CRAI - CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA INFANTO JUVENIL

CRAI	3º TRIM 2011	
	N	%
Acolhimento POA	193	52
Acolhimento Interior		
Total *	371	100
Consulta em Psicologia	438	28,5
Consultas em Serviço Social		
Pacientes Periciados (DML)		
Consultas em Pediatria		
Total de Atendimentos	1534	100

Fonte: CRAI – HMIPV

Cada acolhimento compreende 2 consultas: de Psicologia e de S. Social

\*

## **14.3 Adulto**

### **14.3.1 Atenção em Saúde Mental**

#### **Processo de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Saúde Mental (Meta 93 do PAS)**

A Equipe da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre iniciou em setembro de 2011 o PROJETO AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE PORTO ALEGRE, iniciando pela AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PORTO ALEGRE, MÓDULO I, prevista para o segundo semestre de 2011. O presente PROJETO busca ampliar a avaliação dos Serviços de Saúde Mental, abordando diferentes eixos para conhecimento de como estão funcionando nossos serviços (avaliação quantitativa e qualitativa em forma de pesquisa-intervenção).

A avaliação quantitativa e qualitativa está acontecendo por meio de entrevistas realizadas com usuários, familiares, trabalhadores dos CAPS e coordenador do CAPS, tendo como objetivos específicos: identificar condições estruturais dos CAPS (recursos materiais, recursos humanos, área física), avaliar processo de atendimento no CAPS (processo de trabalho e organização da ação em saúde, com foco na satisfação dos trabalhadores de saúde, perfil dos trabalhadores, condições de trabalho e sobrecarga de trabalho) e avaliar resultados da atenção em Saúde Mental desenvolvida nos CAPS (a partir do usuário – padrão de saúde, autonomia, inserção, cidadania, satisfação; e a partir do familiar – satisfação e sobrecarga).

Além das entrevistas, a avaliação qualitativa está acontecendo por meio da Caracterização dos CAPS, segundo planilha em anexo (com indicadores de estrutura e funcionamento), trabalhada pelas equipes em suas reuniões. Essa planilha será apresentada nos encontros do Fórum dos Coordenadores de Saúde Mental, de outubro a dezembro, que se pretende como estratégia para discussão e (re)construção de protocolos de atendimentos e (re)alinhamento de fluxos de encaminhamentos em Saúde Mental.

No mês de setembro, deu-se a finalização da construção dos instrumentos de avaliação do PROJETO (Tabela de caracterização do CAPS, questionários de coordenadores, trabalhadores, usuários e famílias) e da Carta de apresentação do PROJETO que foi apresentada aos coordenadores dos serviços de saúde mental e às Gerências Distritais. Anexos III

## **Participação em Grupos de Trabalhos (Gt) (Ação da Meta 93 PAS)**

Nesse trimestre deu-se continuidade a participação da área técnica de saúde mental no Grupo de Trabalho Interinstitucional do IPF, com reuniões semanais as quintas-feiras, com objetivo de trabalhar a reabilitação e a inserção social dos pacientes institucionalizados do manicômio judiciário. No mês de setembro o GT completou-se quatro anos de trabalho do GT.

Continuidade da participação da área técnica de saúde mental no GT da SMS que esta elaborando a Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiências, com reuniões quinzenais, as sextas-feiras.

## **Ampliação da Rede Álcool e Outras Drogas – CAPSAd Cruz Vermelha (meta 94 do PAS)**

Realizada revisão do Projeto de Cadastramento do CAPSAd Cruz Vermelha, com vistas a agilizar o processo de solicitação da verba de incentivo, junto ao Estado e Ministério da Saúde, de modo a viabilizar o início das obras de adequação do espaço do CAPS. A área técnica da saúde mental foi até a Cruz Vermelha para conhecer o espaço físico onde será instalado o CAPSAd e trabalhou na reformulação do projeto a ser enviado a 1ª CRS.

## **Reestruturação NASCA e equipes de Saúde Mental da Infância (ação da meta 93 do PAS)**

Iniciou-se o processo de reestruturação dos serviços que atendem crianças e adolescentes na rede de saúde mental da SMS. Para isso, as equipes de saúde mental e os NASCAS irão unir-se, constituindo uma só equipe por gerência distrital. O objetivo dessa proposição justifica-se pela necessidade de consolidar a atenção integral à saúde da criança e adolescente, superando as dicotomias existentes entre os aspectos físicos e mentais. Nesse sentido, a área técnica de saúde mental esta realizando reuniões com as equipes nas gerencias distritais para acompanhar esse processo. Um indicativo para que essa proposta se efetive é a necessidade de ampliar os recursos humanos nas equipes, pois muitos servidores dos NASCAS aposentaram-se e não houve reposição, o que tem dificultado a qualidade do trabalho.

Construção de novos relatórios de campo, abordagem e ficha de cadastro dos usuários de álcool e outras atendidos pelo Programa de redução de Danos (anexo II)

### 14.3.2 Saúde da Mulher

#### Assistência ao Pré Natal

Tabela 126- Demonstrativo do nº de Gestantes cadastradas no SISPRENATAL, período 2010-2011

Indicador	2011	2010	variação
	3º trimestre	3º trimestre	
<b>Nº de Gestantes cadastradas</b>	1.759	2.931	-1.172
<b>Gestantes que iniciaram pré natal até 120 dias</b>	1.325	2.247	-922

Fontes: SISPRENATAL

O número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL e que iniciaram o pré natal até 120 dias no 3º trimestre ainda é parcial, pois os formulários deste trimestre ainda estão chegando ao CGVS, não permitindo análise.

Tabela 127- Procedimentos realizados e contraceptivos utilizados

Contraceptivos	3º Trim 2011	3º Trim 2010	Variação
Noretisterona 0,35 mg (minipilula)	8.755	2.215	74%
Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg	42.832	49.900	-16,5%
Levonorgestrel 0,75mg (contracepção de emergência)	57	56	1,8%
Anticoncepcional injetável (uso trimensal)	1.155	9.796	-748%
Anticoncepcional injetável (uso mensal)	19.317	6.018	69%
DIU (dispositivo intra-uterino)	201	167	17%
Ligadura de Trompas – código - 0409060186	262 (dado parcial)	378	
Vasectomia - código – 0409040240 e 040904024-0	182	189	-3,8%

Observa-se que no terceiro trimestre de 2011 se manteve uma utilização equitativa dos métodos contraceptivos, com algumas variações esperadas em cada método. Aumentou-se a distribuição do contraceptivo oral utilizado no pós-parto (cerca de 6.540 cartelas a mais) já o contraceptivo oral combinado teve uma diminuição de 16,5%, a contracepção de emergência manteve o padrão de distribuição de aproximadamente 55 cartelas por trimestre. Quanto aos injetáveis mensais distribuímos 13.299 ampolas a mais, relativo a 69% de aumento, este aumento no uso de injetável mensal explica-se pela falta do injetável trimestral no mercado. Neste trimestre retornou ao mercado o injetável trimestral com distribuição de 1.155 ampolas, já foi encaminhada compra de mais 10.000 ampolas para o quarto trimestre.

Foram colocados 34 DIUs a mais neste trimestre, o equivalente a 17%. O número de laqueaduras tubárias no 3º trimestre é parcial, até o presente momento realizou-se 201 laqueaduras e 182 de vasectomias, uma redução de 3,8%. Os prestadores tem um prazo de 6 meses para inserir no sistema os procedimentos hospitalares desta forma o nº de ligaduras e vasectomias podem estar subestimados

São ofertando de forma regular todos os métodos, facilitando desta forma o acesso e adaptação das mulheres, e dos homens ao com o melhor método para o seu perfil.

**Tabela 128- Anticoncepcionais recebidos do Ministério da Saúde e ou comprados pela SMS 2010/2011**

Anticoncepcionais	Período		Variação
	3º trim. 2011	3º trim2010 3º	
<b>Noretisterona 0,35 mg</b>	3.485(MS)	4.533 (compra e MS)	-1048
<b>Medroxiprogesterona 150 mg (Injetável)</b>	1.155 (MS)	9.095 (compra)	-7940
<b>Estradiol+Noretisterona. 50mg (injetável)</b>	18.654 (compra)	0	18.654
<b>Etinilestradiol 0,03+ Levonorgestrel 0,15 mg</b>	36.800 (MS)	37.547 (MS)	-747
<b>Levonorgestrel 0,75mg</b>	0	0	

Fonte: GMAT

A Secretaria Municipal da Saúde permanece comprando contraceptivos, quando o Ministério da Saúde encaminha quantidades insuficientes para suprir a demanda.

**Tabela 129-Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Colo do Útero.**

	3º T 2011	3º T 2010	Variação
<b>Total de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos</b>	13.999	13.322	5%
<b>Razão</b>	0,15	0,14	
<b>Total de exames na população de 10-69 anos</b>	19.594	19.181	2%
<b>Razão</b>	0,11	0,11	
<b>Colposcopias</b>	3.266 (17%)	3.865 (20%)	-18%

Fontes: MS/ DATASUS - produção ambulatorial - SIA TBUNIF.DE/ SISCOLO/CGVS/POA

Avaliando a tabela acima se verifica que houve um aumento de 2% na quantidade de exames de citopatológicos coletados. Com predomínio da coleta na faixa etária dos 25-59

anos que é considerada a prioritária para coleta, também ocorreu um aumento de 5% no total de exames.

O número de exames de colposcopia teve uma redução de 18% no período analisado. Considerando que este exame deve ser realizado preferencialmente quando o exame de citopatológico está alterado (3-4% dos exames) e em casos com inspeção visual alterada (não mensurável), verifica-se que esta redução de colposcopia neste trimestre não interfere no rastreamento do câncer de colo do útero.

A razão de coleta do citopatológico do colo do útero em mulheres de 25-59 anos neste trimestre foi de 0,15, ficando um pouco abaixo do pactuado que é de 0,16. Como o número da coleta varia ao longo dos trimestres, temos que aguardar o fechamento do ano para avaliar se conseguimos atingir a meta pactuada.

**Tabela 130- Nº de ecografias mamárias e mamografias realizadas período 2010/2011.**

	<b>3º T 2011</b>	<b>3º T 2010</b>	<b>Varição</b>
<b>Ecografias mamárias</b>	3.565	4.004	- 12%
<b>Mamografias</b>	10.968	14.766	- 34,6%
<b>Razão</b>	0,14	0,18	0.04
<b>Mamografias 50-69 anos</b>	6.065	8.266	- 36%
<b>Razão</b>	0,15	0,20	-0,05

Fonte: SISMAMA/TABWIN

Observa-se no 3º trimestre de 2011 uma diminuição no número de exames da saúde da mama em geral. Com relação as Mamografias ocorreu uma redução de 3.798 exames, sendo que 55% destes foram feitos na faixa etária com prioridade para o exame que é dos 50-69 anos. Também ocorreu uma redução de 439 exames de ecografia mamária, o que é esperado em função da redução dos exames de mamografia, já que é um exame complementar a este.

A razão de mamografias dos 50-69 anos neste trimestre foi de 0,15, ficando abaixo do pactuado que é de 0,19. Como estes dados são sazonais ao longo do ano, precisamos aguardar o fechamento do ano para avaliar se atingimos ou não a meta anual.

De qualquer forma estes dados acima nos preocupam, até porque já estávamos observando esta tendência de estabilização e queda no número de exames de MMG solicitados.

Em função disto para 2012 está sendo organizada uma campanha em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, Coordenação da Mulher da Prefeitura e IMAMA, relacionada a Saúde da Mama. Além disso, será priorizado pela área técnica da saúde da mulher as metas estabelecidas pelas Unidades para solicitação de MMG e coleta do citopatológico do colo do útero.

#### Ações Realizadas no período

Reuniões da Regionalização da Assistência Obstétrica com os Hospitais Fêmina, Conceição, HPV, PUC, e Clínicas e suas respectivas Unidades de Referência. (5 reuniões).

Capacitação de 84 médicos e enfermeiras prenatalistas em prevenção ao Trabalho de Parto Prematuro.

Discussão dos casos de mortalidade materna no encontro mensal do Comitê de Morte Materna.

Definição do fluxo de gestantes com transtorno mental e divulgação para às Gerência Distritais. (parceria AT Saúde Mental)

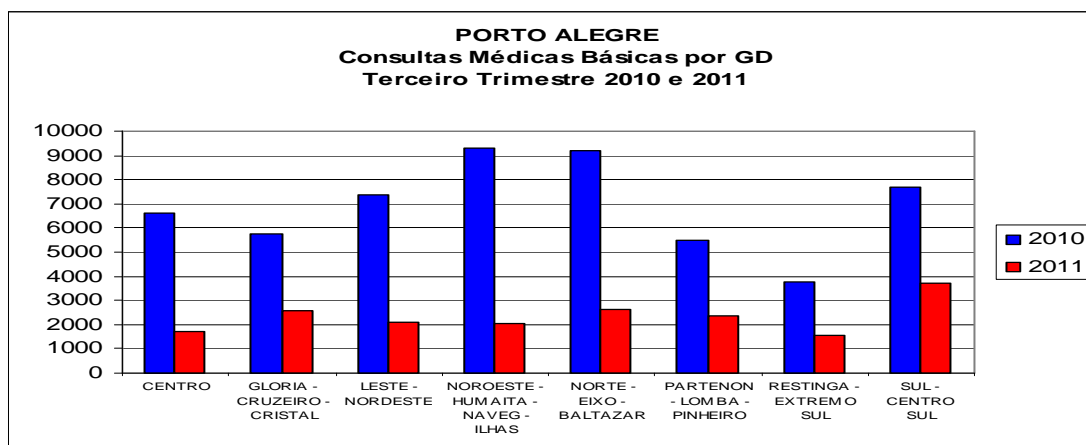
Reorganização do fluxo da gestante HIV positiva. (parceria AT DST/AIDS)

Força tarefa com o Hospital Fêmina para atender os casos de demanda reprimida de laqueadura tubária da Rede.

#### 14.4 Idoso

O Ciclo de Vida do Idoso compreende a faixa etária da população acima de 60 anos de idade. De acordo com o Censo 2010, a população de Porto Alegre nesta faixa etária é de 211.896, sendo 131.911 mulheres e 79.985 homens (IBGE, Censos e Estimativas, 2009).

Neste relatório são apresentados os números de consultas médicas básicas e especializadas, bem como os relativos à primeira consulta odontológica.



**Figura 15- Consultas Médicas Básicas por GD – População com 60 anos ou mais. 3º Trimestral.**  
Ano 2010 – 2011 Fonte : SIA /GRSS

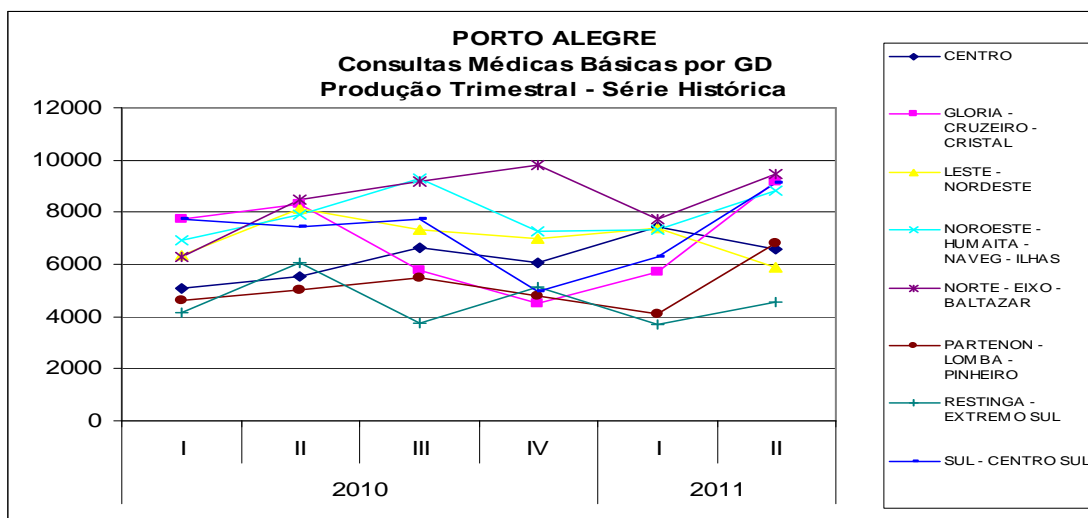


Figura 16 Consultas Médicas Básicas por GD produção Trimestral – Série histórica - Fonte : SIA /GRSS

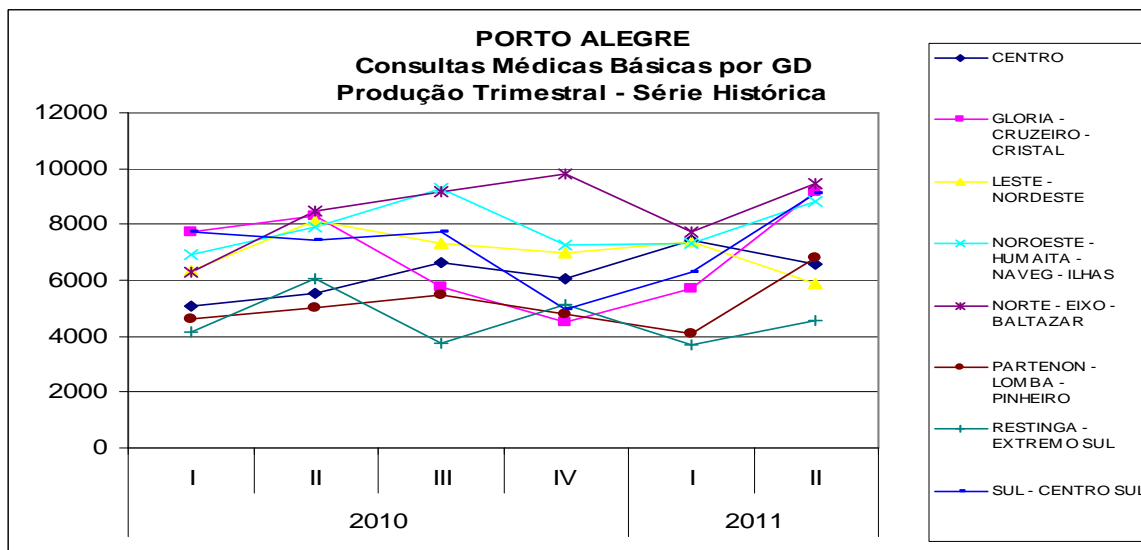


Figura 17. - Consultas Médicas Básicas por GD – População com 60 anos ou mais. Evolução histórica trimestral. Fonte : SIA /GRSS

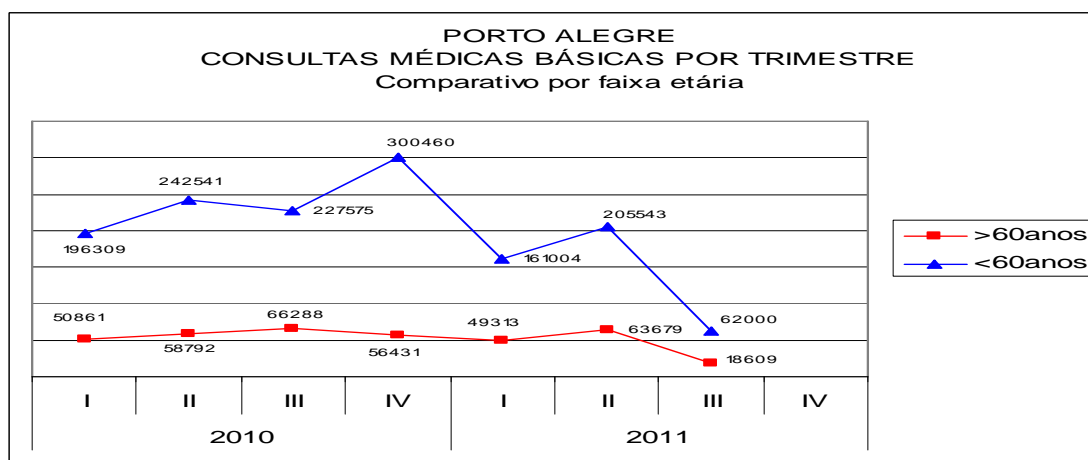
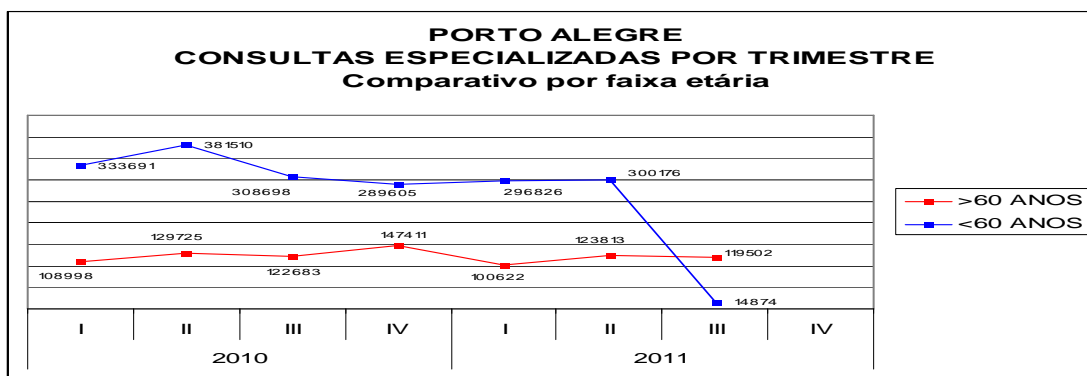
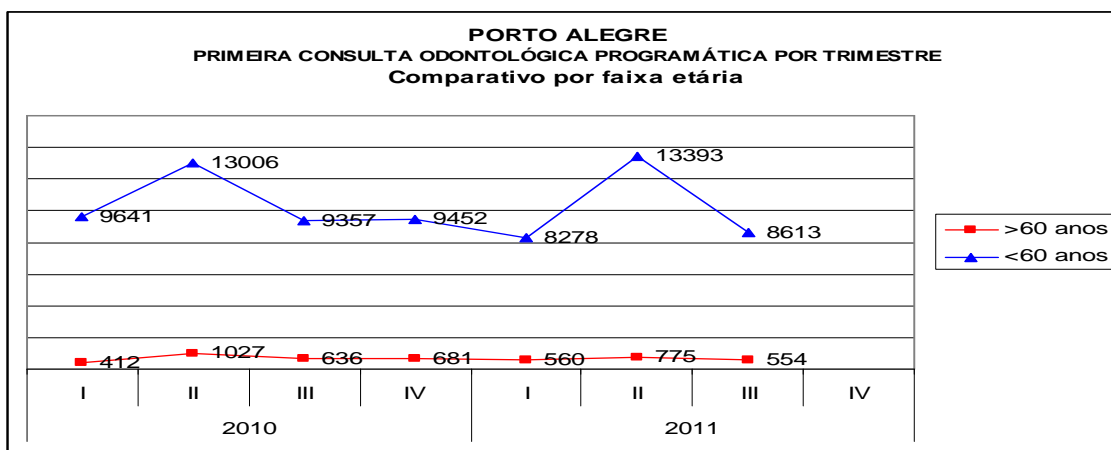


Figura 18- Consultas Médicas Básicas por GD – População com 60 anos ou mais. Série Histórica Trimestral. Fonte : SIA /GRSS



**Figura 19- Consultas Médicas Especializadas – População com 60 anos ou mais. Série Histórica Trimestral.**Fonte : SIA /GRSS



**Figura 20 Consultas Médicas Especializadas – População com 60 anos ou mais. Série Histórica Trimestral.**Fonte : SIA /GRSS

**Tabela 131- Primeira Consulta Odontológica Programática.**

	3º. TRIM/2010	3º. TRIM/2011	Variação	Variação %
Total	9993	9167	-826	-8,27
>60 anos	636	554	-82	-12,89
<60 anos	9357	8613	-744	-7,95

Fonte SIA/GRSS.

A análise dos dados acima (consultas básicas, especializadas e primeira consulta odontológica) mostra que ocorreu queda geral na produção a qual deve, muito provavelmente, estar relacionada à dificuldade de alimentação do banco de dados do SIA. As USs tem o prazo de três meses para informar a SMS de sua produção do SIA. Desta forma, para se analisar um determinado trimestre é necessário que tenha transcorrido no mínimo de 6 (seis) meses após o seu encerramento. Portanto, não é possível qualquer conclusão sobre a evolução trimestral de 2010 para 2011 em qualquer dado proveniente do SIA.

Já na análise das séries históricas (desde que excluído o terceiro trimestre de 2011) fica clara a estabilidade das consultas especializadas e das primeiras

consultas odontológicas. Contudo, para as consultas médicas básicas, que são a principal porta de entrada do SUS, existe uma nítida tendência de queda, de causas à esclarecer, secundárias à consistente redução na produção nas GD Restinga-Extremo-Sul e Leste Nordeste.

## **15. ATUAÇÃO DE COMITÊS E NUCLEOS INSTITUCIONAIS**

### **15.1 Relatório do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal – Ano 2010**

O Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CMI) é um organismo interinstitucional de caráter eminentemente educativo que congrega instituições governamentais e da sociedade civil organizada, com participação multiprofissional. Suas atribuições são identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais. É um importante instrumento de avaliação da assistência de saúde, uma fonte de subsídios às políticas públicas e às ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e para a redução da mortalidade.

Em Porto Alegre, a instituição do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal foi autorizada pela Lei Municipal 10.545 de 30 de setembro de 2008 e que lhe determina objetivos, finalidades, composição, funcionamento, competências. Em 2009, foi iniciado o processo de implementação do CMI e a elaboração de seu Regimento Interno, com a realização mensal de reuniões com os representantes das instituições indicadas na lei de sua criação. O Regimento Interno do CMI foi aprovado em 08 de março de 2010. O CMI recebe o apoio administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, através da Área Técnica da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde.

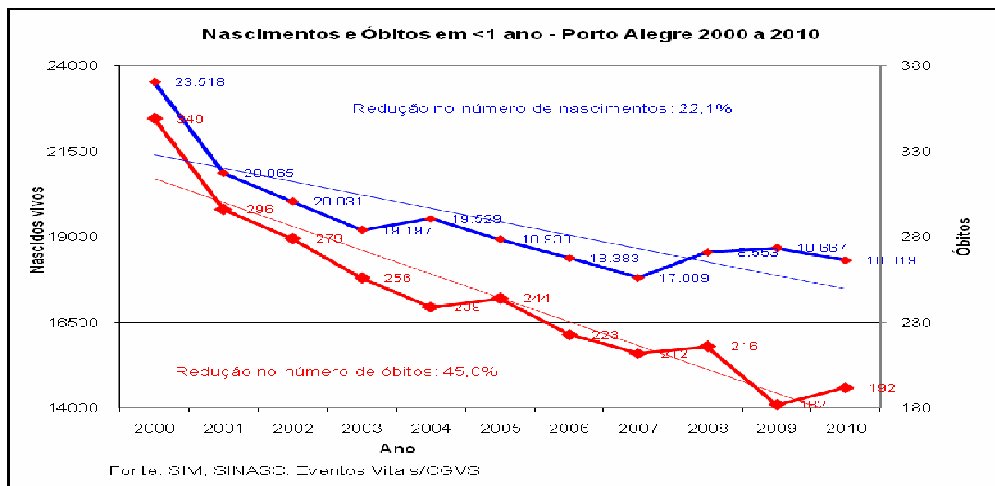
Em 2010 foram realizadas 10 reuniões do CMI com a participação de 39 instituições: maternidades e hospitais que realizam assistência a crianças, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Rio Grande do Sul, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), da

Faculdade de Enfermagem da UFRGS, da Faculdade de Enfermagem da PUCRS, da Faculdade de Enfermagem da UFCSPA e da Faculdade de Enfermagem do Instituto Porto Alegre, Seção de Saúde da Criança e 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde/RS, Gerências Distritais, Coordenadoria Geral da Rede de Atenção Básica, Gerência de Regulamentação de Serviços de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Política de Atenção à Saúde da Mulher e Política de Atenção da Saúde da Criança e Adolescente. Durante as reuniões foram realizadas discussões de casos de óbitos infantis e debates sobre temas relacionados à mortalidade infantil e fetal e à assistência à saúde da criança em Porto Alegre.

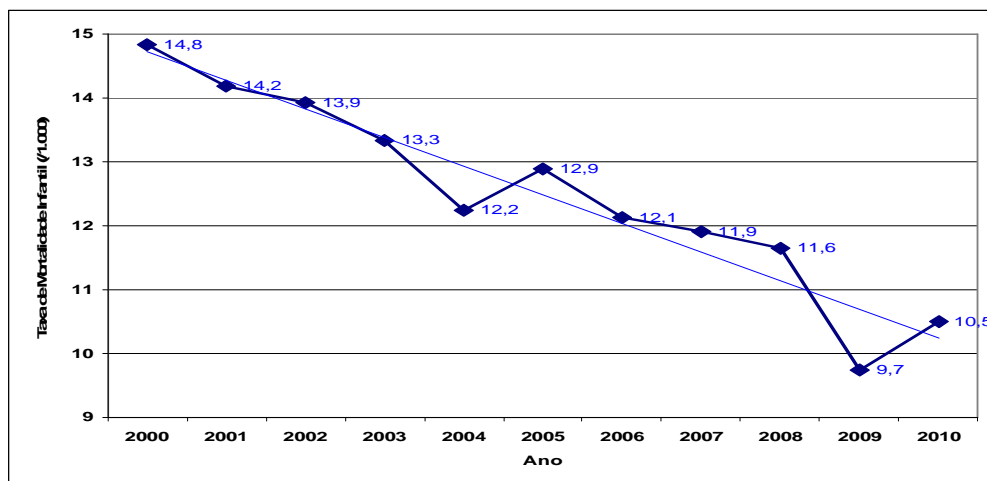
### **Mortalidade infantil em Porto Alegre, 2010**

A redução da mortalidade infantil é uma das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário. A redução dos óbitos infantis é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo, pois a mortalidade infantil reflete as condições de vida da população. Os óbitos infantis decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas das políticas de saúde.

Nos últimos anos houve uma redução progressiva da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Fetal em Porto Alegre, resultado da queda do número de óbitos infantis e fetais (Tabela 134 e Figura 21). Em relação a 2009, houve em 2010 um pequeno aumento da mortalidade infantil, mas não houve modificação da tendência de queda verificada nos últimos anos. De 2000 a 2010 a queda na Taxa de Mortalidade Infantil foi de cerca de 30% (Tabela 134 e Figura 21 e 22).



**Figura 21– Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010.**  
 Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.



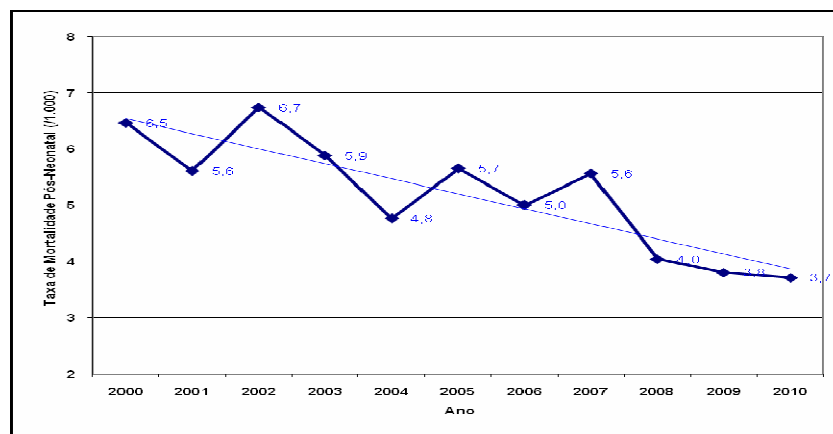
**Figura 22– Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010.** Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.

Tabela 132- Mortalidade Infantil e Fetal em Porto Alegre, 2000 a 2010.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nascidos vivos (N)	23.518	20.865	20.031	19.197	19.529	18.930	18.383	17.809	18.553	18.667	18.319
Óbitos fetais (N)	265	206	205	169	195	187	144	159	167	167	159
Óbitos neonatais precoces (N)	142	110	94	98	89	90	92	74	98	72	98
Óbitos neonatais tardios (N)	55	69	50	45	57	47	39	39	43	39	26
Óbitos neonatais (N)	197	179	144	143	146	137	131	113	141	111	124
Óbitos pós neonatais (N)	152	117	135	113	93	107	92	99	75	71	68
<b>Óbitos infantis (N)</b>	<b>349</b>	<b>296</b>	<b>279</b>	<b>256</b>	<b>239</b>	<b>244</b>	<b>223</b>	<b>212</b>	<b>216</b>	<b>182</b>	<b>192</b>
Taxa de Mortalidade Fetal (/1.000)	11,3	9,9	10,2	8,8	10,0	9,9	7,8	8,9	9,0	8,9	8,7
Taxa de Mortalidade Perinatal (/1.000)	17,1	15,0	14,8	13,8	14,4	14,5	12,7	13,0	14,2	12,7	13,9
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (/1.000)	6,0	5,3	4,7	5,1	4,6	4,8	5,0	4,2	5,3	3,9	5,3
Taxa de Mortalidade Neonatal (/1.000)	8,4	8,6	7,2	7,4	7,5	7,2	7,1	6,3	7,6	5,9	6,8
Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (/1.000)	6,5	5,6	6,7	5,9	4,8	5,7	5,0	5,6	4,0	3,8	3,7
<b>Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000)</b>	<b>14,8</b>	<b>14,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,3</b>	<b>12,2</b>	<b>12,9</b>	<b>12,1</b>	<b>11,9</b>	<b>11,6</b>	<b>9,7</b>	<b>10,5</b>
Proporção de óbitos infantis com peso <1500g (%)	\	43,2	38,7	44,1	41,0	45,5	43,5	42,9	47,7	54,9	47,9
Proporção de óbitos infantis por MF (%)	22,0	26,7	28,0	28,5	27,2	27,5	26,5	28,8	29,2	21,0	29,7
Proporção de óbitos infantis por CE (%)	\	5,4	7,9	3,9	4,2	5,7	9,0	9,9	2,8	3,3	5,2
Óbitos infantis por afogamento, inalação, aspiração (N)	\	14	16	6	5	9	14	19	5	4	7

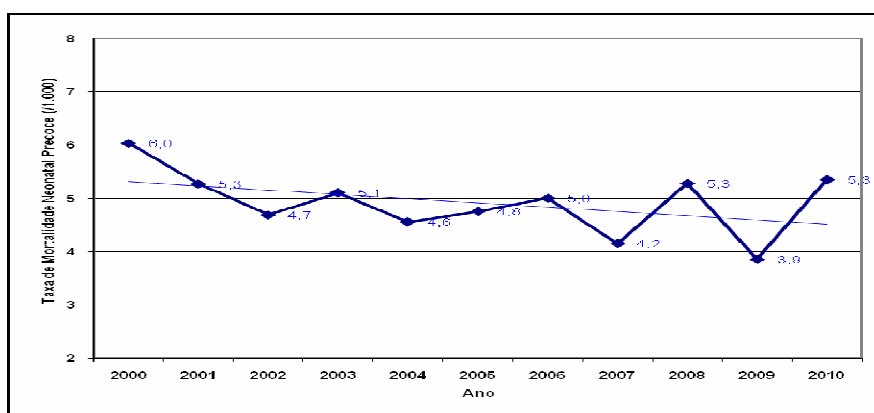
Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA

Durante a última década a queda mais significativa dos óbitos infantis ocorreu no período pós-neonatal (de 28 a 364 dias de vida), com redução da Taxa de Mortalidade de 6,5 em 2000 para 3,7 em cada mil nascimentos (Figura 22). Também houve redução do número de óbitos neonatais precoces (<7 dias de vida) e neonatais (<28 dias), com tendência de queda de Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (Figura 23), e da Taxa de Mortalidade Neonatal (Figura 24). Por essas razões, houve um aumento proporcional dos óbitos relacionados à prematuridade e às malformações congênitas. Em 2010, em 48% dos óbitos infantis o peso de nascimento era inferior a 1500 gramas. O parto prematuro e o nascimento de muito baixo peso têm sido importantes fatores de risco para o óbito infantil e responsáveis por parte significativa da taxa de mortalidade infantil em Porto Alegre. A sobrevivência das crianças nascidas com peso inferior a 1500g foi inferior a 70% em 2008, com taxas de mortalidade que superam 300 a cada mil nascimentos. As malformações foram a causa básica do óbito em 30% dos óbitos ocorridos em 2010.

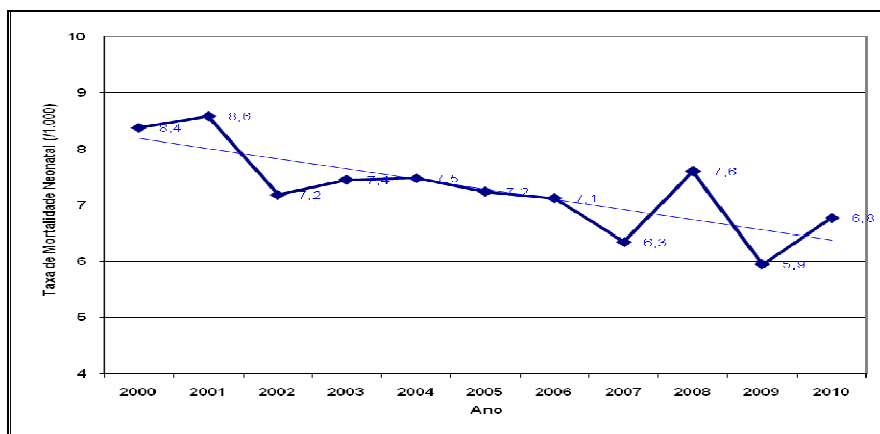


**Figura 23 Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010.**

Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.



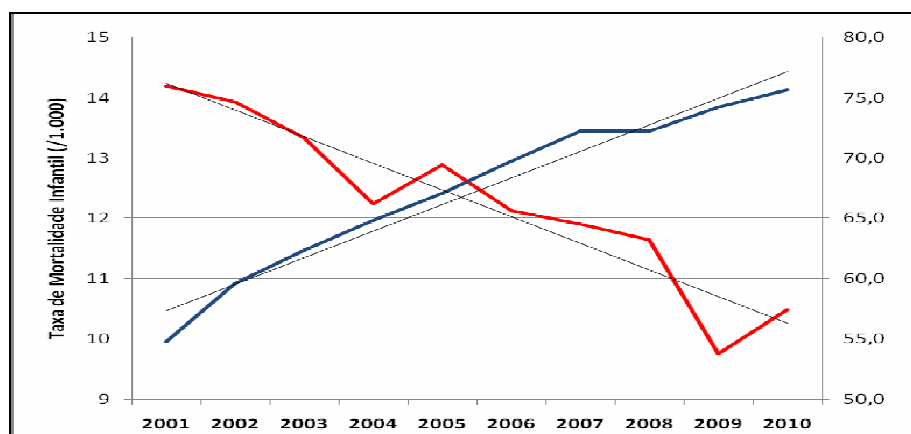
**Figura 24 Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010.** Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.



**Figura 25– Taxa de Mortalidade Neonatal (/1.000) em Porto Alegre, 2000 a 2010.**

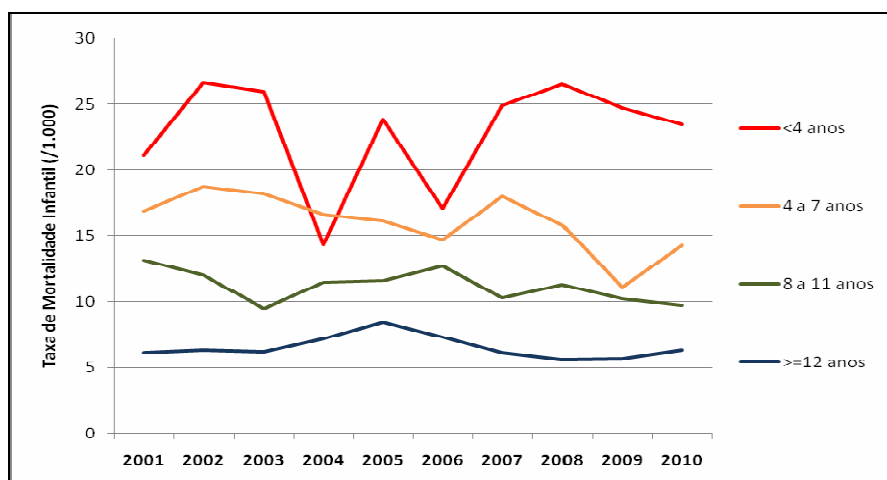
**Fonte: SIM e SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.**

A redução da mortalidade infantil em Porto Alegre está inversamente associada ao aumento da escolaridade das mães observada nos últimos anos (Figura 26). A proporção de mães com 8 anos ou mais de estudo aumentou de 55% para 75,6% de 2001 a 2010. De forma constante, o menor número de anos de estudo se associou a maior Taxa de Mortalidade Infantil (Figura 27). Entre as crianças nascidas de mães com menos de 4 anos de estudo, a mortalidade atinge mais de 20 óbitos a cada mil nascimentos. Para as crianças de mães com 4 a 7 anos de estudo, a TMI supera 15 por mil. Inversamente, a mortalidade infantil de mães com escolaridade de 12 ou mais anos, foi inferior a 8 por mil nos últimos anos.



**Figura 26– Taxa de Mortalidade Infantil e proporção de nascidos vivos de mães com escolaridade maior ou igual a 8 anos (%) em Porto Alegre, 2000 a 2010.**

**Fonte: SINASC/EEV/CGVS/SMS/PMPA.**



**Figura 27– Escolaridade materna e Taxa de Mortalidade Infantil em Porto Alegre, 2000 a 2010.**

Fonte: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Em relação à raça/cor não há nos últimos anos diferença na Taxa de Mortalidade Infantil entre as crianças negras e brancas (Tabela 135). A comparação da Taxa de Mortalidade Infantil em 2010 entre as Gerências Distritais variou de 6,4 óbitos infantis para cada mil nascimentos na Gerência Distrital Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas para 14,0 na Partenon-Lomba do Pinheiro (Tabela 136). Ao longo da década destaca-se a significativa queda da TMI na Gerência Distrital Restinga-Extremo Sul de mais de 20 em 2001 para valores inferiores a 10 por mil nascimentos nos dois últimos anos.

Tabela 133– Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000) em Porto Alegre por raça/cor, 2001 a 2010.

<b>Raça/cor</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Branca	13,4	13,9	13,7	12,2	12,6	11,6	11,8	11,4	9,8	10,1
Negra	14,3	14,1	11,4	12,1	13,9	14,3	12,1	11,9	9,5	9,0
<b>Total</b>	<b>14,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,3</b>	<b>12,2</b>	<b>12,9</b>	<b>12,1</b>	<b>11,9</b>	<b>11,6</b>	<b>9,8</b>	<b>10,5</b>

Fonte: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Tabela 134– Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000) em Porto Alegre por Gerência Distrital, 2001 a 2010.

<b>Gerência distrital</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Centro</b>	9,3	11,5	10,7	6,8	8,1	9,9	10,0	9,3	6,6	7,9
<b>Noroeste Humaitá Navegantes Ilhas</b>	15,2	17,2	9,5	13,7	14,2	13,2	9,9	10,7	9,8	6,4
<b>Norte Eixo Baltazar</b>	16,8	13,3	15,6	15,1	16,1	12,3	15,3	12,4	8,1	10,1
<b>Leste Nordeste</b>	14,2	17,1	13,5	10,9	12,1	11,8	8,9	11,3	12,8	10,6
<b>Glória Cruzeiro Cristal</b>	15,1	13,6	16,9	12,5	15,3	10,5	15,0	13,3	9,4	12,8
<b>Sul Centro - Sul</b>	11,1	11,2	12,8	14,4	8,3	9,6	8,2	6,9	11,4	11,4
<b>Partenon Lomba do Pinheiro</b>	13,2	14,1	13,3	10,5	16,1	14,3	12,4	16,5	10,9	14,0
<b>Restinga Extremo Sul</b>	21,4	16,8	17,3	17,8	11,8	16,0	13,0	13,2	6,8	8,9
<b>Ignorado</b>	12,5	8,3	6,1	2,4	11,0	13,9	23,1	10,5	12,3	12,2
<b>Porto Alegre</b>	<b>14,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,3</b>	<b>12,2</b>	<b>12,9</b>	<b>12,1</b>	<b>11,9</b>	<b>11,6</b>	<b>9,8</b>	<b>10,5</b>

Fonte: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA

Para 2011, há expectativa de uma TMI inferior a 9,5 por mil nascimentos. Dados provisórios demonstraram uma Taxa de 9,2 no primeiro semestre do corrente ano e 9.815 nascimentos e 90 óbitos infantis TMI 9,2 82 fetais TMF 8,4

**Tabela 135– Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000) em Porto Alegre no primeiro semestre, 2001 a 2011.**

<b>Semestre</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011*</b>
Primeiro	15,3	13,2	14,0	10,6	11,2	13,6	11,7	11,2	9,0	11,4	9,2
Segundo	13,0	14,7	12,7	14,0	14,6	10,6	12,2	12,1	10,5	9,5	
<b>Total</b>	<b>14,2</b>	<b>13,9</b>	<b>13,3</b>	<b>12,2</b>	<b>12,9</b>	<b>12,1</b>	<b>11,9</b>	<b>11,6</b>	<b>9,8</b>	<b>10,5</b>	

Fonte: SIM/SINASC/EVV/CGVS/SMS/PMPA

\* Provisório.

Os dados mostrados acima indicam que a manutenção da TMI em valores inferiores a 10 óbitos para cada 1000 nascimentos se relaciona principalmente com modificação das condições sócio-econômicas das famílias, em particular o aumento do nível de escolaridade das mulheres. O aprimoramento do acesso precoce ao diagnóstico da gravidez e à assistência pré-natal, e da capacidade assistencial às condições das intercorrências da gestação auxiliar na redução do trabalho de parto prematuro e no nascimento pré-termo.

## **16 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS**

### **16.1 Saúde da População Negra**

Cabe destacar que a Área Técnica de Saúde da População Negra busca institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do município. Por tanto sua principal estratégia é o reforço contínuo e permanente do princípio organizativo e transversal junto a demais políticas e setores desta secretaria. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatem a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida.

Com isto vale a pena salientar que as descrições de ações para a população negra estarão contidas em diferentes análises de diferentes setores desta secretaria.

As análises segundo raça/cor, referentes a AIDS, Sífilis, Tuberculose, Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna e Violência, serão descritas devidamente nas análises de cada área técnica correspondente, no relatório anual, apresentando assim, a transversalidade que a temática requer.

No terceiro trimestre de 2011, o Grupo de Trabalho de Doença Falciforme, finalizou a elaboração dos textos para a Carteira dos Usuários com Doença Falciforme. Esta carteira tem como objetivo apoiar o usuário ao acesso no serviço de saúde, como também com informações básicas para o acolhimento eficaz as pessoas com Doença Falciforme. A carteira foi apresentada no Seminário Doença Falciforme: conhecer para tratar melhor, realizado pela Secretaria de Saúde e Assembléia Legislativa. A confecção da Carteira esta em fase de licitação para impressão. Este é um dos encaminhamentos para atingir a meta do PMS relacionada à Doença Falciforme.

Ainda é necessário vários encaminhamentos para o término do protocolo em Doença Falciforme do município, entretanto passos importantes têm sido feitos para o alcance do resultado esperado.

Em relação à meta de Qualificação dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia em 80% até 2013; é possível informar que já alcançamos o mínimo de 80% na coleta segundo raça/cor. E a publicização dos dados esta prevista para janeiro de 2012.

A meta que diz respeito à Ampliação de dois para quatro Quilombos atendidos pela ESF até 2013, esta sendo construída. Um dos Quilombos é o dos Alpes que esta na gerência distrital Glória Cruzeiro Cristal, que têm como proposta criar uma ESF na região dos Alpes, entretanto ainda existe uma divergência com a comunidade dos moradores desta região que não desejam converter a US Alpes para ESF, diferentemente do Quilombo que entende que a ESF pode melhorar a qualidade da saúde do Quilombo. Em relação ao Quilombo Silva, a ESF IAPI esta inclui na sua área de atuação o Quilombo Silva, que será cadastrado.

Referente a outras metas previstas no plano no que tange a saúde da população negra, processos de trabalho estão sendo construídos, através de reuniões, elaboração de projetos, construção parcerias, sempre pautada pela transversalidade com outras áreas com o objetivo de efetivação de metas.

## **16.2 Saúde da População Indígena**

Conforme já foi informado em relatórios anteriores, em decorrência do atendimento dos povos indígenas ser nos serviços da rede básica de saúde os dados de produção ficam misturados com os dados totais de cada serviço. Quanto à cobertura vacinal, segundo o calendário de vacinação indígena, encerra-se no final do ano.

Em setembro, elaborou-se o Projeto de Implantação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) para o atendimento dos povos Kaingang e Charruas de Porto Alegre, a ser encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação.

## **16.3 Saúde da População Prisional**

Com a instalação das 03(três) equipes de saúde prisional,sendo 02 (duas) equipes no Presídio Central de Porto Alegre e 01(uma) Penitenciária Feminina Madre Pelletier, efetivam-se as atividades de atenção pelos profissionais, cujos atendimentos e procedimento vem sendo adequado conforme as orientações e regras de um estabelecimento prisional. Isto é, as equipes estão em um processo de adaptação da ação profissional considerando as normas de segurança, manejos e o reconhecimento dos sistemas e fluxos da Rede dos serviços de saúde municipal .

Atualmente as unidades de saúde prisional, já tem estabelecido os fluxos para recebimento de medicamentos, material de enfermagem, de consumo e outros, via a SMS .As unidades também acessam suas consultas especializadas , via sistema AHGOS, foi oportunizado a membros das equipes a inscrição para participação em capacitações destinadas as equipes da Rede, como na área de DST/AIDS e Saúde da Mulher.

Com vistas a melhoria e qualificação do atendimento, foi definido em reunião junto a representação do Ministério Público Estadual e esta SMS, a habilitação de mais 01(uma) equipe de saúde prisional para o PCPA, assim como o estudo de projeto arquitetônico para ampliação e reformas das dependências do PFMP.

Quadro 15- atendimentos Presídio Central – 3º Trimestre

AREAS DE ATENDIMENTO	JUL	AGO	SET	TOTAL
MÉDICA	1168	1103	850	3121
ENFERMAGEM	4393	5286	4604	14283
ODONTOLOGIA	229	305	299	833
PSIQUIATRIA	77	98	83	258
PSICOLOGIA	201	193	199	593
SERVIÇO SOCIAL	209	201	189	599
RADIOLOGIA	675	590	464	1729
Laudos Médicos	95	95	70	260

Quadro 16 atendimentos Presídio Feminino Madre Pelletier -3º Trimestre

AREAS DE ATENDIMENTO	JUL	AGO	SET	TOTAL
MÉDICA	709	471	539	1719
ENFERMAGEM	851	588	487	1926
ODONTOLOGIA	177	150	138	465
PSIQUIATRIA	75	Não informado	Não informado	75
PSICOLOGIA	98	103	93	294
SERVIÇO SOCIAL	97	97	90	284
Laudos Médicos	Não informado	7	5	12

Quadro 17 atendimentos 2º e 3º Trimestres Presídio Central

ATENDIMENTOS	TOTAL 2TRI	TOTAL 3TRI	Varição
MÉDICA	3010	3121	111
ENFERMAGEM	16493	14283	-2210
ODONTOLOGIA	711	763	52
PSIQUIATRIA	224	258	32
PSICOLOGIA	621	593	-28
SERVIÇO SOCIAL	640	599	-41
RADIOLOGIA	2132	1729	-403
LAUDOS	142	260	118

Quadro 18 Atendimentos 2º e 3º Trimestres Presídio Feminino Madre Pelletier

<b>ATENDIMENTOS</b>	<b>TOTAL 2º TRIM</b>	<b>TOTAL 3º TRIM</b>	<b>Varição</b>
<b>MÉDICA</b>	1678	1719	41
<b>ENFERMAGEM</b>	2363	1926	-437
<b>ODONTOLOGIA</b>	539	465	-74
<b>PSIQUIATRIA</b>	174	75	-99
<b>PSICOLOGIA</b>	280	294	14
<b>SERVIÇO SOCIAL</b>	300	284	-16
<b>LAUDOS</b>	50	12	-38

### **17 CONTROLE SOCIAL:**

O Conselho Gestor da HMIPV se reúne mensalmente, na primeira segunda-feira de cada mês, com a presença de representantes dos gestores, trabalhadores e usuários, para discutir e votar assuntos de relevância, tanto na área assistencial quanto na área administrativa, para o hospital e para a comunidade usuária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório de Gestão do 3º 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.

Engajada nesta nova filosofia de trabalho, um número maior de equipes relacionou as informações do relatório de gestão com as metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde.

Na estrutura da sede da SMS, a Assessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA) e a Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária à Saúde (CGRAPS) sofreram alterações em suas conformações organizacionais, a partir em 15 de agosto. Todas as áreas técnicas passaram a compor a estrutura da CGRAPS. De outra forma, a ASSEPLA passou a assumir as atribuições específicas de assessoria de planejamento, avaliação e monitoramento em Saúde de todos os setores da SMS, visando dar maior direcionalidade ao processo de consolidação do SUS.

A justificativa é a constatação empírica/prática de que a CGRAPS coordena também a organização do funcionamento dos serviços especializados ambulatoriais extra-hospitalares próprios, bem como de que as áreas técnicas atuam na organização e condução executiva das políticas municipais junto aos serviços de APS e especializados do município.

O acréscimo no número de profissionais contratados, as nomeações e concursos seguintes realizadas corroboram para a ampliação do número de servidores efetivos, considerando a ampliação e consolidação da rede assistencial do SUS na Capital.

A ampliação do quadro efetivo de profissionais na SMS é desafio permanente e, neste sentido, a gestão está empenhada a ampliar o quadro de pessoal em conformidade com a necessidade técnica dos serviços de saúde e das necessidades de saúde apresentadas pela população.

Nesse trimestre, destacamos importantes avanços no processo de integração ensino-serviço, entre os quais destacam-se: a consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço como instância coordenadora das ações de ensino-pesquisa-assistência na SMS; a instituição do Distrito Docente-Assistencial na região Humaitá Navegantes Ilhas, como território de referência para o Centro Universitário Metodista, dos Distritos Docentes Assistenciais Leste-Nordeste com a Pontifícia Universidade Católica, Glória-Cruzeiro-Cristal com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Partenon/Lomba do Pinheiro com a Escola de Saúde Pública;

Destaca-se ainda a implantação do Distrito Docente-Assistencial Norte/Eixo-Baltazar com Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre e do avanço no comprometimento desta Universidade com o processo de integração no Centro de Saúde Santa Marta.

Pode-se inferir, também, que na perspectiva de informatização em toda a rede assistencial e de gestão da SMS 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.

As doenças transmissíveis permanecem como grandes desafios a serem enfrentados como a **AIDS, Tuberculose e a Sífilis Congênita.**

Destacou-se também neste relatório a análise da Mortalidade Infantil referente ao ano de 2010. Registrou-se em relação a 2009 um pequeno aumento, mas modificação da tendência de queda verificada nos últimos anos. De 2000 a 2010 a queda na Taxa de Mortalidade Infantil foi de cerca de 30%. A redução da mortalidade infantil em Porto Alegre está inversamente associada ao aumento da escolaridade das mães observada nos últimos anos.

A comparação da Taxa de Mortalidade Infantil em 2010 entre as Gerências Distritais variou de 6,4 óbitos infantis para cada mil nascimentos na Gerência Distrital Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas para 14,0 na Partenon-Lomba do Pinheiro. Ao longo da década destaca-se a significativa queda da TMI na Gerência Distrital Restinga-Extremo Sul de mais de 20 em 2001 para valores inferiores a 10 por mil nascimentos nos dois últimos anos.

Para 2011, há expectativa de uma TMI inferior a 9,5 por mil nascimentos. Dados provisórios demonstraram uma Taxa de 9,2 no primeiro semestre do corrente ano e 9.815 nascimentos e 90 óbitos infantis TMI 9,2 82 fetais TMF 8,4

Os dados mostrados acima indicam que a manutenção da TMI em valores inferiores a 10 óbitos para cada 1000 nascimentos se relaciona principalmente com modificação das condições sócio-econômicas das famílias, em particular o aumento do nível de escolaridade das mulheres. O aprimoramento do acesso precoce ao diagnóstico da gravidez e à assistência pré-natal, e da capacidade assistencial às condições das intercorrências da gestação auxiliar na redução do trabalho de parto prematuro e no nascimento pré-termo.

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.

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 N° 937 - CONEP/ CNS/ MS e seus membros designados pelas portarias N° 374, N° 558 e N° 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	Nº PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA (h/a)	Nº DE PARTIC. * CARGA HORÁRIA
1	Humaniza SUS – Construindo uma Porto Alegre mais saudável	ASSEPLA	29	04	116
2	Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos	CGRAPS / CS Bom Jesus	26	02	52
3	Seminário de Implantação Apoio Matricial e NASF	CGRAPS/ Comissão de Implantação / GD PLP	38	04	152
4	Abordagem Cognitivo Comportamental no Controle do Tabagismo	CGRAPS/Programa de Controle do Tabagismo	43	04	172
5	Capacitação de Técnicos de Enfermagem em tópicos em saúde da mulher	CGRAPS/Saúde da Mulher	232	08	1856
6	Aleitamento materno e humanização da assistência, porquê?	CGRAPS/Saúde Nutricional	116	03	348
7	Capacitação em Salas de Vacinas	CGVS	18	24	432
8	Encontro Coordenação de Urgências	Coordenação Urgências	15	02	30
9	Seminário de Matriciamento – Leste	GD LENO	32	04	128
10	Seminário de Matriciamento – Nordeste	GD LENO	37	04	148
11	Triagem Visual	GD LENO	27	03	81
12	Sensibilização e Acolhimento para Ingressantes na GD PLP	GD PLP	30	04	120
13	Descentralização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/HIV/AIDS	GD PLP / CGRAPS	77	28	2156
14	Oficina de Teatro para trabalhadores	GD PLP e SMC – Oficinas Descentralizadas de Cultura / GD PLP	10	16	160
15	P/Agentes de Saúde “Hepatites”	GD RES	19	03	57
16	P/Aux. Enfermagem “Lesões Comuns em Dermatologia”	GD RES	08	03	24
17	P/Aux. Enfermagem “Vacinas”	GD RES	15	04	60
18	P/Agentes de Saúde “Uso abusivo de álcool e Drogas”	GD RES E AHMV	37	04	148
19	P/Agentes de Saúde “Notificações”	GD RES E CGVS	30	04	120
20	P/Aux. Enfermagem “Teste do Pezinho”	GD RES e Serv. Triagem Neonatal	20	04	80
21	P/Agentes de Saúde “Justiça Restaurativa”	GDRES	30	03	90
22	P/Agentes de Saúde “Saúde Bucal”	GDRES E AHMV	27	03	81

23	Seminário Humanização	GTH/HPS	20	02	40
24	24º Curso de Aleitamento Materno	HMIPV	50	20	1000
25	Curso de Capacitação para Coordenadores de Programa de Cessaçao do Tabagismo	HMIPV	30	06	180
26	Encontro Científico: Ética Em Pesquisa	HMIPV	47	01	47
27	Encontro Científico: Uso Racional Do Sangue	HMIPV	50	02	100
28	Jornada Comemorativa pelo Dia do Psicólogo Psicologia: Práticas, Pesquisa E Reflexões	HMIPV	68	08	544
29	Aula Fluxo de Encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa	HPS/DirCientifica	35	02	70
30	Capacitação Risco Biológico	HPS/DirCientifica	20	01	20
31	Curso Atualização em Trauma e Emergências – Modulo I	HPS/DirCientifica	54	10	540
32	Curso Atualização em Trauma e Emergências – Modulo II	HPS/DirCientifica	62	10	620
33	Curso Básico de Primeiros Socorros - Agosto	HPS/DirCientifica	56	06	336
34	Discussão de óbito (mensal)	HPS/DirCientifica	20	02	40
35	Tele Conferência Residência Cirurgia Geral (ultima quarta-feira do mês)	HPS/DirCientifica	20	02	40
36	Tele Conferência Fisioterapia	HPS/DirCientifica /Fisioterapia	10	02	20
37	Capacitação Higienização Hospitalar	HPS/Equipe de Higienização	15	02	30
38	Apresentação Sistema de Materiais	HPS/Equipe de Material	15	02	30
39	Avaliação da Dor-5º sinal Vital	HPS/NEPEnf	33	1,5	49,5
40	Curativo- Acesso Venoso Central	HPS/NEPEnf	27	01	27
41	Curso de Primeiros Cuidados aos Acidentes Domiciliares	HPS/NEPEnf	15	01	15
42	Curso Punção Guiada por Ultrassom	HPS/NEPEnf	15	02	30
43	Descarte de Resíduos Sólidos	HPS/NEPEnf	06	01	06
44	Estudo de Caso-TCE	HPS/NEPEnf	04	0,5	02
45	Estudo de Caso-TRM	HPS/NEPEnf	04	0,5	02
46	Higiene Oral – Cuidado de Enfermagem	HPS/NEPEnf	07	01	07
47	Síndrome de Bournout	HPS/NEPEnf	08	01	08
48	Treinamento Acesso Venoso – Bomba Injetora	HPS/NEPEnf	20	02	40
49	Uso de Novas Coberturas	HPS/NEPEnf	06	01	06
50	Capacitação Nutrição	HPS/Nutrição	15	01	15
51	Seminário de Técnicas	HPS/Radiologia	20	02	40

	Radiológicas				
52	Aula Enfermagem UTI do Trauma	HPS/UTI- Enfermagem	08	01	08
53	Seminário Situação de Rua e Saúde Mental: Construindo Ações Integradas Para a Política de Atendimento	Inter Rua/Grampal em parceria com SMS / GD PLP	12	12	144
54	Workshop Via-Aérea Difícil	NEP SAMU / Dir Científica/HPS	34	02	68
55	Capacitação Motorista SAMU	SAMU	30	03	90
56	Capacitação Técnicos Enfermagem SAMU	SAMU	30	03	90
	TOTAL		1782		10915,5

## ANEXO II – ROTEIRO DE ACOLHIMENTO

### CAPSES

#### ÁREA TÉCNICA SAÚDE MENTAL

#### PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS

#### ROTEIRO DE ACOLHIMENTO

Redutor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

[1] Usuário [2] Familiar [3] Outros

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** [M] [F]

**Gestante:** [Sim] [Não]

**Etnia:** [ 1 ] Pardo [ 2 ] Negro [ 3 ] Branco [ 4 ] Indígenas [ 5 ] Mulato

[ 6 ] Cafuzo [ 7 ] Caboclo

Anos de estudo: \_\_\_\_\_

**Grau de Instrução:** [ 1 ] primeiro grau [ 2 ] segundo grau [ 3 ] terceiro grau

[ 1 ] Completo [ 2 ] Incompleto

**Reside com a família:** [Sim] [Não]

**Pessoa em situação de Rua:** [Sim] [Não]

**Orientação sexual:** [ 1 ] Homossexual [ 2 ] Heterossexual [ 3 ] Transexual [ 4 ]

Bissexual [ 5 ] Travesti

**Profissional do sexo:** [Sim] [Não]

**Doenças:** [ 1 ] HIV/Aids [ 2 ] HCV [ 3 ] HBV [ 4 ] TB [ 5 ] DSTs [ 6 ] Diabetes

#### **Gerência Distrital de Abordagem:**

[ 1 ] Centro [ 2 ] Glória/Cruzeiro/Cristal [ 3 ] Leste/NE [ 4 ] Noroeste Humaitá –

Navegantes ilhas [ 5 ] Norte – Eixo Baltazar [ 6 ] Partenon/Lomba do Pinheiro

[ 7 ] Restinga – extremo sul [ 8 ] Sul/Centro sul

#### **Gerência Distrital de Moradia:**

[ 1 ] Centro [ 2 ] Glória/Cruzeiro/Cristal [ 3 ] Leste/NE [ 4 ] Noroeste Humaitá –

Navegantes ilhas [ 5 ] Norte – Eixo Baltazar [ 6 ] Partenon/Lomba do Pinheiro

[ 7 ] Restinga – extremo sul [ 8 ] Sul/Centro sul [ 9 ] Outras cidades

#### **Local da Intervenção:**

[ 1 ] Rua [ 2 ] PSF/ESF [ 3 ] UBS [ 4 ] CAPS [ 5 ] Hospital

#### **Intervenções:**

[ 1 ] Abordagem face a face [ 2 ] Acolhimento/Aconselhamento [ 3 ] Trabalho em

Grupo [ 4 ] Terapia Comunitária

**Consome alguma droga:**

<b>DROGA</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>TEMPO</b>	<b>MODO DE CONSUMO</b>
<b>[ 1 ] TABACO</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	
		[ 4 ] mais de 5 anos	
<b>[ 2 ] MACONHA</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	
		[ 4 ] mais de 5 anos	
<b>[ 3 ] ÁLCOOL</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	
		[ 4 ] mais de 5 anos	
<b>[ 4 ] COCAÍNA</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	[ 1 ] Cheira
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	[ 2 ] Injetavel
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	
		[ 4 ] mais de 5 anos	
<b>[ 5 ] CRACK</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	[ 1 ] na latas
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	[ 2 ] no Cachimbo
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	[ 3 ] com outros materiais
		[ 4 ] mais de 5 anos	
<b>[ 6 ] ÓXI</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	[ 1 ] na lata
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	[ 2 ] no Cachimbo
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	[ 3 ] com outros

			materiais
		[ 4 ] mais de 5 anos	
<b>[ 7 ] PITICO</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	[ 1 ] na lata
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	[ 2 ] no Cachimbo
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	[ 3 ] com outros materiais
		[ 4 ] mais de 5 anos	
<b>[ 8 ] ANFETAMINA</b>	[ 1 ] todos os dias	[ 1 ] menos de 1 mês	
	[ 2 ] 1 a 5 vezes na semana	[ 2 ] de 1 mês a 12 meses	
	[ 3 ] 1 a 5 vezes no mês	[ 3 ] de 1 ano a 5 anos	
		[ 4 ] mais de 5 anos	

## ENCAMINHAMENTOS

### Estabelecimentos:

- [ 1 ] Abrigos/Albergues/Casa de convivência [ 2 ] Clínicas/Hospitais  
 [ 3 ] Comunidade Terapêutica [ 4 ] Grupos de Apoio (AA/NA/AE)  
 [ 5 ] Unidade Básica de Saúde [ 6 ] ESF [ 7 ] CAPS-AD [ 8 ] SAE  
 [ 9 ] CTA (DST/HIV/Aids) [ 10 ] Saúde Mental Emergência Psiquiátrica  
 [ 11 ] Terapia Comunitária

### Ações:

- [ 1 ] Busca Ativa/Parceria [ 2 ] Laboratório – Exames [ 3 ] Testagem  
 [ 4 ] Outros Eventos e Atividades [ 5 ] Visitas Domiciliares  
 [ 6 ] Nova abordagem face a face [ 7 ] Vacinação

### DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS:

- [ 1 ] Preservativo  
 [ 2 ] Folders  
 [ 3 ] Protetor labial

## **ANEXO III –RELATÓRIO PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS (meta 100 do PAS)**

A equipe do Programa de Redução de Danos conta atualmente com oito agentes Redutores de danos e um Coordenador.

No terceiro trimestre de 2011 a equipe do PRD realizou as seguintes atividades:

### **1. Mapeamento das cenas de uso de álcool e outras drogas nas Gerencias Distritais Centro e Glória/Cruzeiro/Cristal**

O mapeamento tem como objetivo observar e identificar as cenas de uso de álcool e outras drogas, as demandas e necessidades dos usuários para o planejamento das ações de Redução de Danos em campo, de acordo com a realidade de cada território.

#### **Mapeamento da GD Centro**

Horários: manhã, tarde e noite

Tipo de drogas: álcool, tabaco, maconha, loló, cocaína e crack

Maior consumo: álcool e crack

Total de cenas de uso: 16

#### **Cenas de uso:**

Praça do Rosário, Alfândega, Praça XV, Gasômetro, Parque Harmonia, Viaduto da Conceição (Voluntários da Pátria, Farrapos e Alberto Bins), Rodoviária, Ferroviária Vila dos Papeleiros (Muro da Ferroviária e Comércio), Gaspar Martins (Centro de Convivência Ilê Mulher), Albergue Municipal (Tabajaras/ fluxo de usuários de drogas não aceitos no abrigo), Praça Pinheiro Machado, Ponte do Guaíba (em todas as pontes, próximo ao Albergue Felipe Diel), Viaduto da Silva Só, Viaduto Loureiro da Silva, Parque da Redenção

#### **Mapeamento Gerencia Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal**

Horários: tarde e início da noite, Tipo de drogas: álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack, Maior consumo: crack, Total de cenas de uso: 20

#### **Cenas de uso:**

##### **Glória**

Renascença, Embratel, 1º de Maio, Cascatinha, Alpes, Canudos, Morro da Polícia

##### **Cruzeiro**

Barracão, Orfanatório, Formiga, Beco do Sorriso, Otávio de Souza, Tronco, 27 Moabi Caldas

##### **Cristal**

Ecológica Vínculo CRAS Cristal, Pedreira, Divisa, Resbalo, Icaraí I, Icaraí II

**Ações de Redução de Danos e Matriciamento: GD Partenon/Lomba do Pinheiro e GD Restinga**

Atividades do Agente Redutor de Danos no Apoio Matricial:

**Na Dimensão assistencial:**

Acolhimento/Acompanhamento e Encaminhamento

Repertórios de cuidado/Plano Terapêutico

Busca Ativa e Visitas Domiciliares

**Na Ação técnico-pedagógica:**

Sensibilização e participação na Capacitação das Equipes da Estratégia de Saúde da Família

**Gerencia Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro:**

Grupo de Terapia Comunitária para usuários de álcool e outras drogas:

Total de grupos: 13 grupos

Usuários participantes: 39 usuários

Média de participantes: 8 usuários

Grupo de Terapia Comunitária para familiares de usuários de álcool e outras drogas:

Total de grupos: 13 grupos

Média de participantes: 5 usuários

Familiares participantes: 27 participantes

Usuários acompanhados em visitas domiciliares: 7 usuários

Triagem para Encaminhamento para Comunidades Terapêuticas: 1 usuário

**Gerência Distrital Restinga**

Grupo para usuários dependentes de álcool e outras drogas:

Total de grupos: 13 grupos

Média de participantes: 10 usuários

Grupo de Terapia Comunitária para usuários de álcool e outras drogas:

Total de grupos: 13 grupos

Média de participantes: 22 usuários

Acolhimento: 60 usuários

Busca Ativa de usuários: 5 usuários

Encaminhamento para Comunidades Terapêuticas: 1 usuário

Visitas domiciliares: 3 usuários

Orientação e encaminhamento para vacinas e testagem: 43 usuários