



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



SECRETARIA TÉCNICA

PARECER TÉCNICO

INTERESSADO: Conselho Municipal de Saúde		UF/MUNICÍPIO RS/POA
AVALIADOR: Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde		
DATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA: 04 e 11 dez/2013; 8 e 22 jan; 12 e 26 fevereiro/2014		
ASSUNTO: Relatório de Gestão do 2º quadrimestre de 2013		
ENTIDADE: Secretaria Municipal de Saúde		
PARECER Nº: 49/13	APRESENTAÇÃO: 1) Completa > sim 2) Dentro do Prazo > sim	AVALIAÇÃO :

I - RELATÓRIO

Para responder à consulta, nossas análises levaram em consideração a Resolução 36/2004 que determina prazos e conteúdos dos Projetos e Ações em Saúde para o município de Porto Alegre. Nesse sentido, o Relatório em análise foi entregue ao CMS em 01/10/2013. O documento foi analisado através da distribuição de capítulos entre os membros da SETEC, que trouxeram suas considerações para as reuniões, as quais sempre foram acompanhadas e debatidas com a participação da representante da SMS na SETEC. O parecer a seguir apresentado não enfatizará os aspectos descritivos do Relatório, e sim a análise e apontamento dos aspectos relevantes, que mereçam destaque. Assim, a análise dos documentos apresentados permitiu as seguintes considerações:

1. no capítulo da **Apresentação**, são feitas considerações a respeito do processo de reestruturação das Regiões de Saúde no Estado, buscando atender os dispositivos do Decreto 7508/2011. É informado também o processo de discussão e formulação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) previsto na referida legislação, e que está em curso na 10ª Região, da qual Porto Alegre faz parte. É referida a redistribuição da oferta de ecografias obstétricas, no processo de regionalização intramunicipal. É reafirmada a importância da PAS 2013 como ferramenta de acompanhamento e análise do Relatório de Gestão, o qual, por sua vez, representa o principal instrumento para qualificar a gestão da saúde e o exercício do controle social.
2. No capítulo sobre **Organização e funcionamento da SMS** é informada nova alteração da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, publicada no mês de maio.
3. No capítulo sobre **Participação em instâncias colegiadas** são apresentadas as representações em todas as instâncias de gestão municipal e regional do SUS, bem como as de caráter intersetorial.
4. No capítulo sobre **Habilitação a recursos** é informado que não houveram novas habilitações no período em análise.
5. No capítulo sobre **Gestão na Saúde** o Quadro 1 apresenta as metas da PAS 2013 relativas ao planejamento em saúde, onde, em relação à meta 106 "Assessorar 100% das coordenações, assessorias e Gerências Distritais para o Planejamento do SUS" constam as diversas ações realizadas, destacando-se as dificuldades encontradas nas GD RES e NHNI, com uma única reunião para a retomada dos trabalhos do Comitê Municipal de Humanização em agosto e a previsão de capacitações em planejamento para novembro. Sobre a meta 107 "Acompanhar 100% das metas da Programação Anual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde", constam que as metas da PAS e do PMS foram acompanhadas quando da elaboração do relatório de gestão do 1º quadrimestre. Sobre a **Gestão do trabalho em saúde**, na caracterização da Força de Trabalho, são apresentadas as metas da PAS 2013 no Quadro 2, onde é possível verificar que em relação à meta 88 "Nomear 10 cargos de Auxiliar de Farmácia", a mesma ainda não foi alcançada, pois o Projeto de Lei de criação dos cargos



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



não foi enviado para a Câmara de Vereadores, aguardando a posição do Conselho de Farmácia em relação à regulamentação dos cargos. Sobre a meta 89 “*Repor 100% das vacâncias geradas por exonerações de servidores municipais*” consta que foi apresentado projeto de redimensionamento de Recursos Humanos para a Secretaria de Administração, o que ressalta-se ainda não foi apresentado ao CMS, conforme solicitado oficialmente e destacado nas recomendações encaminhadas ao Sr. Prefeito em 2012. Na tabela 1, que apresenta o quantitativo de servidores efetivos por nível de cargo, comparativamente ao mesmo período de 2012, verifica-se um decréscimo na ordem de -1,85% no total, sendo identificado esse decréscimo em todos os grupos, denotando que não estão sendo repostos os cargos estatutários. A tabela 2 complementa o conjunto da força de trabalho, informando sobre os trabalhadores não estatutários (CC, Temporários, Terceirizados e ESF), onde há erros no corpo da tabela, não deixando claro o comparativo que, presume-se, seja em relação ao mesmo período de 2012. Observa-se decréscimo de -57,20% dos Contratos Temporários, havendo um aumento na variação de +73,33% na Estratégia de Saúde da Família (IMESF, IC e Hospitais), e +8,30% de trabalhadores com contratos terceirizados. Em relação aos trabalhadores do IMESF, a Tabela 3 especifica o número de ingressantes no órgão, por cargo, no 1º e 2º quadrimestres e o quantitativo total existente, onde salienta-se que o ingresso referido de 11 médicos pelo Programa Mais Médicos ocorreu em setembro, que não corresponde ao período em análise. É informado um total de 1.391 trabalhadores no IMESF, sendo 235 ingressantes no segundo quadrimestre de 2013. Na Tabela 4, que informa sobre o quantitativo de servidores por origem, demonstra-se que, em relação a 2012, houve redução de servidores municipais (-0,51%), da mesma forma que em relação aos servidores municipalizados, onde a redução foi proporcionalmente maior (Estadual -9,52%; Federal -8,19%). Na média geral, a redução correspondeu a -1,85%. É feita referência ao quantitativo de servidores municipalizados que deixam os quadros da SMS em relação ao quantitativo que ingressa. No período, houve o ingresso de 25 novos servidores, ao passo que saíram 79 servidores municipalizados. No entanto, em relação ao mesmo período de 2012, o número de ingressantes municipais também foi menor, caracterizando que a composição do quadro de pessoal da SMS está sendo incrementada por trabalhadores não estatutários. Sobre **Saúde do Servidor** não há referência à implantação do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, decreto nº 7.602 de 07 de novembro de 2011. No Quadro 4 são apresentadas as metas da PAS 2013 onde é informado, em relação à meta 105 “*Incluir 2.000 servidores da Administração Centralizada ainda não contemplados no exame periódico*”, que a mesma ainda não foi executada, sendo mencionada a realização de 136 exames periódicos, sem especificar quais os estabelecimentos contemplados, e se são servidores estatutários. Não há nenhuma referência sobre notificação dos acidentes de trabalho, sendo retirado este item do RG. Da mesma forma ainda não há fluxo junto aos setores de pessoal para encaminhamento de reabilitação e adequações funcionais. Em relação ao **Atendimento funcional**, no Quadro 5 é apresentada a Meta 104 “*Identificar e monitorar 100% dos servidores que solicitem acompanhamento funcional*”, onde não há quantificação dos casos, que permita verificar o cumprimento da mesma, além de que continuam essas ações sendo executadas somente pela GEAF/SMA. Consta no Quadro 6 que há 30 casos em aberto. No Quadro 7 verifica-se que o maior motivo de busca de acompanhamento funcional (29 casos) refere-se a dificuldade de relacionamento no trabalho, seguindo-se a discordância na avaliação do estágio probatório (23 casos), a movimentação de local de trabalho (17 casos) e o sofrimento psíquico (11 casos). Salienta-se que as informações contidas nos quadros 6 e 7 são contraditórias, na medida em que os quantitativos do total de casos atendidos diferem. Também não constam no relatório informações sobre quais os serviços/setores que apresentam maior número de casos de agravos funcionais. O Quadro 8 apresenta o quantitativo de servidores acompanhados por tipo de cargo, onde destacam-se os técnicos e auxiliares de enfermagem, seguidos dos assistentes administrativos, embora não seja informada a relação percentual em relação ao número total de servidores no mesmo cargo, para realizar ações mais específicas. Também não são informados quais os motivos da busca em relação aos tipos de cargos. Ainda é relevante salientar a importância de acompanhamento funcional no local de trabalho, observando o número de atendimentos realizados neste período pela GEAF (103 para toda a SMS), comparando com o atendimento realizado no HMIPV, único serviço da SMS que ainda realiza esta intervenção (372 acompanhamentos, somente servidores do HMIPV). Reitera-se a importância de realizar uma avaliação do modelo de acompanhamento funcional que a SMS elegeu, centralizando os



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



atendimentos dos servidores na SMA. No item sobre **Educação Permanente em Saúde** consta que a pretendida integração entre os dois eixos de ação: *qualificação profissional e integração ensino e serviço* ainda não ocorreu plenamente. No **Eixo Qualificação Profissional** o Quadro 10 apresenta a meta 102 “*Elaborar o Plano de Educação Permanente da SMS assessorando 85% das metas da PAS 2013, nas quais há ações em parceria com o CGADSS*” onde verifica-se, em relação às ações previstas, que as mesmas ocorreram de forma incipiente, estando a maior parte delas em processos de validação, tratativas, etc. É referida a realização do VERSUS, avaliada positivamente em relação às anteriores. As tabelas 8 e 9 informam sobre o número de capacitações e de trabalhadores capacitados no 2º quadrimestre e apresentam um indicador (total de horas de capacitação x trabalhador), cujo significado não fica bem compreendido. Salienta-se que, em relação a 2012, o quantitativo de eventos e trabalhadores envolvidos foi maior nas capacitações promovidas pela SMS, ao contrário do que ocorreu em relação às capacitações oferecidas pela EGP-SMA, onde o quantitativo de vagas ofertadas nem sempre contemplou as necessidades e interesses dos servidores da SMS. A tabela 10 informa que também ocorreu aumento no quantitativo de servidores com afastamento temporário para qualificação profissional. Já em relação à liberação de servidores para estudo em horário de trabalho, os números praticamente se mantêm os mesmos de 2012. Na tabela 13 é apresentado o *índice de horas totais de capacitação pelo número de trabalhadores da SMS e ESF*, indicador que pretende medir os investimentos realizados na qualificação dos profissionais da SMS. Em relação ao mesmo período de 2012, o índice passou de 7h e 39min para 10h e 27min, ressaltando-se que uma avaliação melhor deverá ser feita por ocasião do RAG 2013. Quanto ao **Eixo de Integração Ensino e Serviço** é destacada a aprovação, quase integral, por parte do Ministério da Saúde, dos quatro Projetos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET/Redes de Atenção, do avanço na consolidação do DDA NHNI/IPA e do DDA NEB/GHC/UFCSPA e início das articulações no campo do DDA Sul/Centro-Sul, com o Instituto de Cardiologia (Residência Multiprofissional em Cardiologia) e a UNIRITTER. É informada a elaboração de dois projetos de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) por parte do HPS e HMIPV em parceria com a UFRGS e a ampla divulgação da Resolução 01/2012, que disciplina a entrada de alunos e residentes nos serviços de saúde. No Quadro 11 é apresentada a meta 103 “*Avaliar e encaminhar 100% dos Planos de Atividades de Ensino em Serviço de acordo com os fluxos da Comissão Permanente de Ensino em Serviço e as prioridades da SMS*” onde, através das ações descritas é possível identificar o cumprimento dos objetivos propostos. As informações relativas aos estágios de graduação e pós-graduação e ensino técnico, serão melhor avaliadas no RAG 2013. Em relação à **Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde** o Quadro 12 apresenta a meta 101 “*Implantar um conjunto definido de critérios de humanização, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização, de 47% para 70% dos serviços da SMS*” onde é possível perceber que se mantém a fragilidade dessa política já apontada em análises anteriores. Consta que apenas em meados de agosto, por iniciativa da ASSEPLA, se buscou retomar as atividades do Comitê Municipal de Humanização para reativar as ações dos GTHs. De acordo com o Quadro 13 apenas 2 GTHs realizaram reuniões no quadrimestre, destacando-se o GTH do HMIPV com relato de várias atividades e participação de 17 servidores nas 13 reuniões sistemáticas. Na GD PLP as atividades do GTH reiniciaram em Julho, tendo sido realizadas duas reuniões mensais. A desarticulação dos GTHs foi justificada pela descontinuidade de reuniões do Comitê Municipal de Humanização e pela ausência de coordenação da política de Humanização. No Quadro 14 são apresentadas as ações que contaram com apoio dos GTHs, onde destacam-se novamente o HMIPV e a GD PLP. Consta que isso reflete a situação descrita anteriormente, no entanto aparecem ações desenvolvidas nas GD NEB e NHNI, que não realizaram reuniões dos seus respectivos GTHs no período. Na tabela 22 são descritas ainda *ações com enfoque humanizado* onde, dos GTHs que informaram os dados, predominou a referência às reuniões de equipe (85,93%), realização de oficinas e grupos (72,92%), atividades de educação permanente (70,98%) e o acolhimento (66,29%). Salienta-se que foi apresentado um percentual de realização dessas ações sem que se identifique a base sobre a qual ele está sendo calculado. Na GD PLP são apresentadas algumas ações importantes, como a implantação de acolhimento no Presídio Central e reunião para consolidação de equipe multidisciplinar indígena. Observa-se que o relatório ainda “não permite identificar qual o indicador ou dispositivo da PNH é considerado para o cumprimento da meta, bem como não permite visualizar a distribuição por diretriz entre os serviços”, como já foi apontado em análises anteriores e ainda não sanado neste RG.



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



Sobre a **Ouvidoria do SUS** o quadro 15 apresenta a meta 99 “*Reestruturar 100% da OuvidoriaSUS de Porto Alegre*” sendo considerada 50% da ação atingida, pois está em andamento a estruturação do espaço físico, inclusão da opção 6 no sistema Fala Porto Alegre, mas restrito às demandas da dengue pela situação epidemiológica pré-epidêmica, estando prevista a alteração para opção “saúde” em setembro. Na tabela 23, que descreve os atendimentos da Ouvidoria por fonte, é possível identificar redução geral no número de solicitações (-9,9%) quando comparadas ao mesmo período de 2012, destacando-se o atendimento ao cidadão-156, que recebeu 6.588 ligações (88,48% das demandas) e o atendimento presencial protocolou 469 demandas (6,30%), verificando-se gradativo aumento de busca por outros meios de registro, como ouvidoria SUS, e-mail, serviço de atendimento 115, CAR e facebook. É apresentado, na tabela 24, um aumento significativo no número de solicitações enviadas para CGADSS (200%), Gerência de Regulação de Serviços de Saúde (126%), Pronto Atendimento Restinga (116,7%) e GD RES (104,4%), em comparação com o 2º quadrimestre de 2012. Neste relatório não foi apresentado o quadro dos tipos de demandas recebidas. Como apontado no RG “os números refletem que a ouvidoria atua como um importante marcador da satisfação e aceitação dos cidadãos frente ao perfil das ações, bem como da qualidade e da quantidade de serviços ofertados à população no SUS de Porto Alegre”. No item descritivo da **Assessoria de Comunicação** o Quadro 16 apresenta a meta 100 “*Realizar atividades de comunicação para 100% das ações da Secretaria Municipal de Saúde*” onde é relatado que as ações foram contempladas em consonância com a PAS, com exceção das metas 16, 30, 46, 75 e 76, sendo justificado pela diminuição da equipe técnica no quadrimestre.

6. No capítulo sobre a **Rede de serviços e referências**, inicialmente é descrita a **rede de APS**, onde constam, no Quadro 24, as metas da PAS 2013. Sobre a meta 23 “*Implantar 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)*” consta que estão concluídos NASF nas GD LENO (1), PLP (2), GCC (1), e parcialmente na NEB (1). Em relação a esta meta cabe destacar que no RG do período anterior constou que estavam em processo de contratação via IMESF e chamamento de concurso, os profissionais para comporem as equipes dos NASF. Neste 2º quadrimestre consta como ação realizada “avaliação da necessidade de contratar para compor as equipes”. Como elas ainda não estão completas e implantadas, presume-se que houve uma mudança de rumo de um quadrimestre para o outro. Sobre a meta 24 “*Ampliar a cobertura das Equipes da Estratégia da Saúde da Família de 44% a 50% da população*”, consta que a cobertura no período está em 46%, tendo sido ampliada a partir da construção da nova sede da UBS São José, cuja conversão em USF não tramitou pelo CMS. Em relação à meta 48 “*Ampliar as estratégias de Redução de Danos de 4 para 8 Gerências Distritais*” a mesma não foi operacionalizada, constando apenas capacitações realizadas em julho, o que é questionável, na medida em que existem ainda indefinições sobre a atuação dos profissionais-chave para esse trabalho, isto é, os redutores de danos, além do que o termo de cooperação com centro de formação de redutores de danos da ESP não foi firmado. Dessa forma, questiona-se o dado constante na Tabela 25, que descreve a rede de APS, sobre a situação de funcionamento efetivo do Consultório na Rua do Centro, na medida em que o mesmo deveria contar com a presença de redutores de danos. Na referida Tabela 25 são descritos os serviços por Gerência Distrital, em comparação a 2012, onde é possível identificar a migração de UBS (-5) para USF (+4). De acordo com as informações da Tabela, houve a conversão de 1 UBS na GD SCS, 3 UBS na GD GCC, 1 UBS na GD PLP e 1 UBS na GD RES. Consta ainda a inclusão de mais 1 UBS na GD LENO (inclusão da UBS Vila Fátima no quadro de serviços existentes) e a redução de 1 USF na GD Centro, essa última justificada pela implantação do CR Centro e da desativação de 1 ESF na USF Modelo. Essas novas 4 USF, portanto, são, na maior parte, unidades transformadas de UBS já existentes, não representando exatamente ampliação de cobertura da rede de APS. Consta ainda que em relação às ESF houve uma ampliação de 15 equipes, 16 ESB e 267 ACS. Em relação à ampliação de cobertura assistencial apontada (46%) cabe ainda referir que para esse cálculo foi considerado o total de 3.450 habitantes por equipe, o que não corresponde à realidade, em especial se se levar em conta o padrão adotado pelas 39 equipes do SSC/GHC, onde a população adscrita em cada serviço é bastante inferior. Além disso, destaca-se que para o cálculo de cobertura são contabilizadas todas as equipes da ESF, habilitadas ou não junto ao MS, o que certamente contraria as orientações vigentes. Na Tabela 26 o relatório informa sobre a participação de 12 médicos, e não 11 como foi referido anteriormente, do Programa Mais Médicos nas USF do município, o que também já foi apontado em item acima. Em relação à **rede de serviços de**



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



atenção especializada ambulatorial e substitutiva o quadro 25 apresenta as metas da PAS 2013, onde, em relação à meta 57 “*Redefinir os 8 Centros de Especialidades(CE) existentes*”, cabe inicialmente salientar que há um equívoco no enunciado da meta, na medida em que não existem 8 e sim 6 Centros de Especialidades na cidade, como demonstra o Quadro 26, que descreve essa parte da rede assistencial. Em relação à meta constam apenas tratativas em andamento. Sobre a meta 60 “*Implantar o plano de ação da Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência*”, até a presente data, o referido Plano não foi elaborado ou enviado para aprovação do CMS. Consta apenas a constituição de Grupo Condutor no âmbito do município e da coordenação para a Área Técnica da Pessoa com Deficiência. Contudo, salienta-se a urgência de composição de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para atuar nesta Área Técnica. Não foi realizado o monitoramento e avaliação da rede de saúde às PcD, com a justificativa de que a AT ainda não havia sido constituída. No entanto, aponta-se a possibilidade de iniciar o diálogo intersetorial e o mapeamento a partir dos dados já existentes. Por exemplo, com a SMED, no sentido de identificar as crianças e adolescentes em idade escolar, em escola especial ou em inclusão escolar, assim como os adultos (pessoas acima de 21 anos), desligados desse atendimento. A FASC também possui dados e supervisiona as cerca de 20 entidades conveniadas pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) para atendimento a essa população (Habilitação e Reabilitação, Sócio-Educativo, entre outros). Realiza levantamento quanto ao número de crianças e adolescentes atendidos e em fila de espera e o número de adultos ainda em atendimento nestes estabelecimentos por falta de serviços de referência para essa faixa etária. Os dados do IBGE também apontam a estimativa de PcD física, visual, auditiva e intelectual, permitindo uma projeção das necessidades que o município deverá atender. Na área da saúde, há dados identificados pelo Grupo de Trabalho da Saúde da PcD da SMS/POA durante o ano de 2012. As equipes das unidades de atenção básica, por meio do PMAQ identificam o tempo de espera para diversas especialidades, dado este que pode ser usado para indicar PcD que aguardam atendimento especializado. Todas essas informações podem qualificar o relatório e a construção de uma Política Municipal da PcD. Sobre a meta 74 “*Qualificar a rede de prevenção à violência e promoção da saúde nas 8 Gerências Distritais*” consta a realização de capacitações e oficinas. O Quadro 26 informa as referências especializadas para cada região, onde é possível identificar que ainda não existem CRTBs instalados em todas as GDs, o que cabe salientar, na medida em que a Tuberculose continua sendo um problema grave no município. Também em relação aos CAPS consta a existência de 12 serviços instalados, entretanto, além de ser conhecida e já assinalada em pareceres anteriores, a situação de funcionamento precário ou ociosidade de alguns desses equipamentos, é notória a baixa cobertura e dificuldade de acesso em relação à assistência a crianças e adolescentes. Dos 3 CAPSi existentes, 2 deles (CAPS Harmonia e CAPS HCPA) estão localizados na região Central, dificultando o acesso aos pacientes que residem em regiões mais distantes. Em relação à **rede de serviços de atenção às urgências**, não são apresentados dados nem informações nesta parte do relatório, sendo descrita mais adiante. Sobre a **rede de serviços de internação hospitalar e domiciliar**, é apresentada no quadro 27 a meta 53 da PAS 2013 “*Ampliar as equipes de atenção domiciliar passando de 6 para 14 equipes de sistema de atenção domiciliar SAD*” onde é informado que a viabilização do projeto como um todo depende de variáveis que fogem ao controle da CMU e da SMS, como a *disponibilidade de profissionais para contratação*. Há ainda referências de que a SMS já está habilitada junto ao MS, no entanto, sem a realização da ação que previa “*encaminhamento do projeto para CMS, CIR/CIB/MS e cadastros formais*”.

7. No capítulo sobre **Infra-estrutura de apoio** o Quadro 28 apresenta a meta 92 da PAS 2013 “*Reformar 12 prédios da Secretaria Municipal de Saúde*”, sobre a qual consta a elaboração e conclusão de projetos relativos à UBS Lami, UBS Tristeza, UBS Diretor Pestana, USF Passo das Pedras II e USF São Pedro, cabendo destacar que as obras da UBS Lami e UBS Tristeza tiveram início no período. Consta ainda que no 2º quadrimestre a Equipe de Manutenção Predial atendeu 1504 demandas. No quadro 29 são informadas as obras concluídas no período: bicicletários da USF Chapéu do Sol e USF Núcleo Esperança; nova sede da UBS São José, reforma do prédio da CGVS e a nova sede administrativa do SAMU. O Quadro 30 informa sobre os projetos e obras em andamento, ou em fase de contratação/licitação. Cabe destacar o processo de discussão e deliberação sobre a planilha de investimentos em obras na cidade, aprovada em reunião do Plenário do CMS em 18 de julho. Em relação ao **Transporte Social** é informado que o mesmo foi ampliado no período, que passou a contar



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



com 9 vans, o que possibilitou incluir 16 novos usuários (+21%), o que se destaca positivamente. Sobre **Informatização da Saúde** o Quadro 32 apresenta as metas da PAS 2013, onde, em relação à meta 93 “*Implantar infraestrutura própria de comunicação em 20% da rede de serviços próprios da SMS ainda não atendidos*” consta que a mesma ainda não foi atingida, pois aguarda-se contratação de serviços de TI, processo que está suspenso em função das auditorias que vem sendo realizadas na Procempa. É informada a compra de equipamentos de informática para as Salas de Vacina. Sobre a meta 94 “*Implantar o cadastro do usuário e o agendamento eletrônico das consultas de atenção primária em 100% das US*” consta que as ações desenvolvidas não dão conta do atingimento da meta. Sobre a meta 95 “*Informatizar 100% dos processos da rede de Saúde*” também não foram realizadas as ações previstas. Em relação à meta 96 “*Ampliar a informatização dos processos do complexo regulador de 70% para 100%*” consta que o Sistema Informatizado foi concluído, e que há um cronograma para a sua implantação, o qual não está descrito.

8. No capítulo sobre **Produção**, em relação à **Atenção Primária em Saúde** é necessário avaliar um conjunto de situações para que se faça a relação entre a inclusão de pessoal na rede e o aumento da produção no quadrimestre. O relatório tem mostrado que nem sempre que se tem aumento no número de equipes, aumenta na mesma proporção a produção dos serviços, e nesta situação são notórios os problemas gerenciais na rede de saúde do município. Com relação às consultas médicas é importante ressaltar que embora a SMS alegue que a redução das consultas em -13,7% seja consequência somente da falta de médicos na ESF, isto curiosamente não se reflete nas regiões Centro, Partenon/Lomba e Glória/Cruzeiro/Cristal, na ordem decrescente respectivamente, que tiveram aumentos expressivos, e principalmente a região Centro com 82% de acréscimo das consultas, sem dados que possam explicar tal acréscimo, visto que manteve o número de UBS's, reduziu o número de USF's e conseqüentemente reduziu ainda em 2 Equipes de Saúde da Família. Como se justifica? Com valores menos expressivos, mas ainda relevantes, de +16%, a região Partenon/Lomba também apresenta o mesmo fenômeno. A falta de médicos com certeza justificaria a redução nas consultas da região SCS em -36,6%, -27,1% da RES, -26,5% da LENO, -24,1% da NEB e -23,4% da região NHNI. É importante que a SMS dê mais atenção às desigualdades regionais para que a população não entenda isto como desinteresse por algumas regiões. É importante salientar que a implantação de novas equipes de ESF implica na contratação de médicos, portanto se não há médicos para contratar como é possível implantar equipes novas? Com relação a usuários cadastrados, ocorreu, no período, aumento de 23,1% no total, sendo que não houve aumento na região Centro. Nas demais regiões ocorreu crescimento importante. Com relação às VD's ocorreu um aumento, no total, de 18,7%, que se verificou em todas as regiões, com exceção da RES, que teve aumento no número de agentes comunitários e redução no número de visitas domiciliares. Este fato não está justificado pela SMS. Diante disto deve ser considerada a redução na relação consulta médica/população cadastrada de 0,46 em 2012 para 0,32 em 2013, o que implicará em dificuldade de atingir a meta estipulada no PMAQ para 2013, que é 1,3. Com relação à tabela 32, que apresenta a produção geral da Atenção Básica (UBSs + USFs), consta que ocorreu uma redução no total de consultas médicas de -3%, em comparação ao mesmo período de 2012, o que leva a concluir que em relação à produção de consultas médicas, a situação das USFs é mais crítica do que das UBSs, pois a redução total é menos acentuada do que a observada exclusivamente nas USFs (-13,7%). Tal resultado é considerado normal pela SMS, visto que a mesma investe nas USF's como processo de reestruturação do sistema de saúde do município. É importante salientar que a única região da cidade que teve aumento no número de consultas médicas, tanto nas UBS's como nas USF's, foi a região GCC. Nesta situação observa-se que a relação de consulta médica/habitante/população neste quadrimestre foi 0,31, semelhante a do mesmo período de 2012, que foi de 0,32. Baseado na média do primeiro mais o segundo quadrimestre, que foi de 0,86, segundo a SMS, não será possível atingir a meta de 1,3 do PMAQ. No que diz respeito às consultas especializadas, excetuando os hospitais, a tabela 33 demonstra que ocorreu redução de 2,3% no total. Nas regiões Centro, GCC e RES ocorreu redução importante nas consultas, sendo que nas demais regiões houve aumento importante. Não é possível ainda fazer uma avaliação adequada em função dos problemas de lançamento da produção, o que deverá ser melhor analisado no RAG 2013.
9. No capítulo sobre **Atenção Especializada**, são apresentadas ações em Saúde Bucal, Saúde Nutricional e Saúde Mental. Em relação à **Saúde Bucal** o Quadro 33 descreve as metas da PAS 2013,



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



onde em relação à meta 25 “Ampliar o pronto atendimento odontológico no 3º turno, passando de 3 para 8 GDs com equipes implantadas” consta que em 7 das 8 GDs já existem serviços com terceiro turno implantado, excetuando-se a GD Centro. Sobre a meta 28 “Realizar primeira consulta odontológica programática em 80% dos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF”, consta que a cobertura atingida até o segundo quadrimestre foi 70,84% do público estabelecido na meta, demonstrando capacidade de cumprimento da mesma até o final do ano. Sobre a meta 29 “Realizar atividade de escovação dental ou aplicação tópica de flúor supervisionada em 80% dos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF” consta cobertura de 91,94% do público definido na meta, ultrapassando o percentual previsto. Sobre a meta 30 “Realizar atividade educativa em saúde bucal em 80% dos alunos do 1º e último ano do ensino fundamental das escolas públicas das áreas de abrangência das ESB das ESF” consta que 81,15% dos alunos participaram de atividade educativa nas escolas, já superando também a meta anual. Em relação à meta 31 “Ampliar de 58 para 81 o número de ESB na ESF” consta que o número de equipes no final do período é 75, aproximando-se da meta anual. Em relação ao quadrimestre anterior, foram ampliadas 2 ESB. É referido que foram realizadas 20 obras pela ASSEPRO para adequação de consultórios odontológicos, o que não está diretamente relacionado à meta, embora contribua. A meta 58 “Ampliar de 5 para 6 o número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)” consta como já atingida com a abertura do CEO IAPI. Os indicadores de produção são apresentados na Tabela 34, e, conforme o descritivo apresentado, em relação à cobertura de primeira consulta programática, o índice atingido no período foi inferior ao do mesmo período de 2012 (- 2,99%), bem como ainda está distante da meta pretendida. Por outro lado, a média de ação coletiva supervisionada apresentou um índice levemente superior ao de 2012, justificado pelo incremento no PSE e a média de procedimentos básicos por habitante também apresentou ligeiro aumento em relação ao ano anterior. Sobre esse indicador, é apresentado o quantitativo absoluto realizado em 2013, mas não o realizado em 2012, conforme solicitado pela SETEC. Sobre a proporção de procedimentos especializados em relação aos básicos consta que o mesmo apresentou uma melhor relação quando comparado ao ano anterior, no entanto, o resultado apresentado não indica isso. A relação se manteve praticamente igual. Outro aspecto salientado é em relação ao percentual de exodontias de dente permanente em relação aos procedimentos básicos individuais, onde na Tabela é apresentado um parâmetro (8%) e no texto explicativo é referido outro (5%). De qualquer modo, o índice atingido foi 3%, inferior ao preconizado, o que é bastante positivo. Em relação à **Saúde Nutricional** a Tabela 35, sobre os procedimentos de nutrição, informa que ocorreu aumento geral de 2,1% nos procedimentos, na comparação com 2012, situação verificada nas Gerências SCS, RES, PLP, NHNI e Centro, que tiveram crescimentos de 57,7%, 45,6%, 9,3%, 39,0% e 12,6%, respectivamente, com destaque para as regiões NHNI e Centro, que tiveram aumento na produção com o mesmo número de nutricionistas. Embora com o crescimento acima citado, duas regiões tiveram índices inferiores a 2012, LENO (-43%) e NEB (- 6,1%), justificados pela ausência de profissionais. Com relação às consultas de nutrição, é informado na tabela 36 que houve redução no número total de consultas, de -6,15% em relação a 2012, produzidos pelas regiões LENO (- 59,7%), GCC (- 31%), SCS (-24,7%) e NEB (-16,7%). As demais regiões realizaram mais consultas, com destaque para a região NHNI, que com o mesmo número de profissionais, aumentou em 33,3% o quantitativo de consultas. Com relação às atividades educativas, a tabela 37 informa que ocorreu redução de 8,4% no total desta atividade, mesmo tendo aumentado o número de nutricionistas. Destaca-se negativamente a GD GCC onde, com a redução de um nutricionista e um assistente de nutrição, a produção destas ações caiu em 91%. Sobre os procedimentos antropométricos, a tabela 38 permite observar um aumento de 18,9% no número total de procedimentos, entretanto as regiões GCC e Centro apresentaram resultados negativos (-79,2% e -2,7% respectivamente). Sobre visitas domiciliares, conforme demonstram os dados da tabela 39, ocorreu redução no número total destes procedimentos em -12% quando comparado a 2012. Neste período houve crescimento apenas nas regiões PLP e Centro, as demais regiões reduziram as visitas, chegando a região LENO a apresentar redução de 81,7%, mesmo tendo aumentado tanto o número de assistentes de nutrição como de nutricionistas. Salienta-se que as regiões GCC e SCS não apresentaram relatório. Em relação à **Saúde Mental**, não houve manifestação e análise da Comissão de Saúde Mental do CMS/POA, sendo a análise a seguir apresentada de responsabilidade da SETEC. O Quadro 35 apresenta as metas da



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



PAS 2013 onde, em relação à meta 54 “*Implementar o Plano Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da Política Nacional*” consta que os serviços existentes na cidade já estão cadastrados junto ao MS, com CNES atualizado. Também é informado que foi concluída avaliação dos CAPS da rede de saúde municipal, elaborado relatório e enviado aos serviços, bem como realizada devolução dos dados no fórum de coordenadores de saúde mental. É importante registrar que não houve devolutiva desse documento ao CMS/POA. Sobre a implantação do atendimento de emergência psiquiátrica para crianças e adolescentes no HMIPV consta que em função do número de atendimentos (5 pacientes/dia) ser considerado pequeno, a gestão reavaliará a proposta. É informado também que está em fase de conclusão o documento norteador das ações da Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente, elaborado pelos trabalhadores das equipes em conjunto com áreas técnicas de saúde mental e da criança e adolescente, bem como está sendo finalizada a proposta de implantação da Linha de Cuidado em Saúde Mental. Em relação a esses serviços, reitera-se a indicação de que os mesmos passem a compor a rede de serviços ambulatoriais especializados e não a rede de Saúde Mental. Sobre a meta 55 “*Ampliar a rede de serviços de saúde mental para atendimento de álcool e outras drogas nas 8 (oito) Gerências Distritais, seguindo as diretrizes da Política Nacional*” as ações previstas de conveniamento com a Cruz Vermelha e Hospital Mãe de Deus não foram realizadas. Quanto à meta 56 “*Ampliar uma Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental de 3 para 8 Gerências Distritais de Saúde*”, consta que foi atingida, na medida em que todas as gerências distritais estão realizando matriciamento nas suas regiões, sendo que em algumas (SCS, PLP, NEB e GCC) o matriciamento está sendo realizado por equipes de matriciadores e as demais regiões realizam matriciamento com profissionais das equipes de saúde mental, o que se questiona, na medida em que os NASF é que deveriam estar sendo reforçados nas regiões. Na sequência, é informado que a partir de janeiro de 2013 foi instituído como forma de registro das atividades para os CAPS o sistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), que é orientação da Política Nacional de Saúde. É justificado, dessa forma, que os serviços ainda estão se adequando ao novo modo de registro e que portanto não é possível ainda avaliar a sua produtividade a partir do novo sistema. Sobre a produção dos serviços especializados, são apresentados dados que demonstram uma redução no quantitativo de procedimentos, no entanto, como já referido acima, a definição da forma de registro dessas ações ainda estava em fase de implantação no período analisado. Deve ser melhor avaliada no RAG 2013. Sobre a ação de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Saúde Mental, que cabe salientar como ação importantíssima para o pretendido realinhamento da atenção nessa área, é informado que foi iniciado em março Curso de Acolhimento e Cuidado Integral em Saúde Mental na Atenção Primária, destinado às equipes da APS e rede intersetorial. Esta é uma meta da Educação Permanente em Saúde Mental e que teve um sub-aproveitamento das vagas disponíveis tanto pelas equipes da APS (62,5%) quanto da rede intersetorial (20%). Consta que foi feita avaliação e reformulação das temáticas e metodologias. Sobre as internações em Saúde Mental, consta que em relação a crianças (menores de 9 anos) o número de internações foi o mesmo que em 2012 (3 internações). Na Tabela 44 são apresentados os dados em relação à faixa etária de 10 a 19 anos, onde consta que em comparação a 2012 houve aumento no número total de internações, salientando-se o crescente número de internações devido a transtornos decorrentes do uso do álcool e outras drogas. Em relação à população adulta, também se observa aumento no total de internações (10%), com crescimento proporcional (18%) de transtornos decorrentes do álcool e outra drogas, principalmente cocaína / crack e múltiplas drogas.

10. Em relação à **Assistência Farmacêutica**, o Quadro 36 apresenta a meta 65 “*Fornecer 100% dos medicamentos listados na REMUME*”, onde percebe-se que algumas ações foram plenamente desenvolvidas, outras estão em andamento e algumas aguardam definições. O indicador previsto para avaliar o cumprimento desta meta não é apresentado, devendo ser melhor avaliado no RAG 2013. A tabela 46 apresenta o número de receitas atendidas, tanto nas Farmácias Distritais como nas Gerências. Com relação às Farmácias Distritais, ocorreu redução no número de receitas de -7,6% na comparação com o mesmo período de 2012, com acréscimos apenas na FD Camaquã e FD IAPI. Com relação às Gerências Distritais o cenário se modifica, verificando-se aumento de 8,5%, com produções menores apenas na GD SCS (-8,4%) e uma pequena redução na GD LENO (-0,5%). As demais Gerências aumentaram o atendimento, com destaque para GCC, Centro e NHNI. Na tabela 47 que trata das unidades de medicamentos distribuídas e os recursos financeiros utilizados, é importante



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



ressaltar que a tabela não está completa, mas de qualquer maneira é possível observar crescimento nos dois itens apresentados. Na tabela 48, que traz informações sobre a distribuição de medicamentos estratégicos pelo Ministério da Saúde, verifica-se que ocorreu aumento na distribuição e consta que não houve necessidade de complementar a compra desses insumos por parte do município, no quadrimestre em análise.

11. No capítulo sobre **Ações e Serviços em Vigilância em Saúde**, a primeira parte refere-se à **Vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e outros agravos**, onde o relatório apresenta o Quadro 37 com descrição das metas previstas na PAS 2013. Em relação à meta 1 “*Investigar 100% dos casos de notificação compulsória que necessitam investigação epidemiológica segundo Portaria Ministerial*” é informado que a mesma vem sendo cumprida plenamente. Sobre *Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatites Virais* o Quadro 38 apresenta as metas anuais da PAS 2013 onde, em relação à meta 9 “*Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor de 98,99/100.000 para 98/100.000 habitantes*”, à meta 10 “*Reduzir de 5,4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor*” e à meta 11 “*Reduzir a mortalidade por HIV/AIDS de 29,30/100.000 para 29,00/100.000 habitantes*” o relatório descreve as ações que foram desenvolvidas para alcançá-las, assim como o que foi realizado de cada ação no período. Não consta a meta 8 relativa a sífilis congênita. A tabela 51 descreve o comparativo de casos de AIDS em maiores de 13 anos, segundo raça/cor, onde observa-se decréscimo de casos em relação ao mesmo período de 2012 (branca – 272 em 2012 e 200 em 2013; preta – 79 em 2012 e 58 em 2013; parda – 47 em 2012 e 41 em 2013; amarela – 0 em 2012 e 0 em 2013) sendo que em todos os casos a variação foi negativa. É informado 1 caso na população indígena em 2013. Cabe destacar o decréscimo positivo, especialmente o fato de que na população negra este se apresentou proporcionalmente com a maior variação, exceto quando o dado é agregado (negra+parda), o que pode indicar que a política de saúde da população negra começa a esboçar resultados na área de prevenção à AIDS. Em relação às Hepatites Virais, a tabela 52 apresenta a meta 4 “*Atender 100% dos casos diagnosticados das hepatites virais crônicas*” descrevendo as ações previstas para alcançá-la. Das seis ações propostas, quatro foram realizadas, restando ainda a criação de protocolos de cooperação técnica e a organização das linhas de cuidado. A tabela 53 está mal formatada e apresenta a relação de notificações, investigações e confirmações dos casos de hepatites virais, onde observa-se aumento nos casos de hepatites A (14 em 2012 e 70 em 2013), redução na B (102 em 2012 e 96 em 2013) e na C (527 em 2012 e 419 em 2013) o que deverá ser melhor avaliado no fechamento anual dos dados. A tabela 54 apresenta a produção do SAE CSV, onde observa-se o aumento na oferta de consultas (+3,88%) e consultas realizadas, (+11,64%) identificando o aumento de carga horária de um profissional médico de 20 para 30 horas, do total de 6 médicos do quadro efetivo. A análise destaca que o SAE disponibilizou 167 primeiras consultas via AGHOS e identifica a adesão de 88,21% nas consultas realizadas, o que é positivo. Destaca-se o aumento nas consultas de enfermagem (+9,99%) e redução nas consultas de serviço social (-19,07%), justificada por LTS de um profissional. A tabela 55 apresenta o número de medicamentos dispensados a adultos, gestantes e crianças, onde verifica-se que houve redução para gestantes HIV+ (-8,77%), aumento para os outros adultos (5,54%) e redução para as crianças (-75%). Não há análises que justifiquem os dados. No total houve aumento de (4,73%), justificado pela distribuição de ARV para usuários que fazem tratamento em outros locais, assim como para usuários da grande Porto Alegre. A tabela 56 apresenta a produção do SAE IAPI onde verifica-se o aumento na oferta de consultas (+7,17%) e consultas realizadas (+6,72%), mesmo com redução de carga horária de 2 dos 3 médicos lotados no serviço. Neste caso destaca-se a redução do número de consultas de enfermagem (-25%) e serviço social (-14,33%), justificadas no relatório pelo afastamento de servidores por licença prêmio e posterior aposentadoria. O relatório indica que o serviço disponibilizou 47 primeiras consultas, com absenteísmo de 27,65%, assim como nas consultas de retorno que aumentaram em 3,50%. Sobre esse aspecto, cabe reprimir o destaque feito no período anterior a respeito da necessidade de investimento em RH, a fim de definir atividades tais como busca dos faltosos e identificação de outras necessidades em saúde que possam estar interferindo no acesso ao serviço. Houve ainda aumento na distribuição de preservativos femininos, mantendo-se a oferta nos masculinos. Como no outro SAE, também houve diminuição na dispensação de medicamentos para crianças. Já em relação às gestantes HIV+ houve aumento significativo (+33,33%), sem análise no relatório. Pelo SAE Hepatites Virais foram ofertadas, por



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



médico infectologista, 353 consultas a fim de contemplar os casos da co-infecção (HIV/Hepatites), no entanto foram agendadas somente 58 consultas e realizadas 52, e ainda não há análise a respeito dessa situação. A tabela 58 apresenta a produção das primeiras consultas no período, tendo sido disponibilizadas e agendadas 594 consultas, significando a redução de -28,60% na comparação a 2012. Destas, foram realizadas 477 consultas, representando um absenteísmo de 19,66%, que deverá ser avaliado junto às gerências distritais, segundo o relatório. A tabela 59 apresenta a produção de consultas de retorno no período, onde observa-se variação positiva no número de consultas agendadas (66,61%) assim como nas consultas realizadas (78%), com um absenteísmo bem menor (8,8%), demonstrando boa adesão ao tratamento. Sobre o projeto NASCER, que objetiva melhorar a qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém nascido, a redução da transmissão vertical do HIV e o controle da sífilis congênita, é apresentada a tabela 60, que traz os dados relativos ao número de crianças cadastradas, onde houve redução de -7,66% das crianças inseridas no banco de dados. Por outro lado houve aumento na variação da dispensação de fórmulas lácteas nas maternidades em 26,56%, justificado pela maior sensibilidade das maternidades aos fluxos estabelecidos para esse insumo no atendimento aos RN expostos ao HIV. A tabela 66 apresenta aumento na oferta de teste rápido nas maternidades, com variação de 125%, o que é muito positivo. Em relação aos Testes Laboratoriais, a tabela 67 apresenta redução na realização de exames Elisa (29.355 em 2012 e 25.355 em 2013), numa variação de -13,62%, assim como na realização de exame Western Blot (303 em 2012 e 51 em 2013), justificada pelo aumento do teste rápido, que é confirmatório. O gráfico 2 apresenta a realização de testes rápidos para HIV nas GDs no total de 11.660. O gráfico 3 apresenta os testes rápidos para sífilis nas GDs no total de 11.650. No relatório do primeiro quadrimestre foram apresentados dados referentes a um período de treze meses, totalizando 14.118 TRs realizados, de modo que podemos concluir que houve melhora significativa na execução desta ação, tendo sido realizada nos 4 meses deste segundo quadrimestre quase o que foi realizado nos 13 meses anteriores. Sobre *Hanseníase*, o Quadro 39 apresenta a meta 5 da PAS “*Diagnosticar 50% dos casos de hanseníase paucibacilar entre os casos novos de hanseníase*” onde, das ações descritas, destacamos que a definição de uma unidade de referência para tratamento da doença ainda não foi realizada, ainda que a meta de cura para a doença tenha sido atingida como descreve o relatório. Sobre *Leptospirose* a tabela 70 informa que todos os casos notificados da doença (22) foram investigados e confirmados, com diminuição dos casos no comparativo com o mesmo período do ano anterior (-32 casos). A tabela 71 apresenta os dados relativos à vigilância de roedores, onde verifica-se aumento em todas as ações, com destaque para o aumento no número de inquéritos (4 em 2012 e 25 em 2013), justificados pelo atraso no atendimento de protocolos de serviço devido a equipe ter seu trabalho dirigido à dengue. Em relação a *Sarampo/Rubéola*, as tabelas 72 e 73 apresentam as metas que pretendem encerrar oportunamente 100% das notificações de casos suspeitos e investigados de sarampo e rubéola, e neste quadrimestre foram notificados/investigados/descartados 1 caso em cada agravo. Sobre Dengue, no quadro 40, estão descritas as ações para atingir a meta 6 da PAS 2013 “*Realizar bloqueio e ou pesquisa vetorial especial em 100% dos casos confirmados de dengue*”, tendo sido realizados 62 bloqueios nos locais de residência, trabalho e estudo. A tabela 74 apresenta os casos notificados (169), investigados (169) e confirmados (35) no período em análise, com destaque para o número de casos confirmados de dengue no comparativo com o mesmo período do ano passado (10), com variação de 250%. Não foi notificado nenhum caso grave, nem tampouco houve incidência de casos letais. O relatório ainda informa que até o fechamento da semana epidemiológica foram investigados 1.243 casos suspeitos, sendo 1.111 de POA, dos quais foram confirmados 221. A tabela 76 apresenta a inspeção de imóveis, onde pode-se observar que houve aumento significativo no número de imóveis residenciais (+128%), comerciais (+141%), terrenos baldios (+339,30%), depósitos eliminados (+741,73%) e bairros visitados (+224%). Por outro lado houve aumento dos imóveis fechados/recusados (+249,88%), e neste item cabe destacar a necessidade de identificar estratégia para melhorar este resultado. A tabela 78 apresenta o monitoramento inteligente da Dengue, tendo sido realizadas 12.079 vistorias em armadilhas, 716 amostras coletadas e 918 espécimes capturados, com destaque para esta ação que permite monitorar a infestação do vetor na cidade, e que em conjunto com outras informações, possibilita o planejamento das ações e a comunicação de risco. Sobre *Meningite*, a tabela 79 apresenta a relação dos casos notificados e investigados de meningite bacteriana em relação ao diagnóstico laboratorial. Neste quadrimestre foram notificados e investigados



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



90 casos, confirmados 24 e 18 casos tiveram diagnóstico laboratorial, atingindo a meta proposta. Quanto ao *Vírus Influenza*, a tabela 80 apresenta o número de coletas preconizadas (160) e realizadas (74) na rede sentinela para influenza, no entanto os dados apresentados continuam sendo apenas do Hospital Nossa senhora da Conceição, na medida em que as novas unidades estão em processo de implantação. A tabela 81 apresenta a relação entre os casos notificados (541), investigados (541) e confirmados (90) de síndrome respiratória aguda grave, verificando-se decréscimo deste dado se comparado ao mesmo período do ano anterior (-37%), sobre o que não há análise. Em relação ao *Tétano*, a tabela 82 informa que não houve notificação de casos no período. Sobre *Paralisia Flácida Aguda*, a tabela 83 descreve o número de casos notificados (2), investigados (2) e confirmados (2) no período. Nenhum dos casos identificou poliomielite/paralisia infantil e sim outras doenças. Quanto à *Tuberculose*, o quadro 41 apresenta as metas constantes na PAS com as respectivas ações. Em relação à meta 12 “*Diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose*”, o relatório descreve que foram registrados 384 pacientes dos 520 casos esperados. No caso de pacientes novos bacilíferos com baciloscopia de escarro positiva foram identificados 191 pacientes dos 375 esperados, atingindo 50,9% da meta, no entanto não é apresentado o percentual de cura no período conforme enunciado da meta 13 “*Ampliar a taxa de cura de novos casos pulmonares bacilíferos de 64% para 85% de pacientes que iniciarem tratamento*”, o que deverá ser analisado no RAG 2013. A meta 14 “*Reduzir o número de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos*”, o relatório informa a ausência de casos no período. Destaca-se na tabela 85, que apresenta o número de casos novos de tuberculose por região, a GD LENO com 94,6% dos casos identificados, seguida pela GD GCC com 85,5% e a GD PLP com 82,8%. Por outro lado chama a atenção a redução na descoberta de casos na GD NEB com 56,1% e SCS com 67,7%, justificado no relatório pelo fato da descentralização nessas regiões ainda estar em construção. Embora o relatório destaque, a análise dos dados somente será fidedigna anualmente. Na tabela 87 estão dispostos os dados do número de casos de tuberculose em todas as formas, entre residentes em Porto Alegre, de acordo com raça/cor, que evidencia tendência positiva de queda tanto para a população negra (-17%) quanto para a população branca (-24%). No entanto, proporcionalmente a redução no número de casos ainda foi maior na população branca, evidenciando a necessidade de intensificar as ações para tratamento e diagnóstico na população negra. A tabela 89 apresenta o número de sintomáticos respiratórios avaliados residentes em Porto Alegre, destacando-se a diminuição de pacientes avaliados pela rede hospitalar (-2,5%) e aumento dos pacientes avaliados pela rede ambulatorial (+11,2%), que significa a melhora na qualidade da atenção primária, o que é muito positivo. O relatório descreve ainda reuniões intersetoriais, internas e com a comunidade a fim de estabelecer fluxos e melhorar a qualidade da atenção. Nas **Ações e Serviços em Vigilância Sanitária**, o relatório descreve primeiramente a **Vigilância de Alimentos**, onde consta que 100% dos surtos alimentares são investigados pela equipe e que no período ocorreram 3 episódios. Em relação ao número de reclamações recebidas e atendidas, a tabela 91 descreve que das 730 recebidas, 255 foram atendidas, o que corresponde a 34%, quando a meta é 70%. A equipe justifica o fato pela falta de recursos humanos, considerando que os agentes de fiscalização e técnicos fiscais muitas vezes são deslocados para o exercício de funções burocráticas e administrativas. A equipe optou por centralizar as vistorias no entorno do estádio Beira Rio em virtude da realização da Copa do Mundo. A tabela 93 apresenta a quantidade de produtos apreendidos e inutilizados, onde a equipe avalia que houve discreta melhora, considerando que houve aumento no número de fiscalizações e diminuição das quantidades de alimentos inutilizados. A tabela 94, que apresenta as metas pactuadas CIB 250, refletem as afirmações feitas acima, com destaque para a vistoria de 100% das bancas do Mercado Público após o sinistro que o vitimou. Em relação à **Vigilância da Água** o relatório descreve que a equipe executará a inspeção de 100% das ETAs/DMAE no 3º quadrimestre. A equipe superou a meta proposta de atender 70% das reclamações e coletou as 848 amostras de água para análise pactuadas na meta. Entre as **Ações em Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador**, a equipe atingiu as metas propostas, fiscalizando 100% das solicitações de licença para funcionamento das estações de rádio base no total de 8, assim como fiscalizaram 100% dos ambientes livres de tabaco em 100% das solicitações, no total de 7. Em relação à **Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde**, a equipe superou a meta proposta de atender 70% das reclamações recebidas. As tabelas 103 e 104 apresentam a relação de metas de responsabilidade desta equipe e a respectiva relação do que foi atingido no período, onde se pode



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



observar que as metas estão sendo perseguidas e que fazem parte da rotina dessa equipe, não havendo situações relevantes que impeçam o cumprimento das metas. A tabela 105 mostra que a equipe superou a meta proposta de inspecionar 120 escolas de educação infantil tendo inspecionado 159 escolas, assim como atendeu todas as reclamações recebidas, no total de 7. Quanto à **Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde** a tabela 106 demonstra que o núcleo atingiu e superou a meta proposta, atendendo reclamações de períodos anteriores. A tabela 107 descreve que foram exarados 44 autos de infração para drogarias. A tabela 109 contém um pequeno erro, pois apresenta a meta de vistoriar 20% das drogarias com N = 557, apresentando 108 como o quantitativo a ser atingido, quando na verdade o número de estabelecimentos vistoriados deve ser 111, sendo assim o percentual da meta atingido foi de 40,54%. As tabelas 110 e 111 apresentam os dados relativos à inspeção de farmácias de manipulação e inspeção de serviços de nutrição parenteral respectivamente, onde são apresentadas as ações do período, cujos indicadores são de avaliação anual. Sobre a **Vigilância de Engenharia de Serviços de Interesse à Saúde**, a partir da análise das tabelas com as metas estabelecidas para este núcleo, ao qual cabe a vistoria de serviços de imagem do SUS e particulares, serviços de medicina nuclear e serviços de radiodiagnóstico, pode-se observar que suas ações tem sido desenvolvidas sem maiores intercorrências, pois as metas estão sendo atingidas. Sobre a **Vigilância de Zoonoses** o relatório descreve as ações, que tem superado as metas estabelecidas no que diz respeito às reclamações recebidas. A tabela 118 demonstra os dados relativos às atividades desenvolvidas pela equipe e também pela SEDA. Destaca-se nesta tabela o aumento do número de inquéritos por mordedura (66 em 2012 e 140 em 2013). Na **Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis** (DANT) a tabela 123 descreve a relação das notificações e investigações de óbitos em residentes em Porto Alegre. A análise do relatório informa que as investigações estão em andamento e dentro do prazo. A tabela 125 apresenta a meta que pretende ampliar o número de unidades com notificação de violência implantada, com variação de 61,3% no comparativo com o mesmo período do ano anterior (75 em 2012 e 121 em 2013). Em relação ao Programa de Controle do Tabagismo são apresentadas as metas 36 “Implementar em 100% das Unidades de Saúde a estratégia “Unidade Livre do Tabaco”, do Programa de Controle do Tabagismo” e 37 “Aumentar o número de unidades de saúde que realizam a assistência ao fumante de 31 para 70 unidades”, no entanto não há a descrição do indicador para o período a fim de avaliar o andamento do processo. Por outro lado, a tabela 126 descreve aumento no número de pacientes atendidos pelas unidades de saúde de 57,45% e de 77,69% de pacientes que pararam de fumar, no comparativo com igual período do ano anterior.

12. No capítulo referente à **Regulação do SUS**, o Quadro 49 apresenta as metas da PAS 2013, onde são citadas diversas ações em andamento, porém sem o percentual atingido no Quadrimestre para cada meta, o que não permite avaliar de forma adequada o cumprimento do que foi planejado. Em relação às **Auditorias, vistorias e supervisões** realizadas, são apresentados os tipos de auditorias realizadas no período, sem maior destaque. Sobre a **Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade**, a Tabela 127 demonstra a oferta de consultas iniciais de Centros de Saúde e Hospitais, reguladas pela CMCE, onde verifica-se que o total geral de consultas ofertado pelos hospitais foi 17,3% menor em 2013 do que no mesmo período de 2012, considerando o total ofertado, sem os bloqueios. Se considerados os bloqueios, a oferta também foi menor em -14,6% (-17.225 consultas). Quanto às ofertas nos Centros de Saúde, é informado que em relação a 2012 também houve redução no total da oferta em 2013, de -16,5% e se considerados os bloqueios, a redução correspondeu a -15,8% (-4.314 consultas). Dessa forma, o total de consultas iniciais regulados no período, em relação a 2012, apresentou redução de -14,8% (-21.539 consultas). O total de bloqueios de consultas iniciais reguladas pela CMCE foi de 11.175 consultas em 2013, sendo 4.418 nos Centros de Saúde e 6.757 consultas em Hospitais não próprios. Houve redução dos bloqueios em comparação com 2012, caindo de 17.484 para 11.175, redução de 36%, o que é positivo. Consta no relatório que na contratualização com os prestadores, exige-se compensação quando o motivo do bloqueio é para participação em Congressos ou Eventos. Somente são efetuados bloqueios sem compensação por motivo de férias, licenças previstas em Lei ou quando devidamente justificadas e acordadas com a SMS. Sobre a regulação da produção hospitalar, a Tabela 129 apresenta a produção e faturamento dos Hospitais no segundo quadrimestre de 2013. Na comparação com o mesmo período de 2012, verifica-se que a produção Hospitalar encontra-se maior que a contratada, como já acontecia



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



em 2012. Esse fato é mais acentuado nos grandes prestadores como Hospital Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre, justificado pelo fato de os hospitais federais atualmente possuírem contrato global e apresentarem toda sua produção, embora o pagamento se dê pelo teto estabelecido, tanto da alta como da média complexidade e não pela produção efetivamente realizada. Alguns Hospitais como Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Hospital São Lucas e Instituto de Cardiologia, estão apresentando uma produção de AIH menor que a contratada na média complexidade, dados já avaliados pela Comissão de Acompanhamento, concluindo que os mesmos ficam dentro da margem de produção dos contratos. Além disso, é informado que a Irmandade Santa Casa também apresentou dificuldades de faturamento decorrentes de sua mudança de Sistema de Informação, apresentando períodos de faturamento irregular, e não de produção. Dessa forma, o quantitativo total de procedimentos contratados em 2013 foi menor do que de 2012 (- 1,5%), o que não está justificado no relatório, tendo sido realizado um índice ainda menor (- 11,2%), embora 5,9% acima do contratado. Entretanto, o faturamento total dos prestadores hospitalares apresentou, ao contrário, aumento em relação a 2012 (+ 5,4%). A análise desses dados permite questionar a forma como estava ocorrendo, no período analisado, a oferta de serviços à população, o controle efetivo dos contratos firmados e as diferenças de tratamento em relação aos serviços públicos e os privados e filantrópicos. A Tabela 130 informa sobre a regulação de Internações Hospitalares, por tipologia de leitos, realizadas pela Central de Regulação de Internação Hospitalar de Porto Alegre, onde percebe-se que houve aumento de 5,8% no número de internações reguladas, com aumento nas áreas de UTI Adulto, Infectologia e Psiquiatria, e redução em Traumatologia e Pediatria.

13. No capítulo relativo aos **Hospitais Próprios**, sobre o **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**, o quadro 51 apresenta as metas da PAS 2013, onde, em relação à meta 61 *“Implantar a Rede Cegonha para atendimento de 100% das gestantes de alto risco referenciadas atendidas no HMIPV”*, consta que o hospital tem se habilitado a todos os recursos destinados pelo MS, que se adequam ao perfil do HMIPV, principalmente através do programa Rede Cegonha, como é o caso do Plano de Trabalho aprovado para Reforma com vistas a Ambiência do Alojamento Conjunto. Para UTI NEO, UTI Adulto e Banco de Leite Humano, foram cadastradas as propostas para aquisição de equipamentos visando a sua aprovação pela área Técnica da Saúde da Mulher do MS, que aguardam análise e aprovação. A reforma da área física do Centro Obstétrico e da UTI Adulto terá que ser realizada com recursos próprios da SMS. Sobre essa demanda de investimentos, cabe ressaltar que a mesma não consta da Planilha de Obras e Investimentos vigente. Sobre a meta 62 *“Manter 100% dos atendimentos a crianças vítimas de violência em espaço adequado e humanizado ao perfil do Centro de Referência em Atendimento Infante Juvenil”*, consta que o projeto de reforma de área física, obra extremamente necessária para a qualificação do atendimento, ao longo do tempo sofreu uma série de prorrogações por conta de várias solicitações de mudança no projeto arquitetônico, questionamentos legais à primeira licitação, dificuldades na elaboração de projetos complementares, bem como deficiência de pessoal para realizá-lo. Em relação à meta 63 *“Implantar um Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis – CAMMI – no HMIPV”*, consta que o local previsto para instalação do CAMMI é o 2º andar do bloco A, onde encontra-se instalada a Farmácia do Hospital com uma área aproximada de 300 m². Porém no momento da concepção do projeto pela SMS a área prevista para a Farmácia não contemplava todo o setor, portanto o projeto deve ser revisto com possibilidade de suspensão do mesmo. Consta ainda a possibilidade de construção do prédio para o Centro de Diagnósticos contemplando também as áreas de apoio no local onde se encontram as casas lindeiras, já que foram desapropriadas para este fim, mas terá que se buscar recurso financeiro para custear a obra. Em relação a essa demanda, questiona-se a capacidade de planejamento desses investimentos, na medida em que constam de um Plano de Saúde em fase de conclusão. Sobre a meta 64 *“Ampliar e implantar o atendimento em 04 especialidades no HMIPV”* é informado que foram nomeados dois profissionais, um na área de oncologia clínica e um na área de otorrino, possibilitando abertura de agenda via CMCE. Os procedimentos cirúrgicos dependem de aquisição de material específico para cirurgias pediátricas otorrinolaringológicas, o que está em andamento. A ampliação das ecografias mamárias depende de aporte de RH, porém a área dentro da Radiologia será reestruturada passando por reforma com recursos e equipamentos do hospital. O processo para instalação de serviço de oncologia clínica está em fase final de elaboração. Quanto à capacidade instalada do Hospital no período analisado, a Tabela 131 informa que da capacidade total de 194 leitos, foram disponibilizados



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



178 leitos, 4 a mais que em 2012, quando foram disponibilizados 174 leitos (+ 2%). Em relação à capacidade potencial foram ofertados menos 16 leitos (-8%). A Tabela contém um erro pois informa o total de leitos em uma linha acima, que deve se referir a algum setor de internação não descrito. Sobre as informações de produtividade do Hospital, conforme Tabela 132, houve aumento no número total de atendimentos que passou de 37.687 em 2012 para 44.998 em 2013, um aumento de 19,4%. A origem dos pacientes do Interior reduziu proporcionalmente de 37,6% para 34,5% e os de Porto Alegre aumentaram de 62,4 % para 65,5%. Quanto à procedência nas Internações a relação se inverte, conforme os dados da Tabela 133, que indica que na proporção geral houve redução nos pacientes de Porto Alegre de 66,2% para 64,2%, e consequente aumento na proporção dos pacientes do Interior, que passaram de 33,8% para 35,8%. É demonstrado ainda que houve aumento no total geral das internações, que passaram de 2.009 em 2012 para 2.521 em 2013. A Tabela 134 informa que o número total de atendimentos se manteve estável em torno de 193.000. Com exceção dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico, todas as Unidades tiveram aumento na produção, com destaque para a emergência pediátrica que teve aumento de 67%. Destaca-se, na Tabela 135, que apresenta os atendimentos hospitalares, o aumento de 42% no total de partos, que passaram de 326 para 462, justificado pela conclusão das reformas no Alojamento Conjunto. Salienta-se em especial o aumento de 75% nos partos normais. Houve aumento de 80% nas cirurgias e procedimentos ginecológicos, que impactaram no aumento geral do número de cirurgias, justificado pela disponibilidade de anestesistas. O aumento registrado nas internações pediátricas foi de 62% e no alojamento conjunto de 43%. As reduções de atendimentos ficaram por conta da SOP (Sala de Observação Pediátrica), que reduziu 5 leitos em comparação com 2012 (de 20 para 15 leitos) e dos exames, com exceção dos Radiológicos que aumentaram 49%. Sobre esse aspecto, há justificativas em relação às ecografias, no entanto, a redução mais expressiva na área de exames corresponde aos exames de laboratório, sobre o que não constam explicações. Em relação ao Centro de Referência em Assistência Infanto-juvenil – CRAI, a Tabela 136 informa que houve redução no total de atendimentos em 21%, em relação ao mesmo período de 2012, que passaram de 3.178 para 2.526 atendimentos. As maiores reduções foram de consultas em Psicologia (-47%) e de Consultas em Serviço Social (-42%), justificado pela mudança de fluxo para os atendimentos de Porto Alegre e interior. Quanto ao Serviço de Triagem Auditiva Neonatal -TANU, houve aumento de 25% no total de atendimentos, que passou de 420 para 523. O percentual de TANU x Nascimentos aumentou de 82,21% para 95,31%. O maior aumento, de 66%, foi no Alojamento Conjunto e a maior redução foi de 52% no Ambulatório. Foi adquirido um novo Aparelho de Potencial Evocado Auditivo pela SMS, que facilitou o aumento da realização de exames de TANU. Sobre o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) a Tabela 138 informa sobre os indicadores de avaliação, onde verifica-se que em relação aos tempos médios decorridos TN, da coleta ao resultado do Laboratório, houve aumento de 5 para 6 dias, e da coleta à 1º consulta houve redução de 30 dias para 25 dias. Sobre o tempo de coleta, o número de pacientes com menos de 7 dias, aumentou de 24.980 para 25.828 e reduziu o número de coletas em pacientes com mais de 7 dias de 11.043 para 9.419, o que é positivo. Sobre os indicadores de desempenho pactuados, a Tabela 139 apresenta os Indicadores Gerais de Produtividade, onde destaca-se positivamente que houve aumento de 25% no número de internações, que passou de 2.009 para 2.521, superando a meta de 2.360 internações. O absenteísmo de consultas reduziu de 17% para 13% (-24%), também superando a meta de 24%. Houve aumento nos exames radiológicos/dia, passando de 27 para 40, sendo a meta de 25 exames. A produção geral/dia em número de atendimentos aumentou de 317 para 356, superando a meta de 250 e os Boletins de Atendimento/Dia apresentaram aumento de 270 para 302, também superando a meta de 280. A média de atendimentos na Sala da Emergência/dia aumentou de 47 para 75, superando a meta de 60. No Aleitamento Materno (Índice percentual de crianças que receberam LM na primeira hora de vida), que no entendimento da SETEC deveria estar entre os indicadores de qualidade, houve aumento, passando de 69,6% para 83,9%, sendo a meta de 60%. Outros indicadores apresentaram melhora nos resultados, embora ainda não tenham atingido as metas, como a média de Cirurgias/dia que aumentou de 8,7 para 10,8, sendo a Meta 18. A Taxa de ocupação reduziu de 89% para 84%, aproximando-se mais da meta de 70%, da mesma forma que em relação à taxa de ocupação da UTI pediátrica houve redução de 111% para 97%, sendo a meta de 70%. Destaca-se ainda o aumento da média de ocupação da UTI Neonatal, que passou de 95% para 110%, cuja meta é de 70%, demonstrando sobrecarga da estrutura existente. Quanto aos Indicadores Gerais de



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



Qualidade, descritos na Tabela 134, destaca-se como positiva a redução da taxa de Infecção Hospitalar de 60 para 47, a produção total de consultas ambulatoriais, que aumentou de 31.299 para 34.878, sendo a meta de 30.600 consultas. Salienta-se por outro lado que a mortalidade aumentou de 15 para 17, e que a média de permanência manteve-se em torno de 6,5 dias (a meta é 3,5). Sobre o **Hospital de Pronto Socorro**, no Quadro 52 são apresentadas as metas da PAS 2013, onde destaca-se positivamente o alcance parcial da meta 49 “*Reduzir em 90% o total de pacientes de Unidade de Internação cuja permanência exceda 20 dias*”, cujo alcance, no período analisado, foi a redução de 43,38%. Sobre essa meta, é informado no relatório que a mesma foi redimensionada, o que novamente deve ser salientado, na medida em que as mudanças no planejamento em saúde devem ser acompanhadas e definidas de forma pactuada com o controle social. Em relação à meta 50 “*Cumprir o plano operativo de reforma e expansão do HPS no percentual proposto para cada setor*” consta que até o período em análise foi executado 53,85% da obra de reforma da Sala de Recuperação e Bloco Cirúrgico, cuja meta é de 100%, demonstrando que a mesma não deverá ser cumprida até o final de 2013. Sobre a obra da emergência, que tem como meta anual execução de 90%, no período, se executou mais 10,64%, acumulando um percentual realizado de 66%. Sobre a obra da UTI, cuja meta é realizar 15% em 2013, consta que está em tramitação o processo de contratação dos projetos executivos. Sobre a aquisição da segunda casa na Av. José Bonifácio para qualificação e adequação do HPS, é informado que foram retomadas as negociações com os proprietários. Os atendimentos realizados no período são apresentados nas Tabelas 141, 142 e 143 onde verifica-se uma queda no número de boletins emitidos de 56.526 para 45.553 (-19,41%). Da mesma forma houve redução de -16,63% nos boletins efetivamente atendidos, que passaram de 50.581 para 42.168. Por outro lado, verifica-se que no total geral houve aumento no número de atendimentos em comparação a 2012, passando de 94.440 para 108.259 (+14,63%), considerado resultado do impacto da classificação de riscos no perfil dos pacientes atendidos, demonstrando que o HPS passou a atender pacientes mais complexos. Sobre esse aspecto, a tabela demonstra que a diferença entre o número de pacientes que passaram pela Classificação de Risco e o número total de pacientes atendidos nas diversas especialidades citadas, é 552 atendimentos. Considerando que nem todos os pacientes passam pela Classificação de Risco e que um mesmo paciente pode ser atendido em mais de uma especialidade, fica o questionamento sobre a forma como são encaminhados os casos não atendidos no HPS. Em relação aos exames de Apoio ao Diagnóstico, houve redução de 24,77% em comparação a 2012, passando de 28.557 para 21.483. Há uma informação de que houve redução significativa de exames menos complexos e aumento de exames mais complexos. De qualquer modo, é importante destacar as condições peculiares de funcionamento do Hospital num processo de grandes reformas da sua estrutura física. Salienta-se, em relação à Tabela 142, que deve haver equívoco na medida em que o número total de pacientes atendidos corresponde ao número total dos boletins emitidos e não dos atendidos. Quanto aos Indicadores de Desempenho, o Quadro 53 demonstra que houve aumento na Taxa de Ocupação de Leitos, que passou de 82,95% para 95,12%, justificado pela menor disponibilidade de leitos em função das reformas. Por outro lado, positivamente, houve uma redução importante na média de permanência, que passou de 6,50 para 3,71 dias, sugerindo otimização da estrutura disponível. O relatório informa que essas medidas permitiram a internação de 5.032 pacientes a mais que o mesmo período de 2012. Como já salientado antes, a média de boletins atendidos/dia reduziu de 459,56 para 370,35, ao mesmo tempo que a média geral de atendimentos/dia aumentou de 771,37 para 884,11. Sobre a procedência dos pacientes, o atendimento para Porto Alegre passou de 85,64% para 87,42%. Houve redução na média de atendimentos em sala de emergência/dia de 442,96 para 355,8, bem como o número médio de cirurgias/dia reduziu de 8,97 para 6,33. A ocupação média de paciente/dia na UTI e a produção média diária de exames se mantiveram estáveis. No Quadro 54 são demonstrados os quantitativos referentes à aquisição de equipamentos, implicados na modernização tecnológica do Hospital. Foram adquiridos 9 desfibriladores, 3 Biombos para proteção radiológica, 1 centrífuga para o laboratório e 6 cadeiras tipo poltrona hospitalar para conforto, a um custo total de R\$ 424.124,70. A maior parte deles foi adquirida com recursos federais do projeto Qualisus.

14. No capítulo sobre **Atenção em Urgências e Transporte de Pacientes**, é apresentada inicialmente a rede pré-hospitalar fixa, onde consta a habilitação do PA Lomba do Pinheiro e do PA Bom Jesus como UPA porte II pelo Ministério da Saúde, situação que não constou no capítulo sobre habilitações. O



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



Quadro 55 apresenta as metas da PAS 2013 onde, em relação à meta 51 “*Reduzir os chamados necessários e sem meios em 10% no atendimento realizado pelo SAMU*” consta a transferência e utilização parcial por parte da coordenação do SAMU das novas dependências locadas para este fim. Em relação à ampliação prevista e que efetivamente vai poder dar suporte à realização da meta, ainda encontra-se em estudos e tratativas. Em relação à meta 52 “*Ampliar o nº de Unidades Pré-hospitalares do componente fixo na cidade, passando de 1 para 7 unidades*” consta como ação efetiva a já citada habilitação do PA Bom Jesus e PA Lomba do Pinheiro como UPA porte II. As demais ações estão na dependência de tratativas dos terrenos, o que permite concluir que a meta não será alcançada até o final de 2013. Em relação às **Unidades de Pronto Atendimento**, a Tabela 144 informa sobre a produtividade geral (clínica médica e pediatria), onde verifica-se que os melhores indicadores de desempenho seriam do PABJ, que em comparação ao mesmo período de 2012 aumentou de 25.871 para 31.874 atendimentos (+23,2%) e reduziu as desistências de 21% para 13,8%. Inversamente foi o desempenho do PA Lomba do Pinheiro, PACS e PA Restinga, onde houve redução dos atendimentos e aumento das desistências. Na UPA Moacyr Scliar foram feitos 29.235 atendimentos e houve 16,5% de desistências e não é possível comparar com 2012, pois sua inauguração foi em setembro daquele ano. Sobre os atendimentos em pediatria, a Tabela 145 informa que houve, no período, redução dos atendimentos em todas as Unidades, sendo que a proporção de desistências também foi menor, com exceção do PA Lomba do Pinheiro. Na UPA Moacyr Scliar foram feitos 6.404 atendimentos com 5,2% de desistências. No atendimento aos adultos, a Tabela 146 indica que somente no PA Bom Jesus houve aumento no número de atendimentos em comparação a 2012, tendo ocorrido redução nos demais. Já as desistências caíram em todas as Unidades com exceção do PA Lomba do Pinheiro. Na UPA Moacyr Scliar foram feitos 22.831 atendimentos com 19,2% de desistências. Sobre o *Perfil de Classificação de Riscos nos Pronto-Atendimentos*, a Tabela 147 descreve o perfil de atendimentos no PACS, ressaltando-se que neste serviço houve aumento no Total Geral de CR, que passou de 27.667 para 28.090 (+6,36%), onde a proporção do Vermelho se manteve em torno de 0,1%, Laranja teve início em março e foi de 8,5%, Amarelo aumentou de 6,9% para 18,5%, o Verde teve queda de 82,3% para 70,1% e o Azul passou de 70,7% para 2,8%. A Tabela 148, referente ao PALP demonstra que houve aumento no total geral, que passou de 17.906 para 23.277, (+30%), onde a proporção do Vermelho aumentou de 0,1% para 0,2%, Laranja teve início em março e foi de 6,5%, Amarelo passou de 8,6% para 11,2%, Verde reduziu de 90,8% para 73,7% e o Azul aumentou de 0,5% para 4,2%. Na Tabela 149 estão descritos os dados do PABJ, onde consta que houve aumento de 13%, passando de 23.329 para 26.361. A proporção do Vermelho reduziu de 0,2% para 0,1%, Laranja passou de 8,2% para 5,3%, Amarelo reduziu de 17% para 14%, Verde aumentou de 71,1% para 74,3%, e o Azul aumentou de 3,5% para 6,2%. No PARES, a Tabela demonstra que, ao contrário dos demais, houve redução da CR de 26.384 para 23.545 (-10,7%), onde a proporção do Vermelho passou de 0,9% para 1,0%, o Amarelo aumentou de 15,3% para 16,6%, o Verde reduziu de 77,3% para 75,1% e o Azul aumentou de 6,5% para 7,3%, não constando classificação Laranja, demonstrando que aquele serviço ainda não atua com o Protocolo de Manchester, preconizado e adotado no município. Salienta-se que se trata de serviço terceirizado, em convênio com a AHMV, e que deveria atender o que prevê o Termo de Convênio quanto à adoção das diretrizes municipais na assistência à população. Na UPA Moacyr Scliar, embora não haja comparativos com o ano de 2012, a Tabela 151 informa que o total geral de CR foi de 29.259, dos quais 0,2% foram Vermelho, 6,9% Laranja, 23,3% amarelo, 80,3% verde e 4,9% Azuis. Salienta-se a importância do dispositivo CR nos serviços de urgência, que permite avaliar o desempenho da rede de saúde, mesmo que de forma indireta. Os dados informados sugerem uma melhor identificação, por parte da população, do tipo de atendimento oferecido nesses serviços, na medida em que praticamente em todos, com exceção do PABJ, houve aumento proporcional dos casos mais graves. Em relação ao **Plantão de Emergência de Saúde Mental (PESM)** a Tabela 152 informa sobre o PESH-PACS, em que houve redução nos atendimentos, que passaram de 4.676 para 4.543 (-2,8%). As desistências aumentaram de 4,2% para 7,4% e o total de pacientes em Sala de Observação aumentou de 1.426 para 1.696 (+18,9%), o que resultou num aumento da proporção dos pacientes que permaneceram em SO de 30,5% para 37,3%. Entretanto, o tempo médio em Observação/dia reduziu de 2,3 para 1,6 dias, o que é positivo. As causas da permanência na SO foram preponderantemente Dependência Química (55,2%), Esquizofrenia (10,9%) e Transtorno de Humor Bipolar (10,9%). As transferências hospitalares aumentaram de 75,6% para 81,8%, podendo significar



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



uma melhor regulação dos leitos nessa área. Sobre o PESH-IAPI, a Tabela 153 informa que houve aumento no total de pacientes atendidos, que passaram de 3.502 para 3.614, aumento de 3,2%. As desistências aumentaram de 0,8% para 1,5% e o total de pacientes em Observação passou de 1.123 para 1.492 (+32,9%), que resultou num percentual em SO que passou de 32,1% para 41,3% (+28,6%). O tempo médio de permanência aumentou de 1,3 para 1,5 dias. Nas causas da permanência, as Dependências Químicas aumentaram de 15,1% para 39,8%, Depressão passou de 19,4% para 20,8% e Transtorno de Humor Bipolar reduziu de 14% para 11,1%. As transferências Hospitalares reduziram de 100% para 83,4%. Com relação ao **SAMU**, a Tabela 154 informa sobre o Perfil das Ligações, em que o total geral aumentou de 144.275 para 156.107, aumento de 8,2%. Nos tipos de ligações, salienta-se que houve aumento de 9,7% nos Trotes que passaram de 34.795 para 38.172, e que as chamadas efetivamente Reguladas aumentaram em 19,9%, passando de 28.653 para 34.362. Na Tabela 155, sobre Tipos de Atendimentos, registra-se que houve aumento de 10,5% no total geral de atendimentos, passando de 12.051 para 13.318. As maiores causas são de casos clínicos (46%) e traumáticos (36,4%), seguidos dos psiquiátricos (8,5%), transportes (7,2%) e obstétricos (1,9%). Comparando com 2012, os maiores aumentos foram de 17,3% nos atendimentos psiquiátricos, 15,5% Clínicos e 13,8% Obstétricos. No Quadro 56, que descreve o Coeficiente de Mortalidade dos Atendimentos Pré-Hospitalares, observa-se que houve pequena redução do Coeficiente (óbitos para cada 1.000 atendimentos), que passou de 31,4 para 31,2. No ano de 2013 foram 416 óbitos para 13.318 (APH) e em 2012 foram 378 óbitos para 12.051 (APH).

15. Sobre o **Financiamento do SUS**, a análise da SETEC considerou a legislação vigente, em especial a Lei 141/2012. Também foram consideradas as normas e portarias do Ministério da Saúde e SES/RS, que disciplinam a aplicação dos recursos transferidos. Neste sentido, cabe considerar que:
 1. A Prefeitura de Porto Alegre ainda não cumpre o que prevê a Lei e o que recomendou o CMS, em relação às transferências dos recursos da fonte municipal para o Fundo Municipal de Saúde, que permanece composto basicamente pelos recursos transferidos das outras fontes de financiamento (estadual e federal). Cabe ainda salientar que não há referências às transferências ou despesas realizadas pelo IMESF, bem como às relativas ao projeto INFOREDE, contratadas à empresa GSH.
 2. **Recursos da fonte municipal** – Em relação ao que determina a EC 29 e a Lei 141/12, é informado no relatório SIOPS que o percentual aplicado em ASPS foi de 18,97% até o período em análise, correspondendo a um valor total de R\$ 384.760.419,16. No quadrimestre, do total destas despesas (R\$ 180.979.415,69), 78,56% foram despesas com o pessoal ativo, 1,19% com medicamentos, 0,88% com investimentos em obras, equipamentos e mobiliários. No relatório SIOPS ainda constam as despesas distribuídas por subfunção que, no entanto, não constam dos relatórios apresentados pelo município. Em relação às despesas com pessoal, o pagamento de horas extras correspondeu a um montante de R\$ 5.873.589,92, inferior ao realizado no período anterior (-2,13%). É importante considerar que a fonte municipal financiou 43,11% do total de gastos com saúde no período. Dentre as despesas desta fonte de recursos, cabe ainda destacar entre as despesas de custeio as transferências a instituições privadas e instituições de caráter assistencial, cultural e educacional. O valor transferido foi de R\$ 309.333,50 e destinou-se à Fundação Universitária de Cardiologia, por conta do Incentivo Municipal à Estratégia da Saúde da Família, criado pela Portaria 627/2009, já apontada diversas vezes nas análises anteriores dos Relatórios de Gestão. As despesas com a PROCEMPA corresponderam a R\$ 6.816.221,70 e esta questão se mantém inalterada no que tange à forma de comprovação das despesas, já apontada pelo CMS anteriormente. Entre as despesas de investimento, estão contempladas diversas obras, das quais se destacam as relativas ao HMIPV, na medida em que o Hospital conta com recursos do teto financeiro transferido pela União para realizar as suas despesas de recuperação e manutenção, conforme Resolução nº 2/2008. Constam ainda compra de equipamentos, mobiliário e outros materiais permanentes. Em relação ao que estabelece a legislação vigente, no entendimento da SETEC não devem ser consideradas como ASPS as despesas não previstas e aprovadas pelo CMS, bem como as que não são devidamente comprovadas como despesas em saúde, como são as transferências à FUC por conta do IMESF e as despesas com a PROCEMPA que não forem devidamente comprovadas.



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



3. **Recursos da fonte estadual** - foram transferidos no segundo quadrimestre de 2013, por parte do FES/RS o total de R\$ 16.764.926,40, montante praticamente igual ao repassado no quadrimestre anterior, que continua sendo a parcela menos significativa no financiamento do SUS municipal (4,39%). As receitas maiores estão nos vínculos da Atenção Básica (4011- Incentivo Atenção Básica; 4090 – PSF) e 4230-Hospitais Públicos. Considerando os saldos do período anterior, do total de recursos disponíveis, foram executados 42,64%, desempenho muito superior ao realizado no período anterior. Entre as despesas, as de maior volume foram as transferências para os prestadores privados, dos incentivos do Programa de Apoio aos Hospitais vinculados ao SUS (R\$ 11.019.382,58), seguidas das despesas com convênios (R\$ 2.790.000,00), transferidas ao IMESF, e as despesas com Medicamentos (R\$ 2.924.041,34). Em relação ao vínculo 4071, referente à Municipalização do Murialdo, não foram feitas transferências, demonstrando que ainda não se restabeleceram os repasses definidos no Termo de Compromisso da municipalização. Sobre algumas despesas coube destacar: 4011 – Incentivo à Atenção Básica - compra de gêneros de alimentação, já apontado em relatórios anteriores e que se destinaram a serviços que não compõem a rede de Atenção Básica, como Casa Harmonia, Pensão Pública Protegida Nova Vida e Casa de Apoio Viva Maria; 4190- Epidemiologia – despesas com Congressos, Simpósios e Conferências (R\$ 86.930,00), e que se destinaram, conforme justificativas da SMS, para a Campanha da Dengue. Constata-se que há equívocos na forma de execução das despesas, o que pode sugerir necessidade de qualificar e apoiar tecnicamente os processos de trabalho da equipe do FMS.
4. **Recursos da fonte federal** - foram transferidos no segundo quadrimestre de 2013, por parte do governo federal, o total de R\$ 184.561.923,14, valor praticamente igual ao repassado no mesmo período de 2012 e inferior em relação ao repassado no quadrimestre anterior (-11,31%), sendo esta a maior participação no financiamento do SUS municipal. Em relação aos blocos de financiamento, verifica-se que no custeio da Atenção Básica os recursos recebidos no segundo quadrimestre foram inferiores aos do período anterior (-13,12%), da mesma forma que os repasses da Média e Alta Complexidade (-12,05%). Salienta-se o novo repasse de incentivos para a Saúde Prisional (R\$ 28.350,00). Considerando os saldos do período anterior, do total de recursos disponíveis, foram executados 72,69%, percentual superior ao do quadrimestre anterior. Em relação às despesas realizadas, no bloco da Atenção Básica, constam despesas com convênios (R\$ 14.173.500,00), que corresponderam a 63% e que, se somadas às despesas com cooperação (R\$ 6.746.336,76) representaram 93% de todos os gastos realizados com os recursos desse bloco. Sobre essas despesas, a SMS informou que além dos pagamentos para o IMESF, foram repassados recursos para a Associação Educadora São Carlos - Hospital Mãe de Deus, para operacionalização do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde do Serviço de Pronto Atendimento e Unidade de Internação em Saúde Mental do IAPI, bem como para a Associação Literária São Boaventura (Casa Fonte Colombo), convênio destinado ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, na categoria de Centro de Convivência, o que novamente identifica equívocos na execução dos recursos da Atenção Básica. Neste bloco ainda constam despesas com Obras (UBS São José, USF COHAB Cavalhada, bicicletários na USF Chapéu do Sol e Núcleo Esperança), todas constantes da Planilha de Investimentos no âmbito da Atenção Básica. No Bloco da Média e Alta Complexidade, a maior parcela das despesas realizadas (80,7%) destinou-se ao pagamento dos prestadores de serviços de saúde, correspondendo a R\$ 152.318.741,88. Constam também despesas com Convênios (R\$ 7.246.453,00), transferidos também à Associação Educadora São Carlos - Hospital Mãe de Deus, para operacionalização do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde do Serviço de Pronto Atendimento e Unidade de Internação em Saúde Mental do IAPI; aquisição de veículos (R\$ 2.748,00). As despesas do bloco da Farmácia Básica somaram R\$ 2.967.594,47. No Bloco de Programas Federais, foram executadas compras de equipamentos (R\$ 16.684,20), bem como com recursos de Emendas Parlamentares (R\$149.450,00). No Bloco da Vigilância em Saúde constam despesas com a reforma do prédio sede da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.
16. No capítulo relativo ao **Desempenho dos Indicadores no Ciclo de Vida**, a análise inicia em relação a **Criança e Adolescente**, onde cabe destacar primeiramente que as metas, em sua maior parte, são de aferição anual e que a alimentação dos dados no quadrimestre está incompleta pela não inclusão do



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



mês de agosto. Verifica-se um esforço nas ações realizadas no período em análise, sejam elas exclusivas da SMS ou em parceria com a SMED e outras envolvendo a rede hospitalar. Assim sendo percebe-se que persistem algumas carências fundamentais para o cumprimento das ações, como por exemplo em relação à meta 8 “*Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita de 14,5/1000 NV para 14/1000 NV, com equidade segundo raça/cor*”, onde uma das ações é a implantação do Teste Rápido. Consta que a ação está com dificuldades de acontecer em função da insuficiência de “recursos humanos e espaço físico” nos serviços de APS. A Tabela 157 descreve, por região da cidade, a situação da Triagem Neonatal, onde avalia-se como positiva a melhora da captação precoce dos RN, em todas as GD, atingindo a proporção de 81,8% na cidade. Também são positivos os dados sobre AME que também demonstram bom desempenho em praticamente todas as GD, com exceção do Centro e GCC, embora conste que os dados são parciais. Já em relação à cobertura vacinal, novamente preocupam sobremaneira os dados apresentados, destacando-se novamente as GD Centro e GCC, além da SCS, onde além da queda de cobertura em relação a 2012, os próprios índices, em si, são muito baixos. Mesmo considerando a justificativa de que os dados são parciais, o desempenhos dessas GD, em especial a Centro, devem merecer atenção por parte da SMS. Na Tabela 165, que informa sobre avaliação antropométrica em alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio, há uma queda no atingimento da meta e em que pesem algumas ações como a aquisição de balanças que devem chegar em novembro, já no final do ano letivo, o que se espera é um bom uso para 2014. Na Tabela 166, que trata da triagem da acuidade visual em alunos da rede pública de ensino de Porto Alegre, verifica-se variação positiva em relação a 2012 e a manifestação de que houve maior estímulo ao trabalho dos técnicos, pelo fornecimento de óculos através do programa Porto Olhar Alegre. As Tabelas 167 e 168, que tratam das internações por asma e IRA em menores de 5 anos não podem ser analisadas, por problemas de informações e deverão ser melhor avaliadas no RAG. Na Tabela 169, que descreve a taxa de primeira consulta do recém-nascido até os 7 dias de vida, verifica-se positivamente um aumento de 8,8%. Esse dado permite inferir melhora no acesso à primeira consulta do RN na primeira semana de vida. Há referência a um maior empenho na ação de acolhimento na rede de APS, que tem ampliado esse acesso. Em relação aos adolescentes, a Tabela 170 descreve as consultas realizadas por tipo de profissional, onde não estão contabilizados os dados de agosto. Desse modo só é possível evidenciar que houve aumento nas consultas de enfermagem. Em relação à **Saúde do Trabalhador** no quadro 59 são apresentadas as metas da PAS, onde coube destacar que em relação à meta 17 “*Implantar a notificação e ações em Saúde do Trabalhador em 70% na Rede de Urgências do município de Porto Alegre*” a definição de fluxos e referências das notificações em saúde do trabalhador nos serviços de urgência tiveram somente o foco para o risco biológico. Por isto esta ação foi realizada parcialmente. A meta 46 “*Implantar o Fluxo de Notificações e Ações em Saúde do trabalhador em 02 Gerências Distritais*” a ação que pretendia ampla divulgação dos fluxos definidos aos profissionais da rede não foi efetivada, uma vez que apenas ocorreu no âmbito das equipes das gerências. Da mesma forma, a ação de estabelecer o CEREST como referência técnica, foi avaliada pela CIST como realizada parcialmente, e não de forma plena como está sugerido no relatório. A ação do fornecimento de infraestrutura não foi realizada e o mapeamento das ocupações dos usuários também não ocorreu, justificado pelas dificuldades da inforede. O simples fato, por exemplo, da ausência do campo ocupação nos formulários de cadastramento não permite identificar se o paciente é trabalhador ou não. Portanto, sem identificar se a doença é do trabalho. Em relação à meta 75 “*Implantar o fluxo de notificações e ações para crianças e adolescentes em situação de trabalho em 03 Gerências Distritais de Porto Alegre*” consta a definição de projeto-piloto, em articulação intersetorial com a FASC, na GD LENO, bem como são descritas ações de capacitações e sensibilização das equipes. A Tabela 171 demonstra os atendimentos realizados pelo CEREST, que apresentaram queda em relação a 2012, justificada pelas mudanças estruturais e da coordenação ocorridas no período anterior. A Tabela 172 apresenta os óbitos relacionados ao trabalho notificados e investigados, um número absolutamente irrisório (5 em 2012 e 4 em 2013), permitindo supor a subnotificação das doenças, o que remete à necessidade de capacitação dos trabalhadores, desde a recepção do paciente. A Tabela 173 descreve as outras notificações no SINAN, onde chama atenção o fato de que o foco no risco biológico resultou na elevação do número de casos notificados de acidentes com material biológico. Na Tabela 174, os valores informados sobre as variações nos comparativos com 2012 estão todos incorretos. Na **Saúde**



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



da Mulher, em vista de não ter sido encaminhada análise por parte da Comissão de Saúde da Mulher do CMS/POA, a presente avaliação ficou sob a responsabilidade da SETEC. O quadro 60 apresenta as metas previstas na PAS com a descrição das ações desenvolvidas e realizadas no período, onde, em relação à meta 15 “Garantir seguimento/tratamento das mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para 100% dos casos diagnosticados” são informadas algumas ações relacionadas ao fluxo de informações entre os serviços da APS e de referência, o que é positivo, no entanto ainda é incipiente a condição de busca ativa dos casos. É informado que o percentual de seguimento foi de 30% no período analisado. Em relação à meta 16 “Manter a razão de mortalidade materna abaixo de 35/100.000 com equidade segundo raça/cor”, o relatório enfatiza a discussão e análise do Comitê de Mortalidade Materna e inclusão do aspecto raça/cor nas análises. A avaliação do indicador só será possível com o fechamento dos dados no RAG. Sobre a meta 38 “Aumentar a razão de mamografias realizadas de 0,18 para 0,19 em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos”, as ações desenvolvidas no período são referentes à constituição de reforço técnico em todas as GDs para a temática da Saúde da Mulher, o que pode ser positivo, na medida em que se reforça o olhar das equipes de saúde para esses problemas. É informado que no acumulado dos quadrimestres de 2013 a razão de mamografias realizadas na população de 50 a 69 anos ficou em 0,17. Em relação à meta 39 “Aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,45 para 0,46”, as ações vão no mesmo sentido que para a meta anterior. É informado que no acumulado dos quadrimestres de 2013 a razão de CP na população de 25 a 64 anos ficou em 0,43, e embora ainda não tenha sido atingida a meta anual, consta na Tabela 182 que, em relação a 2012, houve incremento importante dessa ação. Sobre a meta 73 “Implantar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres afrodescendentes em situação de vulnerabilidade” consta como concluído o protocolo, que está em fase de validação, o que pressupõe o atingimento da meta no final do ano. Em relação à meta 76 “Reduzir de 14,8% para menos de 14,5% a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor”, destaca-se positivamente as ações descritas, que informam sobre a ênfase em ações de caráter interdisciplinar, envolvendo uma atenção diferenciada para o público adolescente junto à rede escolar. É informado que, no período, a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor ou igual a 19 anos ficou em 15%. A Tabela 175 apresenta os dados relativos à mortalidade de mulheres em idade fértil, que, em comparação ao mesmo período de 2012, apresentou redução, bem como o número de nascidos vivos em 2013 foi inferior ao de 2012. Outra informação positiva, constante da Tabela 176, é referente ao maior número de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, quando comparado a 2012. É importante ressaltar que o aumento ocorreu em todas as GDs. Em relação aos partos, o relatório apresenta na Tabela 178 as respectivas informações, onde cabe destacar que são nominados de Hospitais Públicos, na verdade a rede que atende SUS. No entendimento da SETEC essa denominação está equivocada, pois deveria apenas diferenciar se o parto foi coberto pelo SUS ou não, pois os hospitais privados que atendem o SUS, também atendem partos pelo setor suplementar. Na referida tabela consta uma pequena migração, no período em análise, de partos SUS para o setor privado (- 6%). De qualquer modo, se mantém a média conhecida de 70% dos partos sendo realizados pelo SUS. Em relação ao tipo de parto, a média de cesarianas ficou em torno de 51%, destacando-se a grande diferença na proporção, quando se analisa as condições dos partos SUS e os privados, onde, nestes últimos, se atinge a proporção de 83%. Sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, de acordo com a Tabela 179, observa-se redução importante na distribuição dos contraceptivos orais combinados (-35,1%), na minipílula (-34,2%) e no injetável mensal (-13,4%) em relação ao mesmo período do ano anterior, sem que se conheça as causas do fenômeno, o que deve seguir sendo monitorado durante o ano para melhor avaliação. Por outro lado, percebe-se um aumento significativo na distribuição de Levonorgestrel 0,75mg (+203,2% - concepção de emergência), o que possibilita inferir uma melhora no acesso a esse medicamento, ou também mudanças no comportamento da população feminina. Salienta-se positivamente o aumento no acesso ao DIU, bem como redução no número de histerectomias e vasectomias, talvez significando uma estabilidade no quantitativo desses procedimentos. A Tabela 180 informa sobre insumos adquiridos/recebidos, no entanto, contradiz informação anterior de que os insumos estratégicos, no período em análise, foram repassados em quantidade suficiente pelo órgão federal, sendo informada a aquisição por parte da SMS de 73.000 unidades de anticoncepcional oral. No Relatório do 2º quadrimestre foi



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



inserido um capítulo sobre **Saúde do Homem**, evidenciando a preocupação em estruturar a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem – PMAIS. Em que pese ser enfatizado, e quiçá pretendido, o atendimento *integral*, a preocupação é com o câncer de próstata. Essa preocupação é lógica, mas julga-se que deve ser enfatizada a saúde do indivíduo em sua globalidade e a rede de saúde deve estar preparada através de capacitação, oferta de recursos laboratoriais, medicamentosos e cirúrgicos ou quaisquer outros que a medicina moderna ofereça, com presteza e regularidade. É necessário trabalhar com a população as fantasias relacionadas aos exames de prevenção e detecção precoce do câncer de próstata, donde considera-se essencial a tarefa de capacitação para o acolhimento e acuidade clínica, bem como o devido suporte especializado na área urológica e emocional. No Quadro 61, em relação à meta 47 da PAS 2013 “*Ampliar a oferta de biópsias de próstata de 200/ano para 250/ano*” consta que no quadrimestre em análise, em números absolutos, já foi superada a meta anual, apesar de terem sido realizados menos procedimentos do que no mesmo período de 2012. Avalia-se necessário redimensionar a meta. Em relação às consultas especializadas, embora tenham sido ofertadas menos consultas do que em 2012, o aproveitamento das agendas foi melhor, embora considerado baixo, em especial nos Centros de Especialidades (61,2%). Em relação aos óbitos por câncer de próstata, no período analisado eles superaram em 10,5% os dados de 2012, o que leva a concluir a necessidade de qualificar a oferta e o acompanhamento efetivo dos casos. Em relação à **Saúde do Idoso**, o relatório descreve no quadro 62 as 2 metas da PAS 2013, onde são apresentadas as ações desenvolvidas e os indicadores propriamente ditos são descritos em outras tabelas. As ações descritas permitem identificar que há avanço do compromisso com os idosos. Trabalhando nos dois eixos estabelecidos no PMS, as ações previstas e realizadas tiveram um acompanhamento e envolvimento transversal. Destaca-se a parceria com o COMUI, especialmente no que concerne à realização da Conferência Municipal do Idoso em ações compartilhadas. Também destaca-se positivamente o trabalho em parceria com a EPTC e com as Universidades envolvidas, especialmente o início efetivo das atividades do PET-Saúde desenvolvido pelo IPA e aprovado pelo CMS junto à GD-NHNI. Ações públicas no Parque da Redenção e outros demonstram a preocupação com a violência aos idosos e a incidência das DST neste grupo etário. Na Tabela 186 são apresentados os indicadores relativos às metas da PAS 2013. Em relação à meta 41 “*Reduzir o nº de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura de fêmur de 29,6 para 25 por 10.000/hab*” os dados apresentados são parciais e relativos ao 2º trimestre e informam aumento do número de internações em relação a 2012, o que deve ser melhor avaliado no RAG. Sobre a meta 42 “*Reduzir o nº de internações por AVC em população com mais de 60 anos para menos de 85,3 por 10.000/hab*” os dados, da mesma forma parcial que os anteriores, indicam uma redução no número de internações. Em relação à oferta de consultas médicas da rede de APS, os dados do Quadro 63 demonstram uma certa estabilidade no acesso às consultas, que correspondem a uma média de 20% do total, com exceção das GD PLP e GCC, que ficaram bem abaixo, inclusive em relação a 2012, justificado pela menor proporção, na população daquelas regiões, do contingente de idosos. Em relação às consultas odontológicas não foram apresentados os dados por dificuldades com o preenchimento dos mesmos. É preciso destacar positivamente a evidente evolução no comprometimento com os idosos, na medida em que nos relatórios anteriores esse capítulo ocupava algumas linhas, que hoje ocupam páginas e quadros elucidativos deste comprometimento. No capítulo sobre **Populações Vulneráveis**, em relação à **Saúde da População Negra** o quadro 64 apresenta as metas da PAS onde, em relação à meta 66 “*Qualificar a coleta e analisar os dados com enfoque raça, cor e etnia em 100% dos sistemas de informação de notificação compulsória e no cadastro do Sistema AGHOS*” não está descrito o indicador, impossibilitando a aferição da meta. Em relação à meta 67 “*Realizar ações de promoção e prevenção à saúde da população negra em 50% dos serviços próprios com maior densidade de população negra*” também não há a descrição do indicador, não sendo possível verificar o percentual da meta, bem como não está descrito quantos e quais são os serviços que tem maior densidade populacional de população negra. Sobre a meta 68 “*Ampliar de dois para três Quilombos atendidos pela ESF*” há a descrição de que o processo está em andamento, como no período anterior. Nas metas relativas à saúde da população negra, permanecem os problemas apontados na análise das ações de 2012 e 2013. Não aparecem os números referentes aos percentuais propostos, impedindo que as ações sejam focadas, no caso dos serviços de saúde, onde há maior necessidade, assim como os dados referentes ao sistema de informação de notificação compulsória. Dessa forma questiona-se em



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



que medida eles são analisados pelas demais áreas técnicas a fim de propor ações que impulsionem a política da saúde da população negra, visto que foi elencada como prioridade na 6ª Conferência Municipal de Saúde. A análise da área técnica descreve a realização de seminário em conjunto com o Observa POA como elemento propulsor da política de saúde da população negra, que teve como resultado a priorização de ações pelas GDs. Do mesmo modo, destaca ainda a área técnica em sua análise, a realização de seminário preparatório para a Conferência da Igualdade Racial que envolveu número significativo de trabalhadores (150). Destaca-se positivamente também a participação da área técnica em atividades intersetoriais, bem como a articulação com entidades nacionais do SUS e a conquista de recursos junto ao Ministério da Saúde. Entretanto, os recursos ainda não haviam sido transferidos no período em análise, conforme informações do setor financeiro da SMS. Não há, igualmente, por parte do município, alocação de recursos para a implantação da política. Quanto aos **Povos Indígenas**, o Quadro 65 apresenta as metas da PAS 2013 onde, em relação à meta 21 “*Implantar a vigilância ambiental em 4 das 6 comunidades indígenas*” o relatório descreve as visitas realizadas nas comunidades no período, as ações desenvolvidas, assim como as necessidades das comunidades, no entanto restou informar se de fato a meta foi atingida, ou seja, se a vigilância foi implantada. Sobre a meta 69 “*Implementar a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena*” está descrito que a equipe ainda não está completa, restando a contratação dos profissionais médico e dentista, no aguardo através do programa mais médicos do MS para a vaga do profissional médico, contando atualmente com um enfermeiro, três agentes de saúde e dois técnicos contratados pela SESAI. Portanto a meta foi parcialmente atingida. Além disso consta que o veículo necessário para o deslocamento da equipe entre as comunidades ainda não foi adquirido por problemas de recursos do IMESF. Em relação à meta 70 “*Reduzir para 10/ano eventos diarreicos em crianças indígenas menores de 5 anos, relacionados com deficiência em saneamento*” está informado que todas as aldeias estão com monitoramento de eventos diarreicos, embora não haja ainda a descrição do indicador, já solicitada em períodos anteriores. Na tabela 188 constam os dados relativos aos eventos diarreicos da Lomba do Pinheiro (3). Sobre a meta 71 “*Atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas*” há a descrição de que a meta foi atingida, no entanto não há registro específico dos dados, mas há a previsão de capacitação assim que a equipe estiver completa. Neste quadrimestre são apresentadas tabelas com o número de famílias cadastradas e o número de pessoas cadastradas no período (82) e (315) respectivamente no total, sendo que o maior número de famílias está na Lomba do Pinheiro (41), seguida pelo Morro do Osso (30) e Polidoro (11). A equipe realizou o total de 431 visitas domiciliares no período, o que demonstra que embora com bastante atraso e ainda com alguns limites, como a falta dos profissionais médico e dentista e a demora na reforma e construção das residências, já se observa que as comunidades estão assistidas e com referência em saúde. Em relação à **Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade**, o Quadro 67 apresenta as metas da PAS 2013 onde, em relação à meta 72 “*Prestar atendimento integral de atenção à saúde a 100% das pessoas ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier*” é informado que a meta foi atingida, que ingressaram e foram atendidos pelos profissionais da unidade de saúde, 2.861 homens no Presídio Central. Na Penitenciária Madre Pelletier, no mesmo período, ingressaram e foram avaliadas na unidade, 290 mulheres, das quais cerca de 40% progrediram de regime, ou tiveram suas prisões revogadas e colocadas em liberdade. Os dados referentes à produtividade das equipes estão descritos nas tabelas 192 e 193, onde é possível verificar que em comparação ao mesmo período de 2012, no PCPA houve redução no ingresso de novos pacientes em alguns grupos (DST/AIDS, hipertensos e diabéticos), ao mesmo tempo em que houve aumento importante em praticamente todos os tipos dos usuários em atendimento. Destaca-se a ampliação do atendimento odontológico (+ 45,58%), bem como a iniciativa da equipe de ampliar o acesso dos apenados ao atendimento em saúde, construindo parcerias com as equipes de segurança do PCPA, onde foi incluído, com destaque positivo, o atendimento a 8 presos portadores de Hepatite C. Registrou-se um óbito no período. Na PFMP a situação é quase inversa, isto é, houve um aumento importante de casos novos, justificados pela nova forma de ingresso e mobilidade das apenadas no sistema penitenciário. Consta a ocorrência de 2 óbitos no período, e destaca-se a ação de aproximação da equipe da Unidade com a Unidade Materno Infantil da SUSEPE.

17. No capítulo sobre **Controle Social**, o Quadro 68 apresenta as metas da PAS 2013 onde, em relação à meta 97 “*Estruturar os 13 Conselhos Distritais de Saúde de Porto Alegre*”, quanto à estrutura física,



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Criado pela Lei Municipal nº 277/92 – Lei Federal 8.142/90



houve pequenos avanços no sentido de identificação de áreas para a instalação de alguns CDS (Partenon, Humaitá/Navegantes/Ilhas). Quanto à adequação de Recursos Humanos, os estagiários deverão ser incluídos apenas a partir de 2014. Sobre a meta 98 “*Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 60% dos serviços de saúde*” consta que foram desenvolvidas as ações previstas, com destaque para as regiões Norte, Eixo Baltazar, Restinga, Extremo Sul, Glória, Cruzeiro e Cristal.

18. Conclusão: O Relatório de Gestão do 2º Quadrimestre de 2013 segue o Roteiro acordado, embora ainda se verifiquem justificativas sobre as dificuldades no manejo dos dados e sistemas de informações, que por vezes comprometem as análises por parte da SETEC. Foram apresentadas as metas da PAS 2013, no entanto, em relação às mesmas, nem sempre são demonstrados os dados e indicadores respectivos. Em relação às ações desenvolvidas, ressaltam-se positivamente, no âmbito da gestão: o acompanhamento das metas através dos grupos regionais de monitoramento e avaliação; as ações de consolidação da integração ensino-serviço; a execução de obras, reformas e aquisição de equipamentos, que qualificam a rede de saúde, com destaque para a elaboração e utilização efetiva da Planilha de Investimentos orientando o planejamento de investimentos em saúde e melhora na execução orçamentária dos recursos do Fundo Municipal de Saúde. No âmbito da atenção à saúde: as metas atingidas na área da Saúde Bucal, mostrando melhora na gerência do setor, com destaque para a ampliação da cobertura na ESF bem como da atenção especializada, com a abertura do CEO IAPI; a boa produtividade na Saúde Nutricional; melhora de alguns indicadores na Saúde da Criança, com destaque para a captação precoce dos RN nos serviços de APS e as ações intersetoriais na área da saúde dos adolescentes; redução da mortalidade de mulheres em idade fértil e aumento da cobertura do pré-natal; ações integradas e intersetoriais na atenção aos idosos; o desempenho das equipes que atendem a população prisional; bom desempenho das equipes de Vigilância em Saúde, com destaque para a implementação avançada do Teste Rápido para o HIV, o controle dos casos de Dengue e a melhora de indicadores no controle da Tuberculose; a redução do bloqueio das agendas dos prestadores privados contratados; a melhor produtividade das equipes e unidades no HMIPV, repercutindo em bons indicadores de produtividade e qualidade e melhor gestão dos leitos e serviços no HPS. Em contrapartida, como aspectos negativos, salienta-se: a morosidade na elaboração do estudo de dimensionamento de pessoal, a falta de profissionais na composição das equipes da rede de Atenção Básica, bem como da Vigilância de Alimentos, salientando-se a constatação de que o quadro de pessoal da SMS, a cada período, está sendo incrementado por trabalhadores não estatutários; o não cumprimento de uma parte considerável das ações previstas na PAS, o que deverá significar baixo desempenho operacional do Planejamento em saúde, com destaque para projetos estratégicos, como a informatização da rede, que tem impacto na reduzida capacidade de regulação por parte da GRSS dos serviços próprios e contratados; áreas especialmente deficitárias, como a saúde mental, as imunizações, e a atenção às populações negra e indígena e a baixa produtividade das equipes da APS, apesar do aumento sugerido da cobertura pela ESF. O relatório financeiro também evidencia que o Fundo Municipal continua não operando conforme determina a legislação vigente, cabendo ainda destacar que algumas despesas apresentadas como ASPS, na análise da SETEC, não se enquadram no que determina a Lei 141/12.

II - DECISÃO DA SECRETARIA

Levando em consideração o exposto, a Secretaria Técnica submete esta análise à deliberação do Plenário.

MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA

Coordenadora da Secretaria Técnica