



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: 05, 12, 19 de junho e 10 de julho de 2013		
ASSUNTO: Relatório Anual de Gestão de 2012		
ENTIDADE: Secretaria Municipal de Saúde		
PARECER Nº:  <b>14/13</b>	APRESENTAÇÃO: 1) Completa > não 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 de abril de 2013, entretanto sem a prestação de contas financeira anual que, após solicitada pela SETEC foi enviada em 06 de junho. O relatório de atividades, de uma maneira geral, observou o Roteiro definido pela Resolução 36/2011. O Relatório 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 das representantes da SMS na SETEC. Neste debate, restou acordado que o parecer não deverá ser descritivo do Relatório apresentado, devendo se deter na análise e apontamento dos aspectos relevantes, que mereçam destaque, especialmente a avaliação em relação às metas previstas na PAS 2012 e as recomendações encaminhadas ao Sr. Prefeito após a avaliação do Relatório do 1º Quadrimestre. Assim, a análise dos documentos apresentados permitiu as seguintes considerações:

1. no capítulo da **Apresentação**, salienta-se o processo de elaboração do RAG 2012, referido como o principal instrumento de planejamento estratégico de curto prazo da Secretaria Municipal de Saúde.
2. No capítulo sobre **Organização e funcionamento da SMS** é informado que a descrição foi feita nos relatórios quadrimestrais, dos quais destacamos a publicação do Decreto nº 17.898, de 2 de agosto de 2012, publicado no Diário Oficial 4322, de 13 de agosto de 2012, que altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, passando a Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde, para Coordenadoria Geral de Atenção Primária, Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos. Em relação ao IMESF o RAG e os relatórios quadrimestrais não informaram absolutamente nada a respeito de sua implantação e estruturação no município.
3. No capítulo sobre **Legislação** são destacadas: a Resolução 64/2011 do CMS, referente à aprovação da Minuta de contrato do Hospital Independência; a Portaria 802, que definiu os critérios de concessão e o elenco de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos usuários portadores de Diabetes Mellitus; a Portaria 289, publicada em março 2012, que instituiu a realização do teste rápido para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis na rede de atenção primária em saúde; Portaria 750, que estabeleceu Norma Técnica dos Enfermeiros; a modificação da Portaria nº 001/12 no sentido de incluir os coordenadores ou assessores das Áreas Técnicas de Atenção à Saúde Mental, Nutricional, Bucal, da População Negra, e de DST/ AIDS/ Hepatites Virais da CGAPSES no Grupo de Trabalho Intersectorial do Programa de Saúde do Escolar; a portaria nº 45.222 referente à composição do Comitê de Morte Materna; Portaria 1.132/2012 que oficializou a responsabilidade técnica de acompanhar, monitorar e coordenar o Programa Municipal de



Controle do Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, vinculado diretamente à Área Técnica de Atenção a Pneumologia.

4. No capítulo sobre **Participação em instâncias colegiadas** é descrita a participação de integrantes do quadro técnico e político da SMS nas diversas instâncias de pactuação e gestão tanto no âmbito municipal (intersetorial) como no âmbito do SUS (intergestores).
5. No capítulo sobre **Habilitação a recursos**, é informado que constaram do Relatório de Gestão do 2º quadrimestre. Entretanto, de acordo com o Roteiro aprovado, devem ser informados os novos recursos a que o município se habilitou e que irão compor o conjunto de transferências das outras esferas de gestão no período analisado. As informações se restringiram à rede de APS, não sendo informado se houveram novas habilitações em outros Blocos de Financiamento.
6. No capítulo sobre **Gestão na Saúde** é destacada a reestruturação da ASSEPLA, com ênfase nas ações de capacitação em planejamento setorial de áreas estratégicas como a regulação de serviços, a ouvidoria, a humanização, a atenção primária, a integração ensino-serviço e o próprio planejamento, para o acompanhamento das metas estratégicas do PMS 2010-2013. Sobre a **Gestão do trabalho em saúde**, no Quadro 1 são apresentadas as metas da PAS 2012, onde destaca-se a realização parcial da meta 138 - *contratar 140 Agentes de Endemias para as Unidades de Saúde da Família para AIDS, tuberculose, dengue, álcool e drogas*. O relatório informa a contratação de 131 Agentes através do IMESF, instituição que foi julgada inconstitucional. A meta 139 - *criar 30 cargos de Auxiliares de Farmácia e 20 cargos de Educador Físico* não foi atingida na medida em que o cargo de Auxiliar de Farmácia ainda não está regulamentado pelo Conselho Federal de Farmácia e os cargos de Educadores Físicos ficaram tramitando na SMA, sem os encaminhamentos necessários para a sua efetiva criação. A meta 140 previa *repor 100% das vacâncias geradas por servidores municipais*, consta como atingida, no entanto, não há informações no relatório que permitam confirmar se a meta foi plenamente cumprida, ou se ainda há cargos vagos, não preenchidos. Entre as ações previstas consta o *dimensionamento e distribuição da força de trabalho em todos os órgãos da SMS*, que inclusive é apontada entre as recomendações encaminhadas ao Sr. Prefeito e que de acordo com o Relatório, durante todo o ano de 2011, restringiu-se à verificação, em conjunto com a SMA, da *metodologia adequada para realização do dimensionamento de pessoal*. Conclui-se portanto que a SMS ainda não dispõe de política de gestão do trabalho em saúde, pois não há diagnóstico do quantitativo de servidores necessários para atender as necessidades em saúde da população, bem como não há previsão de plano de carreira, cargos e salários, tampouco houve a constituição de mesa de negociação dos trabalhadores como preconiza a legislação vigente. Sobre Plano de Carreira consta que foi realizada licitação com identificação de duas empresas com qualificação técnica, mas até o final do ano aguarda manifestação da PGM, portanto sem andamento no Plano de Carreira. Já as metas 141, 142 e 143 são apresentadas como atingidas, e dizem respeito à transformação e criação de diversos cargos (técnicos de enfermagem e de Radiologia, Farmacêuticos, Biomédicos e Enfermeiros). Embora tenha sido apresentada, *a posteriori*, a distribuição desses novos trabalhadores entre os serviços e áreas da SMS, na Tabela 3 é possível identificar, em comparação a 2011, um acréscimo de 45 Enfermeiros. Não consta o cargo de Biomédico e o quantitativo de Farmacêuticos é menor do que em 2011 (- 6 profissionais). Da mesma forma, a análise da Tabela 4 permite identificar em relação ao pessoal de nível médio, um acréscimo de 218 Técnicos de Enfermagem e redução de 4 Técnicos de Radiologia. O relatório não oferece análises sobre esses quantitativos. Também merece destaque o acréscimo de 48 médicos bem como em outros cargos, embora em menor número (assistente administrativo: 6; técnico em higiene dental: 4; nutricionista: 4; psicólogo: 3) e a redução não justificada de assistente social (-1) e cirurgião dentista (-21). Entre os cargos de Nível Elementar, consta o acréscimo em alguns cargos (motorista: 20; operário especializado: 6; operador de rádio transceptor: 3). Na Tabela 1 é possível também verificar que o aumento da Força Total de Trabalho em 9,4% deveu-se principalmente às custas das contratações através do IMESF, onde cabe salientar a migração da condição de empregos temporários dos Agentes de Endemias e Agentes Comunitários de Saúde. Na Tabela 6, que demonstra a movimentação de pessoal, pode-se constatar que em relação a 2011, o ingresso foi bem maior (+ 154 servidores), no entanto as saídas também ultrapassaram em muito o ocorrido em 2011 (- 117 servidores), o que resultou num quantitativo geral um pouco maior do quadro de servidores estatutários (+ 37 servidores). Em relação à **Saúde do Servidor**, no quadro 2 é apresentada a única meta da PAS 2012, meta 126 - *incluir 3.000 servidores da Administração*



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



*Centralizada ainda não contemplados no exame periódico.* O relatório informa que foram realizadas algumas ações, no entanto a meta não foi cumprida nem de perto, uma vez que somente 1,7% do total de servidores (236 trabalhadores) passaram por exame de avaliação da capacidade laborativa. Em relação aos aspectos preventivos e de acompanhamento dos servidores com notificações de acidente de trabalho, as ações também não foram executadas, sob a alegação de falta de pessoal nos quadros da GSSM, e demais equipes de perícia médica, demonstrando descaso com o cumprimento das metas relativas à saúde dos servidores municipais. Na tabela 8 verifica-se que o quantitativo de acidentes do trabalho notificados teve um acréscimo de 17,30% no ano de 2012, 95 casos a mais que em 2011. Quanto ao **Atendimento Funcional** a meta prevista na PAS 2012 é a de número 161 - *atender 100% dos servidores que buscam apoio para negociação de situações de conflitos nos locais de trabalho*. De acordo com o relatório, o quantitativo de situações que foram encaminhadas, manteve-se praticamente igual ao de 2011, cabendo ressaltar que em relação ao fluxo desses processos os mesmos, desde 2010, estão centralizados na GEAF/SMA, pois é informado também que a SMS não dispõe de equipe técnica para realizar estes acompanhamentos, nem para analisar os dados enviados pela SMA para eventuais intervenções junto aos setores de trabalho. Uma exceção parece ocorrer no HMIPV, que mantém um setor de acompanhamento funcional. Essa situação só reforça o diagnóstico de que não existe efetivamente uma política de gestão do trabalho na SMS, que acompanhe, desenvolva e gerencie a força de trabalho, razão talvez para as dificuldades de fixação, qualificação e efetividade das ações em saúde na cidade. No quadro 4 são apresentados os motivos de demandas de acompanhamento onde sobressai-se a baixa pontuação em estágio probatório, dificuldades de relacionamento e problemas com a movimentação de local de trabalho. Completa-se o diagnóstico na tabela 10, que refere-se às causas de afastamento, onde as licenças por doença são de longe o maior grupo, com um acréscimo em 2012 de 558 casos, seguida de licença para tratamento de familiar, que juntas corresponderam a 91,37% do total. A ausência de uma política efetiva e pró-ativa de gerenciamento de pessoal repercute negativamente nas condições e possibilidades de gestão do setor. Uma das áreas onde é possível perceber a falta de uma política consistente é a relacionada à **Educação permanente em saúde** onde é informado que durante o ano de 2012 houve *avanço na reestruturação do eixo Qualificação Profissional*, no entanto isso não encontra correspondência nos dados apresentados, onde o que se verifica é que embora tenham ocorrido mais eventos do que em 2011, o número de pessoas, bem como o quantitativo de horas/servidor foi sempre menor, excetuando-se os eventos proporcionados fora da SMS. Além disso, é aludida a Política de Educação Permanente para o SUS, que no entanto propõe a articulação em rede, e não no agrupamento de setores de forma desarticulada e despotencializada como a retratada no Relatório, onde se constituiu Comissão com componentes que realizam suas atividades sem o foco da integralidade em saúde e de apoio matricial, entre outros dispositivos previstos na referida política. Nesse sentido, a meta 159 - *elaborar o calendário anual de educação permanente em saúde que contemple 100% das metas do PMS e outras que tenham previsão de capacitação*, não foi realizada, tendo as ações se resumido a um processo de estruturação interna durante todo o ano de 2012. No âmbito das ações de **Integração Ensino e Serviço** a meta 160, que previa *assessorar 100% das instâncias gestoras de integração ensino e serviço nos DDA (Distritos Docentes Assistenciais)* o quadro 6 demonstra que as ações previstas e relacionadas à integração com as Instituições de Ensino que já tem consolidado o Colegiado de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), foram cumpridas (UFRGS e PUCRS), bem como durante o ano se iniciou a constituição de dois novos CGAL (UFCSPA e IPA), com assessoramento por parte da ED/SMS. Também é informada a edição da Resolução nº 1/2012, que regulamentou as ações de integração ensino e serviço. Restaram como não realizadas as ações que dependem de definições no âmbito da política de Educação Permanente já comentadas. Quanto aos **Estágios**, na modalidade de estágios remunerados foram ofertadas 841 vagas, das quais apenas 59,3% (499 vagas) foram utilizadas em 2012, situação bem semelhante à verificada em 2011. Em relação aos projetos nos quais são distribuídas essas vagas, a tabela 19 demonstra que a maior adesão ocorre no HMIPV (81,4% das vagas), HPS (77,4% das vagas), e a menor adesão ocorreu no projeto de Vigilância do Estado Nutricional de Crianças e Gestantes, onde todas as 5 vagas ficaram abertas. Por outro lado, houve aumento considerável no número de estágios não remunerados (+ 403%), onde destacam-se os cursos de Enfermagem e Medicina da PUCRS no Ensino Superior e o Instituto Marista Graças, no ensino Técnico de Enfermagem. Destaca-se a inserção de alunos na



modalidade de Práticas de Ensino, (512 estudantes de nível técnico e 2.287 de nível superior), reflexo das ações de integração Ensino e Serviço, pactuada na CPES, e já referida. Sobre **Ética e Pesquisa em Saúde** houve um total de 121 projetos para apreciação ética, dos quais 35,5% são projetos de conclusão de cursos de graduação, 22,3% de cursos de Especialização e 15,7% de Residências. 8,3% do total eram projetos de pesquisa institucional e 5,8% referiam-se a projetos multicêntricos nacionais, ou com cooperação estrangeira. Em relação à **Humanização da Assistência e da Gestão em Saúde**, no quadro 8 é apresentada a meta 158 da PAS 2012, que prevê *implantar ações de humanização, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), em 35% dos serviços da SMS* e as principais ações previstas. Com relação ao indicador pactuado, o índice atingido foi de 57,9% dos serviços da SMS, no entanto, como o próprio relatório informa, ainda não estão definidos os critérios de certificação em Humanização na Saúde, conforme diretrizes da PNH, o que implica em questionar o índice apresentado na medida em que a base para considerar “ações de Humanização implantadas” não está definida. Entre as ações acompanhadas e monitoradas, destacam-se a cogestão com a qualificação das reuniões de equipe, dos CLS e dos projetos com o foco em acolhimento e ambiência. Neste item o comparativo com o ano anterior, descrita na tabela 29, tem erros de formatação. Sobre a **Ouvidoria do SUS**, o quadro 10 descreve a meta 156 – *disponibilizar 100% dos relatórios da Ouvidoria do MS no sistema AGHOS* que não foi atingida, pois a integração dos sistemas informatizados (Ouvidoria e AGHOS) só ocorreu em 70%, embora seja afirmado no Relatório que a meta foi atingida. A base da afirmação é o incremento importante de demandas (63,8% ou 7.400 demandas a mais) em relação a 2011, onde a procura do atendimento presencial foi a que mais se destacou. A tabela 32 demonstra que entre os setores mais demandados, o principal aumento esteve na GRSS (+ 456,5%) em virtude de que as demandas relativas aos atendimentos dos Hospitais e serviços contratados foram redirecionadas para esse setor. Crescimento importante também ocorreu em relação à CGVS (+ 424%) e deve-se à situação da Dengue no município, para o que foi criado um direcionamento exclusivo no 156, o que, é importante salientar, ainda não ocorre em relação à opção saúde, conforme apontado nas recomendações ao Prefeito. Sobre as principais demandas da população junto à Ouvidoria, o quadro 11 indica que a Atenção Básica é a mais frequente, com reclamações sobre consultas especializadas e de atenção básica, bem como por mau atendimento ou não atendimento e falta de profissionais, que juntas totalizaram 2.849 demandas (54,6%). No item descritivo da **Assessoria de Comunicação** a meta constante na PAS 2012, *realizar ações de comunicação dirigida em 100% das metas estabelecidas na PAS* foi atingida parcialmente (62,5%), não sendo descritas as ações onde isso não ocorreu nem a análise que justifique esses resultados.

7. No capítulo sobre a **Rede de serviços e referências**, analisando as metas da PAS 2012 e fazendo o comparativo com o ano de 2011, sobre a **rede de APS** pode-se observar que em relação à meta 49 o quantitativo realizado correspondeu a 50%, na medida em que dos 8 NASF projetados foram implantados apenas 4, através da parceria com o GHC, que diga-se de passagem, não funcionam no modelo assistencial proposto pela SMS e aprovado pelo CMS, porquanto essas equipes já existiam e simplesmente foram reorganizadas para o cadastramento junto ao Ministério da Saúde. Em relação aos outros 4 NASF que deveriam ter sido implantados pela SMS, conforme consta no relatório, somente um (GCC) está sendo encaminhado para credenciamento junto à SES/RS. As demais ações previstas, como redistribuição ou contratação de pessoal, não foram realizadas, bem como a adequação de espaços físicos nas GDS ocorreu parcialmente (GCC, LENO e PLP) sendo que ainda não chegou nenhum equipamento para essas equipes. Sobre a meta 50, que propõe *ampliação de 32 para 40% na cobertura por ESF*, o relatório apresenta percentual acima da meta (44,3%). O comparativo com 2011 é apresentado na tabela 33, onde os acréscimos na cobertura de saúde da família foram de 37,12% e 103% nas equipes de saúde bucal. Entretanto, enquanto as regiões RES, NHNI e NEB, nesta ordem, tiveram aumentos significativos, na região SCS não houve evolução e na região Centro ocorreu um decréscimo de 18,2%, embora tenha aumentado o efetivo de agentes comunitários. Enquanto a região PLP teve um acréscimo na cobertura por agentes comunitários na ordem de 40,6% a região NHNI teve redução de 33,33% na cobertura pelos agentes comunitários, o que tem relação direta com a produção dos serviços. É importante salientar que a SMS, atendendo a solicitação da SETEC, incluiu a tabela 15, que mostra o número de ESFs por prestadores públicos e privados, que retrata a distribuição desses serviços no município de POA. Neste quadro, é possível identificar que mesmo após 20 meses da criação por lei do IMESF, apenas 18 das 181 ESF são



contratadas por essa estrutura. Nesse aspecto cabe considerar que a ampliação da cobertura pela ESF não correspondeu efetivamente a um aumento de serviços ofertados à população, na medida em que a transformação das Unidades de Saúde Comunitária do GHC em Unidades de Saúde da Família (39 ESF) foi o principal fator que gerou esses índices de cobertura. Como esses serviços já existiam e funcionavam num modelo similar, o que de fato se ampliou foi a cobertura por agentes de saúde. Além disso, entende-se como cobertura assistencial, conforme já apontado em análises anteriores, a constituição de serviços com capacidade plena de funcionamento, o que pressupõe no mínimo equipes completas, o que não ocorre com a ESF em Porto Alegre, que passa períodos importantes com sérias falhas na constituição das equipes, especialmente em relação ao profissional médico. Essa situação não se resolveu com a criação do IMESF. No item sobre a rede Ambulatorial Especializada, o quadro 16 informa sobre as metas da PAS 2012, onde consta que a meta 51 - ampliação de um centro de especialidades foi redimensionada para 2013, não sendo apresentadas justificativas. Quanto a meta 117 - implementar a rede de prevenção à violência e promoção da saúde nas 8 Gerências Distritais, segundo o relatório, foram efetuadas todas as ações propostas. No entanto, não há descrição dessa rede, além de que questiona-se a existência da mesma, na medida em que as ações descritas informam sobre projetos e propósitos, e não sobre implementação de instrumentos e fluxos intersetoriais que garantam a articulação em rede das diversas políticas públicas implicadas neste objetivo. Sobre a rede de CAPS o relatório informa a existência de 11 serviços, dos quais salienta-se a classificação como CAPS ad III o serviço que é terceirizado pelo HMD na Vila Nova, cuja reclassificação não tramitou pelo CMS. Não é referido o CPAS ad Cruz Vermelha que foi aprovado em 2011. Além disso, é informada a mudança de endereço dos 2 CAPS da região GCC, constando que as equipes desses serviços foram recompostas, e que foi implantado novo CAPS ad na região PLP, o qual não teve aprovação do CMS, por ser conveniado com o HMD. Destaca-se, portanto, como necessidades ainda prevalentes, a readequação da Atenção Especializada Ambulatorial conforme as necessidades regionais, com destaque à reorientação dos Centros de Especialidades, a ampliação dos NASF e da Atenção Domiciliar, equipamentos importantes para o cuidado territorializado. Em relação à rede de Urgências e Emergências, o relatório traz as informações em outro capítulo, bem como em relação à **rede de serviços ambulatoriais e hospitalares**.

8. No capítulo sobre **Infra-estrutura e apoio**, são descritas, no quadro 18, as metas constantes da PAS 2012, onde em relação à meta 146 - *reformatar 18 prédios da Secretaria Municipal de Saúde*, é informado que a mesma foi atingida, sendo apresentadas as reformas e ampliações realizadas, que totalizaram 17 projetos (Reformas: USF Herdeiros, UBS Restinga, UBS Belém Velho, UBS Cristal, C S Santa Marta - 3º andar, PA Lomba - rampa e recepção, CS Santa Marta - 1º andar, prédio administrativo R. Santana – sede EPAT, UBS Bananeiras, USF Jardim Carvalho, UBS Chácara da Fumaça, UBS Ramos, UBS Beco do Adelar, UBS Glória e UBS Ceres. Ampliações: UBS Estrada dos Alpes, UBS São Cristóvão, prédio administrativo Av. Frederico Mentz – sede EMP). Cabe salientar que diversas destas obras constam da planilha de investimentos aprovada pelo CMS, ao mesmo tempo que outras tantas não fazem parte da relação prioritária definida pelo CMS. Sobre a meta 147 – *iniciar construção de oito novos prédios*, é informado que a mesma foi atingida, sendo apresentada a relação de 9 projetos (USF São Vicente Mártir, USF Santíssima Trindade, USF Wenceslau Fontoura, USF Fradique Vizeu, UPA Moacyr Scliar, USF Domenico Feoli, USF Jardim da FAPA, UBS Campo Novo e a USF Castelo, cujo contrato foi rescindido). Sobre esses dados cabe salientar que duas das construções novas apresentadas já haviam aparecido no RAG 2011 como obras concluídas naquele ano (USF São Vicente Mártir e USF Wenceslau Fontoura) e duas outras obras novas citadas constavam na planilha de obras como demandas de reforma e ampliação e assim foram descritas no Relatório do 3º quadrimestre. Dessa forma, a meta 147 não foi cumprida plenamente. A meta 148 - *equipar 100% das novas Unidades de Saúde da Família construídas* consta como atingida e sobre as outras duas, 149 - *implantar um sistema de gestão de estoque dos almoxarifados em 70% dos serviços próprios da SMS* e 154 - *ampliar e adequar a estrutura física do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre até 2013* não foram realizadas. Sobre essa última meta, cabe ainda destacar que consta no relatório informação equivocada a respeito da rejeição de projeto por parte do CMS, uma vez que o projeto de reforma apresentado e aprovado pelo CMS foi posteriormente alterado pela SMS, sendo rejeitadas as mudanças propostas. Sobre a Informatização da Saúde é descrito inicialmente o projeto **INFOREDE** e seus principais objetivos, entre os quais destaca-se o Projeto *Wirelles*, que até agora interligou



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



somente 70% da rede de saúde, através de internet banda larga com transmissão de voz e dados e a implantação do Sistema AGHOS, que foi adquirido em cooperação com o Governo do Estado para integração com todos os municípios do RS, o que também ainda não acontece. As justificativas apresentadas em relação aos atrasos e dificuldades encontradas para o cumprimento dos prazos e objetivos desse Projeto de Modernização e Informatização em Saúde, são consideradas pela SMS comuns a qualquer implantação desta complexidade. Reitera-se o questionamento já apresentado no RAG 2011, de que se por um lado são compreensíveis as dificuldades a serem vencidas, por outro lado não se pode deixar de exigir, por exemplo, que a Empresa contratada para implementar a Informatização tenha a capacidade mínima para conduzir este processo. O Relatório informa que *a empresa adequou-se às necessidades requeridas, superando as expectativas relativas às customizações, capacitações, produções acompanhadas e detalhamento de fluxos e processos da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde*, o que demonstra problemas no planejamento desse projeto, além de que ainda não constam as informações relativas ao custo desse investimento e nem é apresentado o desembolso em nome da GSH, empresa contratada e encarregada da execução do mesmo. É importante lembrar que a contratação dessa empresa e compra do sistema AGHOS data de 2010. Sobre as metas da PAS 2012, apresentadas no quadro 19, consta que em relação à meta 150, *implantar infraestrutura própria de comunicação em 100% da rede de serviços próprios da SMS até 2013, foi realizado 98,49% da 1ª etapa do Projeto Wireless perfazendo 131 Unidades de Saúde e que está em processo de licitação os Thin Client para as unidades de saúde, que deverão dar maior agilidade nos atendimentos e minimizar custos e procedimentos de manutenção, no entanto, de acordo com o relatório esse processo ainda está em revisão de especificação pela Procempa. Sobre a meta 151, que prevê *implantar sistema informatizado com registro de atendimento, prontuário eletrônico em 100% do complexo regulador e da rede de atenção básica até 2013* não consta das previsões contratuais atuais e necessita de tramitações administrativas. As metas estão sendo parcialmente cumpridas, num ritmo aquém das necessidades da gestão qualificada em saúde. A meta 152, que propõe *atender 100% das demandas de estrutura e manutenção de informática e sistemas da rede de saúde com informatização implantada até 2013*, é considerada 100% atingida, do ponto de vista quantitativo, e é avaliado pela SMS como sendo um grande desafio a qualidade dos atendimentos, no que se refere principalmente a agilidade dos serviços prestados de acordo com a especificidade e característica do serviço de saúde. É apontada a necessidade de criação de estrutura formal para a Coordenação de Tecnologia da Informação, o que parece adequado, na medida em que a expansão dessa área técnica é estratégica para a qualidade e agilidade dos processos de trabalho.*

9. No capítulo sobre **Produção**, em relação à rede de **Atenção Primária em Saúde**, a tabela 40, que refere-se exclusivamente à ESF, mostra que embora tenha ocorrido aumento de 14,5% no quantitativo geral de consultas médicas bem como aumento em 17,88% no cadastramento de usuários e as Visitas Domiciliares tenham tido acréscimo de 8,41%, o que é positivo, há um desequilíbrio regional com relação aos procedimentos. Um olhar mais detalhado permite identificar entretanto, que os aumentos registrados na produção de consultas, cadastramento e VDs ocorreram especialmente nas regiões NHNI, LENO e NEB, onde estão situadas as Unidades do GHC, e que no ano de 2012 passaram a ter sua produção informada na rede de ESF, o que certamente causou impacto nesses dados, na medida em que são 39 equipes. Isso não representa efetivamente aumento na capacidade instalada total da cidade, como se verifica na tabela 41, onde somente em relação às consultas médicas, o índice de aumento referido na ESF (14,5%) cai significativamente (6,37%). Além disso, há outras situações que merecem destaque, como por exemplo o que se observa na tabela 33, onde verifica-se um aumento na capacidade instalada na gerência GCC ao mesmo tempo em que há redução de 25,59% nas Consultas Médicas e de -3,11% nas VDs por ACS. Na região PLP houve acréscimo de 39 ACS e a produção de VDs por esses profissionais reduziu em 1.994 visitas no comparativo a 2011. Essas são as divergências que podem ser produzidas por falta de um bom gerenciamento. Outra situação observada é na região SCS, onde mesmo sem ampliar a cobertura de ESF houve aumento na produção de consultas médicas em 13,52%, ao passo que na produção de consultas em geral na Atenção Básica essa região teve redução significativa (-13,3%). Em relação ao indicador pactuado no PROESF, que sugere 1,1 consulta médica/ população cadastrada, houve redução do mesmo em relação a 2011, que estava em 1,21 e caiu para 1,18. Questiona-se portanto a efetividade da rede de APS, pois quando se aumenta capacidade (se investe mais recurso), isso não pode reduzir a



capacidade de atendimento. Outra questão apontada e solicitada que se inclua no roteiro de informações do RAG, são as visitas domiciliares realizadas pelos outros profissionais, e não apenas as dos agentes comunitários, uma vez que fazem parte das diretrizes da ESF e acredita-se que elas ocorram. No capítulo sobre **Atenção Especializada**, é descrita apenas a produção dos ambulatórios não hospitalares, onde também é informada a correção de dados que constaram nos relatórios anteriores, na medida em que o registro de alguns procedimentos era inadequado. Nesse sentido, a tabela 42 demonstra um pequeno acréscimo no total das consultas em relação a 2011 (2,45%), com destaque para as regiões NEB, onde a explicação é o ingresso de psiquiatras e PLP, onde constituiu-se o Centro de Especialidades. Em contrapartida, verifica-se redução no atendimento das gerencias LENO, GCC e RES. Em relação à **Saúde Bucal** são apresentadas inicialmente as metas da PAS 2012, onde em relação à meta 52 – *implantar atendimento odontológico no terceiro turno de 01 UBS com 3º turno*, é informado que esta meta foi cumprida já no primeiro quadrimestre, e é informado que existe o terceiro turno em Saúde Bucal em 5 serviços, no entanto não há registro em nenhum dos relatórios de gestão quadrimestrais de 2012 sobre a implantação de terceiro turno nas UBS Tristeza e Belém Novo. Sobre esta meta cabe ainda salientar que no Relatório do 1º quadrimestre foi informado pela SMS que a mesma seria ampliada para 2012, com a previsão de uma UBS com terceiro turno por GD, o que corresponderia a 8 UBS com terceiro turno em saúde bucal. Salienta-se positivamente o alcance da meta 53 - *ampliar de 20% para 85% a cobertura de estabelecimentos escolares públicos vinculadas as ESFs com ações preventivas em Saúde Bucal*, indicando um trabalho focado junto às escolas, de forma intersectorial. Em relação à meta 55 - *ampliar de 32 para 35 o número de Equipes de Saúde Bucal na ESF*, salienta-se que existem 65 equipes, superando em muito a meta estabelecida, no entanto a explicação apresentada é de que na verdade o fato se deveu não à ampliação de serviços mas a conversão das 20 equipes do SSC/GHC. É relatado em relação à ampliação do quadro de trabalhadores da área de saúde bucal que há trâmites bastante morosos junto ao governo municipal. Em relação à produtividade das equipes de saúde bucal, que serve para avaliar os cinco indicadores para monitoramento e avaliação do cuidado de saúde bucal do município de Porto Alegre, a tabela 43 apresenta os dados em que foram questionados pela SETEC a discrepância na produção de procedimentos especializados em 2011 e 2012, o que compromete a análise do quarto indicador. Outro dado que coube salientar na comparação com 2011, é a cobertura de primeira consulta, que apresentou queda de -19,18%, no entanto a média de procedimentos básicos individuais teve um aumento de 7,32%, o que pode significar maior dificuldade de acesso para o início de tratamento individual. Os dados relativos às ações preventivas de escovação coletiva refletem a maior cobertura nas escolas vinculadas às ESFs e a redução das exodontias também é um dado positivo. O relatório apresentou-se mais objetivo, apesar de ainda perdurarem problemas com os dados e coletas de informações. Sobre **Saúde Nutricional** a tabela 45 indica que apesar de ter ocorrido aumento na produtividade de 15,3%, houve redução significativa de atendimento nas regiões GCC e LENO, as demais regiões apresentaram boa produtividade. Percebe-se também que dentre os procedimentos de Nutrição, as consultas foram os menos enfatizados, tendo ocorrido, inclusive redução em relação a 2011 (-25,2%), sendo que apenas as regiões SCS e NEB apresentam aumento. Em relação às atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde nutricional, conforme tabela 47, o comparativo com 2011 fica prejudicado em virtude da falta de dados do ano de 2011. Há regiões que se superaram como, por exemplo, a GCC que com o mesmo número de profissionais apresenta uma produtividade 541,3% superior a 2011, seguida por RES, Centro e NEB respectivamente. Por outro lado há regiões com resultados sofríveis como LENO (-64,9%) e PLP (-57,6%), embora o relatório considere que não ocorreram variações significativas no geral. De acordo com a tabela 48, ocorreu no período um aumento representativo de 422,4% em comparação a 2011 no total de procedimentos de antropometria, justificado pela qualificação dos registros e mudanças de processos de trabalho. Cabe salientar que esse é um procedimento básico em atenção nutricional. Em relação às visitas domiciliares, a tabela 49 indica um incremento de 23,9% em relação a 2011, sem maiores justificativas. Em relação à **Saúde Mental**, destaca-se que o relatório refere *ordenamento da Linha de Cuidado em Saúde Mental*, com referência a um GT constituído para esse fim, que no entanto, se já elaborou a referida tarefa, a mesma não foi apresentada ao CMS. Sobre o atendimento a crianças e adolescentes, é apresentada a produção dos CAPSi, que são em número de 3 na cidade. A tabela 50 descreve a produção do Caps i Harmonia, em que houve aumento de 23,85% nos atendimentos do ano de 2012



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



em relação a 2011, justificada pelo ingresso de 3 novos profissionais e outras mudanças, como acolhimento de crianças com menos de 7 anos de idade. Verifica-se uma pequena queda de 6,87% no atendimento *Não Intensivo*, além de ser importante salientar que este Caps i é referência para quatro regiões da cidade, razão pela qual ainda é um problema o abandono do vínculo de pacientes em tratamento, devido a dificuldades de acesso pela locomoção e despesas com transporte. Já sobre o Caps i HCPA, a situação diferencia-se, conforme exposto na tabela 51, que demonstra o baixo rendimento deste serviço, relacionado ao modelo de atendimento clínico, com rendimento negativo (-9,25%). Apresenta rendimento positivo apenas no tratamento intensivo, desviando do modelo preconizado para esse tipo de serviço, permitindo inferir baixa adesão dos pacientes à continuidade do tratamento. O relatório indica ainda dificuldades com o prestador de serviço (HCPA) que embora tenha sido instado a regularizar a situação do Caps i, não o fez durante todo o ano de 2012. Cabe o questionamento sobre o papel da gestão no processo de contratualização com esse prestador, além da inconformidade de um Caps estar instalado dentro de um hospital e compartilhando profissionais com outros setores do atendimento hospitalar. O Caps i Pandorga, mantido pelo GHC, atende exclusivamente a região NEB, no entanto o relatório não deixa claro se esta abrangência territorial foi a estabelecida com a gestão municipal, conforme deliberação do Plenário do CMS por ocasião da aprovação de seu credenciamento. Além disso, o serviço não registra nem informa de forma regular e sistemática sua produção, permitindo supor que não se integra à rede nem se submete à regulação da gestão municipal. A tabela 52 informa sobre as internações em crianças de 0-9 anos, demonstrando que esse número é pequeno (9 internações) tendo sido inclusive menor do que em 2011 (11 internações). Uma questão que se destaca e que cabe questionar é sobre o chamado *atendimento à saúde integral da criança e do adolescente* estar compreendido como o atendimento realizado por equipes especializadas de saúde mental, uma vez que está inclusive descrito nesse item do relatório. Esse aspecto se reforça quando na sequência é apresentado na tabela 53 as *consultas em Saúde Mental na Atenção especializada de 10 a 19 anos*. Os dados apresentados estão incompletos e é informado que há problemas no seu registro, portanto, não é possível avaliar a sua produção. Quanto às internações de Saúde Mental nessa faixa etária, a tabela 54 demonstra que o quantitativo é bem mais significativo do que com as crianças e em comparação a 2011 ocorreu aumento de 15,4% (378 internações em 2012), sendo a internação por uso de crack e outras drogas responsável por 63,7% das internações. Em relação à população adulta, o relatório informa de forma incompleta, sem uma apresentação visual objetiva, os dados de produção das equipes dos *Ambulatórios Especializados* que existem em apenas 5 das 8 GDs. Além disso, é informado de forma genérica a dificuldade com os registros dos atendimentos realizados, bem como destaca-se que os acolhimentos para psicoterapia são agendados, nas variadas ações de matriciamento, diretamente na agenda semanal de cada profissional, o que questiona-se na medida em que não seria essa a tarefa do matriciamento, cabendo ainda salientar as mudanças positivas na GD RES, mas que ao mesmo tempo parecem ter reduzido a capacidade produtiva da Terapia Comunitária, que passou a funcionar com um único grupo, na Restinga Velha. Sobre as ações de matriciamento descritas, não são apresentados dados que demonstrem o desenvolvimento desse processo de forma objetiva e que permita avaliar sua efetividade. Em relação aos CAPS, a tabela 55 descreve a produção do CAPS Centro, onde percebe-se que houve uma queda importante na produção de atendimentos (-24,01%), em comparação a 2011, justificada pela desestruturação da equipe, que ficou seis meses sem psiquiatra, um ano sem psicólogo e seis meses somente com um técnico de enfermagem dos quatro previstos. Isso redundou em fechamento do acolhimento para ingresso de novos pacientes. Apesar das dificuldades de produção, o relatório destaca as ações da equipe, que é referência em vários campos, incluindo a formação de profissionais e execução de projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde mental. Na tabela 56 é apresentada a produção do CAPS GHC, que mesmo tendo tido problemas por redução de pessoal para fazer o atendimento, conseguiu resultado positivo de 11,98% em relação a 2011. A tabela 57 tem no título novamente o CAPS Centro, o que deve estar errado, supondo-se que se trata do CAPS HCPA, como consta no corpo da referida tabela. Os dados apresentados, além de demonstrarem produtividade negativa, não há quaisquer justificativas para tal situação. Não são apresentados os dados de produção do CAPS GCC. Sobre o atendimento em álcool e outras drogas, a tabela 58 informa uma importante redução nos atendimentos do CAPS ad GCC (-16,62%). A justificativa é de que esta redução se deveu à mudança de endereço do serviço bem como





Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



a longas licenças de trabalhadores, o que cabe questionar, na medida em que o atendimento de pacientes em CAPS requer vínculos de longo prazo com as equipes, e o afastamento de profissionais por motivos de licenças prolongadas precisa ser contornado com a reposição, mesmo que temporária de outros profissionais, sob pena de abandono do tratamento pelos usuários. Já em relação ao CAPS ad Vila Nova, a tabela 59 informa uma situação inversa à anterior, pois o serviço apresentou aumento significativo de produção em relação a 2011 (+ 46,6%), justificado pelo bom trabalho de acolhimento dos usuários e sua aderência aos Planos Terapêuticos oferecidos. No CAPS ad III IAPI, a tabela 60 também indica que houve aumento significativo de atendimentos em comparação a 2011 (+ 80,43%), e uma das razões para esse desempenho é a qualificação do serviço para modalidade III, com funcionamento ininterrupto. No acolhimento noturno foram atendidos 476 usuários. Não há nenhuma informação sobre o CAPS ad Cruz Vermelha no relatório. Em relação às internações nessa faixa etária, em 2012 ocorreu um pequeno aumento (7,64% e não 8,2% como consta no texto), onde 42% foram por transtornos relacionados a álcool e outras drogas, seguidos do transtorno afetivo bipolar e as esquizofrenias. A tabela 62 informa que durante todo o ano de 2012 apenas 2 usuários foram cadastrados no Programa de Volta para Casa, e este número inexpressivo deve-se ao fato dos moradores do IPF e do São Pedro não terem sido desinstitucionalizados, permanecendo nas dependências dos Hospitais e sem o direito de receberem os benefícios. Ainda sobre esse programa, é informado o recadastramento de todos os pacientes, donde se verificou que apenas 6 não foram localizados. Em relação à cobertura populacional por CAPS, o relatório informa que o indicador pactuado na diretriz 4 do PMS - *fortalecimento da rede de saúde mental com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas* é de 1/100.000 habitantes. E é apresentado um índice de cobertura de 0,95. De acordo com a Portaria 3088/2011, os CAPS, mesmo os que não são especializados em álcool e outras drogas, podem e devem atender esses usuários, o que justifica o cálculo da cobertura considerando o número total de CAPS instalados. Entretanto, em Porto Alegre somente os CAPS ad atendem e acolhem os usuários com dependência química, e dessa forma, a cobertura deve ser calculada considerando apenas os serviços que atendem esses pacientes. Sobre os Residenciais Terapêuticos, é informado no relatório que durante o ano de 2012 foi fechado o serviço localizado na Rua Gomes Jardim, por problemas de infra-estrutura, não sendo referido qual foi o encaminhamento dado aos pacientes residentes nesse local. Os dados relativos à Oficina de Geração de Renda Geração POA, demonstrados na tabela 63, indicam um aumento importante no número de atendimentos (55,42%) no comparativo a 2011, sendo que apenas a terapia individual apresentou cifras negativas (-33,58%), e esse resultado geral positivo deve-se especialmente pela efetividade do Projeto Capacitar, que tem por finalidade a inclusão social dos usuários de saúde mental no mercado de trabalho. Sobre o Programa Redução de Danos, o relatório informa que ocorreram mudanças nos processos de trabalho, e esses trabalhadores passaram a compor e registrar suas atividades junto às equipes de matriciamento e Consultório na Rua. O relatório não oferece dados sobre essas ações. Em relação às Comunidades Terapêuticas conveniadas, a tabela 64 informa sobre os atendimentos na Comunidade Marta e Maria que atende mulheres de 12 a 30 anos. Em relação a 2011, esse serviço produziu um quantitativo de atendimentos superior, no entanto, trata-se de um número pequeno de usuárias atendidas: 22 ingressos em 2011 e 26 em 2012, sendo possível observar um alto grau de desistência, pois somente 3 pacientes concluíram o tratamento. Em relação aos pacientes masculinos, o convênio é com a comunidade PACTO, que atende homens de 12 a 56 anos. Na tabela 65 é possível verificar que também houve aumento do número de atendimentos num comparativo a 2011. O desempenho parece ter sido melhor do que no outro serviço, pois dos 52 usuários acolhidos, 18 concluíram o tratamento. Por fim, são apresentadas no quadro 26 as metas da PAS 2012, onde em relação à meta 72 - *ampliar as estratégias de Redução de Danos de 4 Gerências Distritais para 8*, verifica-se que não foi cumprida, na medida em que ainda não houve definição sobre o cargo de redutor de danos, que ao que indicam as ações descritas está proposto para ser contratado através do IMESF, que teve sua estrutura jurídica julgada inconstitucional. A meta 73 - *elaborar o Projeto da Escola de Redutores de Danos a partir do lançamento do edital do MS*, também não foi realizada. Sobre a meta 87 - *implementar o Plano Municipal de Saúde Mental seguindo as diretrizes da Política Nacional*, são apresentados resultados das ações propostas para o ano de 2013, das quais, 50% são consideradas realizadas, as demais estão em andamento. Sobre a meta 89 - *criar 21 leitos para adolescentes na faixa etária de 12 a 16 anos para internação em saúde mental álcool e outras drogas*,



*em hospitais gerais* é considerada atingida, no entanto, no texto descritivo da mesma, percebe-se que há incoerências, na medida em que os 8 leitos referidos como contratados ao Hospital Porto Alegre não constam do contrato estabelecido com aquele prestador, e além desses são apenas citados mais 8 leitos contratados no Hospital Parque Belém, o que totalizariam 16 leitos e não os 21 previstos na meta. A meta 90 – *implementar uma Equipe de Apoio Matricial em Saúde Mental em cada uma das 6 Gerências Distritais de Saúde* também foi parcialmente cumprida, pois as equipes ainda não estão completas. Também não foi cumprida a meta 91 que propõe *criar uma unidade para atendimento de emergência psiquiátrica para crianças e adolescentes*, embora já tenha sido definida a sua instalação junto ao HMIPV. Em relação à **Assistência Farmacêutica**, no quadro 27 são apresentadas as metas da PAS 2012, onde é possível verificar que em relação à meta 102 - *regionalizar a assistência Farmacêutica referente à tuberculose em 100% dos serviços de atenção primária* é informado que a meta foi atingida para os serviços habilitados, o que não corresponde a 100% da rede de APS. A meta 103 - *revisar 100% da Relação Municipal de Medicamentos – REMUME* foi cumprida plenamente, da mesma forma que a meta 105 - *distribuir medicamentos para asma para 100% dos pacientes cadastrados nas farmácias distritais e dispensários da rede própria e conveniada da SMS* e a meta 106 - *garantir as distribuições dos medicamentos listados na REMUME para 100% dos usuários do SUS*. A meta 104 - *distribuir medicamentos para doenças de chagas e hanseníase em 100% dos centros de referências e farmácias distritais* foi atingida parcialmente, pois ainda não está funcionando plenamente o fluxo para os pacientes com Doença de Chagas. Em relação aos atendimentos realizados, a tabela 66 descreve o número de receitas atendidas nas farmácias distritais e dispensários das gerências distritais, onde na comparação com 2011 o quantitativo geral apresentou pequeno aumento. As variações regionais são explicadas em função da maior ou menor presença do programa Farmácia Popular nas regiões, bem como em razão da migração de usuários das Farmácias Distritais para os dispensários. Entretanto no centro encontra-se o maior número de farmácias populares da cidade e foi na Gerência centro que ocorreu a segunda maior distribuição de medicamentos no ano de 2012, ficando atrás apenas da gerência NEB, o que pode estar relacionado ao maior afluxo, nestas regiões, de pacientes moradores de fora de Porto Alegre. A Tabela 67 informa sobre os recursos financeiros aplicados na compra de medicamentos, demonstrando um acréscimo de 41,10% em relação a 2011, no entanto a proporção de aumento em unidades distribuídas para a população correspondeu a apenas 1,68%. A SMS justifica tal aumento pela compra de medicamentos com custos mais elevados e/ou reajustes de preços de alguns medicamentos listados no relatório, demonstrando que se acentuou ainda mais a remuneração da indústria farmacêutica e seus ganhos em cima das necessidades de saúde da população. Na Tabela 68, sobre Medicamentos estratégicos distribuídos pelo MS, verifica-se que ocorreu aumento significativo (115,17%) em relação aos medicamentos para tratamento do Tabagismo, aumentos menores em relação aos medicamentos para Hanseníase (23,36%) e DST/AIDS (10,19%) e diminuição nos quantitativos de Insulina (-12,26%) e Tuberculostáticos (- 2,44%).

10. No capítulo sobre **Ações e Serviços em Vigilância em Saúde**, primeiramente são apresentadas as metas da PAS 2012 relativas ao **Controle das Doenças Transmissíveis**, onde a meta 1 - *encerrar 100% das notificações de casos suspeitos e investigados de doenças exantemáticas* foi atingida. As tabelas 87 e 88 apresentam os dados relativos à investigação oportuna de casos de sarampo e rubéola respectivamente, demonstrando que todos os casos que foram notificados foram investigados e descartados. Já em relação à meta 7, que era *reduzir a incidência de um caso de hanseníase no município*, a mesma não foi atingida, como já ocorreu no ano de 2011, que registrou 8 casos (7 casos em 2010), tendo em 2012 sido confirmados 10 casos e identifica-se entre as ações propostas, que apesar de terem sido realizadas capacitações dos profissionais da rede, a avaliação dos contatos de casos suspeitos não foi realizada em 100% dos mesmos, como pretendida, e restringiu-se a 70%, percentual inclusive inferior ao mínimo recomendado (75%). Outra questão a destacar em relação à Hanseníase, é o resultado da meta 8 - *atingir 85% de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados*, que também não foi atingida (66,66% de cura). As informações sobre a descentralização do tratamento são confusas, uma vez que é referido no capítulo da Assistência Farmacêutica que somente a FD do CS Santa Marta distribui este medicamento e no quadro 28 é informado que a definição de uma Unidade de Saúde municipal referência para tratamento de Hanseníase ainda encontra-se *em processo de definição* ao mesmo tempo em que é informado que o medicamento foi descentralizado para as Unidades de Referência. A meta 9 - *manter a taxa de*



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



*letalidade da dengue abaixo de 1%* foi atingida, pois não ocorreu nenhum óbito por dengue. Em relação ao desempenho do Programa de Controle da Dengue, o relatório indica que no ano de 2012 foram notificados 135 casos de dengue, que todos foram investigados e 25 foram confirmados. Não houve nenhum caso grave e ocorreram em menor número que em 2011 (301 notificados e 48 confirmados). Destaca-se em 2012 a não detecção de casos autóctones na capital. As ações de prevenção e controle estão sendo realizadas rotineiramente, de forma contínua e permanente. Entretanto, diminuiu o número de Pesquisa Vetorial Especial, que é realizada a partir de um caso importado de dengue notificado, ou que está em área sem circulação viral (menos 91 ações em número absoluto) assim como o número de casos notificados diminuiu em 2012 (289 em 2011 e 127 em 2012). A tabela 106 apresenta a produção de entomologia médica onde se destaca o aumento do número de espécimes de *Aedes aegypti* em 43,88%. Em 2012 aumentou o número de depósitos eliminados, (81.113 em 2011 e 129.577 em 2012), bem como o número de bairros visitados (107 em 2011 e 130 em 2012), no entanto diminuiu o número de imóveis residenciais inspecionados e o número de imóveis visitados por ano, sendo que no último item além de ter tido variação negativa não atingiu a meta estabelecida na PAVS, que consiste em visitar 340.000 imóveis no ano (meta não alcançada). No 3º quadrimestre tal ação foi justificada pelo encerramento dos contratos dos agentes de endemia em outubro e o ingresso de novos em novembro, com a redução de dias trabalhados, além dos dias necessários à capacitação dos novos trabalhadores. O relatório não apresenta avaliação dessa situação. O controle químico do mosquito, que é a aplicação do inseticida, teve variação negativa (-43%), tendo sido aplicado em 2.850 domicílios. Neste item é importante destacar a relevância do fator recursos humanos na medida em que embora nada tenha sido dito na análise, está claro que o fato de não termos uma política de recursos humanos que garanta ações de acordo com a necessidade da população, terá influência direta no avanço da dengue no nosso município, fato que vem sendo abordado pelo CMS desde 2008, quando foi feita representação junto ao MPE para que Porto Alegre, à época, tivesse de fato um plano de contingenciamento para a dengue, que previsse a contratação de agentes de endemias de forma regular, e articulasse junto à Câmara de Vereadores projeto de lei com previsão de acesso às residências, assim como já existe em outras cidades, mas a forma de contratação eleita pela SMS não resolveu o problema de modo a planejar ações suficientes para barrar o avanço da dengue e ampliar a proteção da população. A meta 10 – *investigar 100% dos casos notificados de leptospirose*, foi atingida. Houve aumento nos casos de leptospirose (26 em 2011 e 30 em 2012), porém todos foram investigados. Aumentou o número de desratizações (514 a mais que em 2011), sendo que as desratizações comunitárias ocorreram em menor número que em 2011 (18, uma a menos que no ano passado), as visitas aos domicílios que são decorrência desses episódios também diminuíram (menos 200 visitas) bem como diminuíram as mordeduras de ratos (16 em 2011 e 12 em 2012). A meta 11 – *encerrar oportunamente 100% dos casos de investigação das doenças de notificação compulsória que necessitam investigação segundo Portaria Ministerial* foi atingida parcialmente (95% dos casos encerrados), apesar de terem sido investigados todos os casos de doenças de notificação compulsória. Com relação às DST, AIDS e Hepatites Virais, o quadro 29 apresenta os resultados em relação às metas da PAS 2012, onde em relação à meta 15 – *monitorar a notificação compulsória da sífilis adquirida em 100% dos serviços de Atenção Primária em Saúde* é informado que o monitoramento está sendo realizado, embora a capacitação dos novos profissionais que ingressaram na rede de APS não ocorreu e está prevista apenas para o primeiro quadrimestre de 2013. É importante lembrar que no ano em análise ocorreram diversos ingressos de profissionais na rede de APS e que os índices de incidência de sífilis, Aids e Hepatites Virais ainda é bastante preocupante em nosso município, como demonstram os dados da tabela 69, sobre incidência de casos de sífilis e corrimento uretral masculino, onde a partir da notificação compulsória dos laboratórios, o índice de casos de sífilis aumentou significativamente (67%), bem como o do corrimento uretral (40%), embora se estime uma subnotificação de casos. Sobre a meta 16 – *reduzir em 1,2% os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor* os dados apresentados indicam uma redução importante de 5,7%, ultrapassando a meta pretendida. As ações descritas permitem identificar uma importante ênfase na prevenção e diagnóstico através da realização do Teste Rápido, que foi descentralizado para 85% da rede de APS, bem como ações de educação para a saúde e reforço dos serviços especializados. A meta 17 – *reduzir de 5,4% para índices iguais ou menores que 2,2% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor* não foi atingida tendo sido verificada uma



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



redução de 1,1% e não são apresentadas, entre as ações descritas, as razões para esses resultados. Sobre a meta 18 – *reduzir a taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade, com equidade segundo raça/cor, para menos de 11/100.000* não foi atingida, tendo ficado muito aquém do esperado, na medida em que a taxa em 2012 ficou em 20,35. No quadro 29, sobre esse indicador é referida a tabela 55 que, no entanto, não trata deste assunto. O descritivo das ações informam que todas elas foram realizadas e não são apresentadas as razões que expliquem esses resultados preocupantes. A meta 93 - *criar um Serviço de Atendimento Especializado em AIDS – SAE* não foi cumprida, uma vez que a instalação do SAE Sta. Marta está programada para 2013. Em relação à meta 5 - *investigar 100 % das notificações de casos suspeitos de Hepatite Viral* e meta 6 - *manter a descentralização do exame de biologia molecular para a Hepatite C em 100% dos serviços da atenção primária em saúde* o relatório informa que foram plenamente cumpridas e sobre a produtividade do SAE Hepatites, destaca-se o fato de terem sido agendadas 100% das consultas disponibilizadas, diferentemente dos outros dois SAE, sendo que o absenteísmo foi de 26,38% para as primeiras consultas, o que se reduz para 10,86% nas consultas de retorno. Isso pode significar que após o ingresso no serviço ocorre uma boa adesão dos pacientes ao tratamento. Em relação à Influenza, na tabela 62 é apresentado o número de coletas preconizadas (480) e realizadas (190) na rede sentinela, que está bem abaixo do esperado, pois houve desistência do Hospital Mãe de Deus, já destacada na análise do 2º e 3º quadrimestres, no entanto o relatório ainda não esclarece quais os motivos que levaram o referido prestador a desistir de prestar relevante serviço ao SUS. Sobre Meningites, a meta relativa ao diagnóstico laboratorial dos casos notificados e investigados foi atingida e superada e o número de casos apresentou aumento pouco significativo (73 em 2011 e 79 em 2012), assim como o percentual de casos confirmados com diagnóstico laboratorial diminuiu em 2012 (-7,70 %). Em relação à Tuberculose, o quadro 36 apresenta as metas da PAS 2012, onde em relação à meta 19 - *diagnosticar 80 % dos casos estimados de tuberculose* é informado que em 50,7% da rede (APS, CE e PA) foi implantado o programa, com pactuação de indicadores e capacitação dos profissionais. O índice atingido foi de 79,4%, bem próximo à meta pretendida, o que permite dizer que o processo de descentralização, embora tenha sido parcial, foi efetivo. Sobre a meta 20 - *iniciar tratamento em 100% dos casos diagnosticados de tuberculose em 2012*, o relatório não apresenta os dados, constando a expressão “*sem sistema de informação*” o que cabe questionar, pois se não há como medir as ações e resultados, eles não deveriam compor as metas de avaliação. A meta 21 - *umentar a taxa de cura de casos novos pulmonares bacilíferos de 64% para 68%* não só não foi cumprida, como reduziu-se para 57,5%, e entre as ações previstas a maior parte delas foi realizada, embora a implantação do programa tenha atingido apenas 50,7% da rede e a aquisição de auxílio alimentação para os pacientes carentes não tenha sido concluída. Esse mau resultado também se verifica em relação à meta 22 - *redução da taxa de abandono de 17% para 15% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro de 2012*, que ao contrário se elevou para 28,7%. A meta 23 - *reduzir a taxa de óbito de tuberculose de 8% para 7% para pacientes que iniciarem tratamento até dezembro/2012* conseguiu ser atingida, tendo ficado em 7% e a meta 24 - *reduzir o nº de casos de meningites tuberculosas para zero casos entre menores de 4 anos* também não foi atingida, tendo ocorrido 2 casos em 2012 (em 2011 havia sido registrado apenas 1 caso). Isso significa que as ações em relação ao controle da tuberculose na cidade ainda estão bastante aquém da efetividade necessária, em vista da gravidade do quadro epidemiológico do município. Sobre as **Ações e Serviços em Vigilância Sanitária** as metas 12 e 13 foram alcançadas e seus respectivos indicadores estão descritos. Já sobre as metas 30, 31 e 32 não há descrição dos indicadores bem como há disparidade nas informações relacionadas às metas 33, 34, 35, 39, 46, 47 e 48. Se não vejamos: a meta 35 pretende inspecionar 100% dos hospitais gerais, que são 13. No entanto, o número apresentado no 1º quadrimestre foi 4, no 2º não consta informação e no 3º foram 2, totalizando 6, portanto conclui-se que a meta não foi atingida. A meta 33 pretende inspecionar 100% dos serviços de quimioterapia que solicitarem alvará inicial de saúde, no total de 26, no entanto foram vistos 05 no primeiro quadrimestre, no 2º não consta informação e no 3º foram vistoriados 11, totalizando 16, mais uma vez não atingindo a meta proposta. A meta 34 pretendia inspecionar 100% dos laboratórios clínicos hospitalares, no total de 16, mas foram vistoriados 14, sendo 5 no 1º quadrimestre, no 2º nada consta e 9 no terceiro quadrimestre, portanto a meta não foi atingida. A meta 39 propõe inspecionar 100% dos serviços de hemoterapia, no total de 7, tendo sido vistoriados 5 no 1º quadrimestre, no 2º quadrimestre não consta e 4 no 3º quadrimestre,



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



totalizando 9, tendo portanto a princípio superado a meta. Ocorre que o número total de serviços que consta no 1º quadrimestre são 22, restando informar qual é o número real. A meta 46 propõe implantar a vigilância em saúde ambiental em 33% das comunidades indígenas no total de 9. O relatório informa que a meta foi atingida em 44,44% pois a vigilância ambiental foi implantada em 4 comunidades, no entanto a informação constante no 1º quadrimestre foi de 2 comunidades atingidas, no 2º quadrimestre a informação é que não foi realizada e no 3º quadrimestre a informação não consta, de modo que podemos concluir que a meta não foi atingida, considerando que a mesma consta na PAS desde 2011, estando muito atrasada dada a relevância da ação e o número reduzido de comunidades. Considera-se, portanto, que a meta não foi atingida. A meta 47 propõe inspecionar 100% dos serviços de agência transfusional de doadores de sangue no total de 12, sendo que no 1º quadrimestre foram inspecionados 5, no 2º não consta e no 3º foram 3, totalizando 8, portanto a meta não foi atingida. A meta 48 pretende manter a fiscalização em ambientes livres do tabaco em 100% das inspeções dos ambientes de interesse à saúde. Como não há descrição do indicador, fica difícil aferir se a meta foi atingida ou não, embora o relatório informe que ela foi atingida. Entretanto no 1º quadrimestre consta o número 2, identificado como 100% das denúncias atendidas, no 2º quadrimestre não consta assim como no 3º. Carece de esclarecimento essa questão. A meta 42 pretende inspecionar 100% das cozinhas hospitalares (25), no entanto constam 4 cozinhas no 1º quadrimestre, no 2º não consta informação e no 3º constam 25. A princípio parece que foi atingida, talvez até superada, resta saber se devido a reclamações alguma das 25 cozinhas foi vistoriada mais de uma vez ou se apenas há um pequeno erro. As metas 38, 40, 41, 43, 44 e 45 foram atingidas. Sobre Vigilância de Produtos de Interesse à Saúde as metas foram atingidas. A tabela 110 apresenta o aumento do nº de reclamações e denúncias atendidas em relação ao ano passado (26 em 2011 e 88 em 2012), e a meta de atender 70% foi atingida e superada em 20%. A tabela 111 apresenta o número de vitórias/inspeções realizadas, que aumentou em 2012, com 627 inspeções realizadas contra 308 em 2011. Não está clara qual a diferença entre os dados apresentados na tabela anterior, e se os mesmos estão contidos nesta tabela. A tabela 112 apresenta a meta 30 da PAS 2012, que pretende licenciar e fiscalizar 100% das empresas que solicitarem autorização de funcionamento do comércio de saneantes (distribuidores, importadoras, exportadoras e transportadoras), que solicitarem alvará e se houver denúncia. Como o número é 20 e o total de 2012 aparece 20, conclui-se que a meta foi atingida, no entanto se verificamos por quadrimestre observamos que o número total de empresas fiscalizadas é 65 e o total de empresas licenciadas é 22, restando saber se nesta meta há um número mínimo que foi pactuado na CIB 250/07. A tabela 114 apresenta a meta que pretende inspecionar e licenciar 20% das drogarias num total de 542. Foram inspecionadas 93 drogarias em 2012, correspondendo a 86,11% da meta que, portanto, não foi atingida. De outro modo foi atingida a meta de atender 70% das reclamações relativas às drogarias. Assim como na meta anterior há disparidade nos dados informados pois se observarmos os dados apresentados por quadrimestre veremos que totalizam 112 farmácias inspecionadas. Quais números são fidedignos? A tabela 115 apresenta a meta que pretende inspecionar 30% das farmácias de manipulação, do total de 150. Foram inspecionadas 29 farmácias, atingindo 13% da meta. Também não foi alcançada a meta de atender 100% das reclamações, pois de 9 realizadas foram atendidas 5, atingindo um percentual de 55,55% da meta. A tabela 116 apresenta a meta que tem por objeto inspecionar 100% dos serviços de nutrição parenteral, farmácia hospitalar com preparo de nutrição, no total de 2. Meta atingida. A tabela 117 apresenta a meta que pretende inspecionar 100% dos serviços de nutrição parenteral, farmácias hospitalares, no total de 21, foram inspecionadas 3, atingindo 0,63% da meta proposta. Meta não atingida. A tabela 118 apresenta a meta que pretende inspecionar 70% das distribuidoras e transportadoras de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos, no total de 76, sendo que deveria totalizar 53 distribuidoras e transportadoras, no entanto foram vistas 51, encerrando 27% da meta, portanto a meta não foi atingida. A tabela 119 descreve a meta que pretende inspecionar 70% dos processos e solicitações recebidas de importadoras e fracionadoras de insumos farmacêuticos e medicamentos, sendo que o número total é 4 e o número mínimo corresponde a 3 e foi vistoriada uma importadora/fracionadora, portanto a meta não foi atingida. Nesta meta o relatório ressalta que tal atribuição passa a ser desenvolvida pela SMS somente em 2012 e as demais empresas foram vistoriadas pela SES. A tabela 120 apresenta a meta de cadastrar, inspecionar e licenciar 70% das empresas controladoras de pragas, no total de 4, no entanto foram cadastradas 03, e de acordo com o relatório o número é referente às empresas que



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



solicitaram alvará, sendo que as demais vistorias são reinspeções ou atendimento a denúncias. Embora um pouco confuso, parece que a meta foi atingida. Sobre a Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde a tabela 121 apresenta o número de denúncias atendidas que supera o de recebidas sob a justificativa de um passivo de um quadrimestre para o outro, descrito no 3º quadrimestre. A tabela 122 apresenta dados de fiscalização, onde estão incluídas todas as vistorias/inspeções realizadas, inclusive as solicitações de alvará de saúde e ao atendimento das pactuações, totalizando 2.229 inspeções/vistorias, 426 a mais que em 2011. O quadro 42 descreve as metas pactuadas pela equipe de Vigilância de Serviços de Interesse à Saúde, não contempladas plenamente na PAS. A meta que pretende inspecionar os estabelecimentos de longa permanência para idosos foi atingida. A meta que pretende inspecionar os serviços de alimentação em creches/escolas infantis apresenta o total de 600 estabelecimentos, mas o percentual a ser alcançado é de 70% das reclamações, portanto o número a ser perseguido é de 420 estabelecimentos, não 335, como consta no relatório, ficando abaixo do pactuado, não atingindo a meta estabelecida. A meta que pretende inspecionar os serviços hospitalares de atenção ao parto no total de 2, foi atingida. Na análise do 3º quadrimestre sugerimos substituir a meta por verificação de parto humanizado na próxima pactuação. A meta de inspecionar 100% dos serviços de terapia renal substitutiva, SATÉLITE, total de 5 serviços foi atingida. A meta de inspecionar 100% dos serviços de terapia renal substitutiva, serviços intra-hospitalares, total de 4 serviços, embora esteja descrita como atingida, no transcorrer dos quadrimestres constam 3 serviços, talvez possa ser erro ao digitar, pois consta das observações que o total de 15 serviços foram notificados já no 1º quadrimestre, em virtude de alerta recebido da EVQA. Em relação à inspeção de serviços de mamografias do SUS, e particulares, do primeiro grupo a meta pactuada pretende inspecionar 100% dos serviços, e em 2012 esta meta foi atingida. No segundo grupo a meta consiste em inspecionar 50% dos serviços particulares, total de 43, e esta meta foi alcançada e superada, pois 34 serviços foram vistoriados. A tabela 125 apresenta a inspeção de serviços de radioterapia, com meta correspondente que pretende inspecionar 100% dos serviços de radioterapia, no total de 5, e esta meta foi atingida. A tabela 126 dispõe sobre a meta que pretende inspecionar os serviços de medicina nuclear no total de 11, e esta meta foi atingida. A meta apresentada na tabela 127 pretende inspecionar os serviços de radiodiagnóstico médico, no total de 79, e esta meta foi atingida. Em relação à Vigilância de Alimentos, o relatório registra o aumento do número de denúncias recebidas, com variação de 181,71% em relação ao ano passado bem como houve aumento no número de denúncias atendidas, com variação positiva de 68,31%, no entanto a meta pactuada, de atender 70% das denúncias e reclamações recebidas não foi atingida, sob a justificativa de mudanças na forma de recebimento das mesmas (através do 156), sem triagem prévia, e ao número reduzido de fiscais, que embora tenha sido solicitado em quadrimestres anteriores, não está descrito quantos estão na ativa. Foi também sugerida no 2º quadrimestre a reposição de fiscais, para que todas as denúncias sejam atendidas e por consequência a proteção à população seja ampliada, prevenindo surtos de DTAs, no entanto não houve manifestação da SMS a este respeito. A tabela 130 apresenta a meta de inspecionar 20% de restaurantes e similares, que foi atingida, assim como a meta de inspecionar 50% das cozinhas industriais, apresentada na tabela 131, que também foi atingida. A tabela 132 apresenta a meta que tem por objeto inspecionar 30% dos super/hipermercados estimados cadastrados, num total de 84, que foi atingida, no entanto os números descritos no relatório anual diferem dos números dos relatórios quadrimestrais, o que nos leva a concluir que os dados apresentados nos relatórios seccionados são referentes às áreas vistoriadas dos 84 estabelecimentos. Houve variação positiva e significativa no comparativo com 2011 (5) e 2012 (73) na vistoria das escolas de ensino fundamental municipal e estadual, que manipulam alimentos, superando a meta (43), o que indica que a meta poderá ser ampliada dada a relevância da ação. Destacam-se ainda as ações realizadas por esta equipe em eventos de massa como feiras, shows, praças de alimentação em eventos, orientações para expositores, etc. Sobre Vigilância de População Animal o quadro 44 apresenta meta relativa ao número de amostras caninas e felinas enviadas para pesquisa laboratorial de raiva, que de acordo com o relatório são coletadas pela SEDA, não sendo sempre possível identificar a procedência. Também do mesmo modo como nos relatórios quadrimestrais, o relatório anual apresenta uma série de atividades realizadas pela equipe que não estão pactuadas em metas, e entre elas estão descritas ações realizadas pela Secretaria de Direitos dos Animais (SEDA). Cabe questionar, portanto, em que medida se estabelecem as relações com a referida Secretaria, visto que as enfermidades próprias dos animais,



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



capazes de acometer o homem, são de responsabilidade da saúde. Em relação ao controle do vetor da Doença de Chagas, a meta proposta de realizar uma visita mensal aos quatro postos de informação de triatomíneos foi atingida, mas não há informações se foram encontrados exemplares de barbeiros nesses locais. A tabela 136 apresenta meta de realizar a vigilância e estudos de flebotomíneos em áreas com transmissão de leishmaniose em 100% dos casos confirmados, no entanto o dado apresentado é do número de flebotomíneos capturados, entendendo-se que todos foram estudados. Sobre Vigilância das Águas, foi atingida a meta de atender 70% das reclamações e denúncias recebidas, com variação positiva no comparativo com 2011 de 40%. Da mesma forma são descritas outras ações como o envio de relatórios conforme preconizado pelo VIGIÁGUA. A tabela 140 apresenta a meta de inspecionar 100% das estações de tratamento de água do DMAE. Meta atingida. Em relação à Vigilância em Saúde do Trabalhador, a tabela 141 apresenta a relação de reclamações recebidas e atendidas pela equipe, cuja meta é atender 70% das reclamações, o que foi alcançado, no entanto não estão informadas quais as situações frequentes, solicitação apontada nos relatórios anteriores. Sobre **Doenças e Agravos Não Transmissíveis**, o quadro 47, relativo ao Programa de Controle do Tabagismo, descreve a meta 60 que pretende manter 100% dos serviços de saúde com o programa “Unidades Livres de Tabaco” implantado. Embora o relatório descreva o cumprimento da meta, não consta a descrição do indicador. A meta 62 pretende ampliar de 24 para 47 o número de unidades cadastradas no serviço 119 do CNES com programa de controle do tabagismo ativo. Foram cadastradas 42 unidades, embora as demais estejam em processo de cadastro. A meta não foi atingida. A tabela 150 descreve o quantitativo de pacientes atendidos e que estavam sem fumar em 2012 (591) e em 2011 (792) e estabelece um comparativo entre eles, onde se verifica uma variação negativa entre os pacientes que pararam de fumar em 2012 (-25,37%). O relatório descreve pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde que aponta Porto Alegre como a capital com o maior número de fumantes do país (20,6% de fumantes), por isso é preocupante o fato de haver diminuição no número de pacientes atendidos assim como no número de pessoas que pararam de fumar. Isto indica que as metas 61 e 62 devem ser reforçadas na execução de suas ações, e neste aspecto o relatório analisa que houve sub registro de informações de algumas unidades o que foi abordado pela área técnica com ações de educação permanente para preenchimento correto dos fluxos e planilhas e também para a habilitação de profissionais para a abordagem e tratamento do fumante, que foram realizadas nos meses de outubro e novembro. Sobre Violência, a tabela 143 descreve a meta que pretende ampliar a cobertura da ficha de notificação/investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências em 50%. Embora a meta apareça como atingida, o percentual descrito no relatório é de 44,57% e ainda não está descrito o total de serviços para que se possa conferir o percentual. Meta não atingida. A tabela 144 apresenta a meta que pretende monitorar 100% das ocorrências de acidentes e violências e descreve a ocorrência de 943 casos em 2012 e 765 casos em 2011 com variação para mais 23,27%. Em 2011 há ainda o destaque relativo ao número total das ocorrências que foram 1.640 em 2012 e 1.364 em 2011, cuja diferença reside em casos ocorridos entre usuários de serviços de saúde que residem em outros municípios. Em relação ao Programa Bolsa Família, a tabela 151 apresenta a meta que pretende acompanhar 30% das famílias cadastradas pela atenção básica e beneficiária do programa bolsa família. Esta meta foi atingida em 52,91% no primeiro semestre de 2012 e em 66,87% no segundo semestre de 2012, superando o que foi estabelecido como meta, indicando que o percentual da meta pode ser ampliado na próxima pactuação. Sobre o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, a tabela 145 apresenta a relação do envio de dados ao SIM, cuja meta é garantir o envio de dados com regularidade uma vez ao mês e doze vezes por ano. No ano de 2012 foram enviadas informações 28 vezes, portanto acima do que foi pactuado. A tabela 146 apresenta o número de óbitos e declarações emitidas, cuja meta consiste em coletar 100% das declarações de óbitos. Em 2012 ocorreram 10.930 óbitos e foram coletadas 10.930 DO, com variação negativa em relação a 2011, em que ocorreram 11.520, 590 óbitos a menos. Meta atingida. A tabela 147 apresenta o número de óbitos notificados e investigados e o percentual de óbitos mal definidos, cuja meta pretende aprimorar a qualidade da notificação e classificação das causas básicas de óbito, obtendo no máximo 5% de óbitos investigados com causas básicas mal definidas. Em 2012 foram 305 óbitos com causas mal definidas atingindo um percentual de 2,79, que aumentou com relação a 2011, sob a justificativa de que ainda há investigações em curso. Meta atingida. Em relação ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos–SINASC, a tabela 148 apresenta a relação das coletas e digitações



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



das Declarações de Nascidos Vivos residentes em Porto Alegre, cuja meta reside em coletar 100% das DNV. Em 2012 foram 19.397 NV e foram coletadas informações de 100% das DN com variação positiva (2,59% 490 NV) com relação a 2011, quando nasceram 18.907. Meta atingida.

11. No capítulo referente à **Regulação do SUS**, o quadro 48 apresenta a relação dos Hospitais que implantaram o SI – Sistema Informatizado de Regulação das UTI's, Emergências e Internações hospitalares. Verifica-se que apenas 6 estão com 100% da implantação do SI (Vila Nova, HMIPV, Hospital São Lucas, HPS, Instituto de Cardiologia e Santa Casa). O SI está implantado em algumas áreas em 4 hospitais, pois eles não dispõem de emergência e UTI (Hospital Espírita, Banco de Olhos, Hospital Parque Belém e Hospital Porto Alegre) e o SI não está implantado ainda em 6 hospitais, grupo onde se encontram os dois maiores hospitais do município (Hospital Cristo Redentor, Hospital de Clínicas, Hospital Fêmeina, Hospital Conceição, Sanatório Partenon e Hospital Psiquiátrico São Pedro). Sobre as ações de Auditoria, destaca-se a abrangência do trabalho realizado, onde além das tarefas de rotina, que verificam inconsistências em relatórios dos sistemas de faturamento do SUS, são informadas outras atividades como auditorias operativas em Leucemia Mielóide Crônica, Oncologia e Hemodiálise, auditorias por denúncias de problemas nos atendimentos hospitalares e/ou cobranças indevidas (Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital Cristo Redentor e AACD) além de Auditorias das queixas oriundas da Ouvidoria da SMS relacionadas a todos os prestadores SUS de Porto Alegre. Sobre *Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade*, a tabela 152 apresenta um acréscimo de 34,6% nas consultas iniciais reguladas, passando de 305.444 para 411.307. Nos dados de 2011 não foi discriminada a quantidade dos Centros de Saúde e dos Hospitais, justificado pela implantação do Sistema Informatizado durante o segundo semestre de 2011. A renovação dos contratos com os prestadores hospitalares incluiu no mínimo a oferta 20%, e de 30% para os Centros de Saúde. Sobre *Regulação da Produção Hospitalar*, os dados apresentados incluem a descrição e análise da produção Hospitalar conforme definido na contratualização, bem como as internações realizadas no período analisado. Desde o 2º semestre de 2011, iniciou-se de forma rigorosa a regulação dos serviços de saúde pela GRSS. Com a regulação, pacientes que consultavam irregularmente nos hospitais e geravam internações, bem como os pacientes de outros municípios e de outros estados que aumentavam a produção, deixaram de fazê-lo. Logo, houve um impacto óbvio na produção das instituições que levaram algum tempo para normalizarem essa situação. A tabela 153 informa sobre o faturamento Hospitalar dos Prestadores Públicos Próprios e não Próprios, filantrópicos e conveniados de Porto Alegre, onde consta que o número total de procedimentos contratados em 2012 foi de 172.845 e em 2011 de 168.231, um acréscimo de 2,74%. O valor total faturado passou de R\$ 285.250.231,24 em 2011 para R\$ 301.312.476,24 em 2012, acréscimo de 5,63%. Houve redução do quantitativo apresentado em 4 prestadores (Hospital Cristo Redentor, Banco de Olhos, Parque Belém e Santa Casa). Em contrapartida observa-se aumento por parte de 3 prestadores (Hospital de Clínicas, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Beneficência Portuguesa). Acredita-se que em 2013 haverá um acompanhamento mais rigoroso dos contratos com os prestadores hospitalares, tendo em vista que novas equipes (CPACs) foram nomeadas e adequadas com conseqüente cobrança rigorosa no cumprimento de serviços contratados. A tabela 154 informa sobre *Regulação de Internações Hospitalares*, demonstrando que houve aumento das internações reguladas em 158%, que passaram de 12.048 em 2011 para 31.149 em 2012. A psiquiatria e a clínica médica foram as especialidades com maior número de internações reguladas e representam 58,2% do total em 2012. Proporcionalmente, os maiores aumentos foram em UTI Adulto com 237,4% e UTI Neonatal com 229,1% regulados. O quadro 49 apresenta as metas da PAS 2012, onde em relação à meta 121 - *regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das internações em leitos de UTI*, o percentual de 2012 foi de 63,6% e em 2011 havia sido de 36,8%. Na meta 122 - *regular através de um Sistema Informatizado 90% das internações Hospitalares oriundas das Emergências*, o percentual alcançado foi de 40,8% em 2012 e de 0,4% em 2011. Na meta 123 - *regular, através de um Sistema Informatizado, 90% das Internações Hospitalares*, o percentual alcançado foi de 46,2% em 2012. Na meta 124 - *alcançar a proporção de 50% de internações de caráter eletivo*, o percentual alcançado foi de 20,8% em 2012. Na meta 126 - *controlar 100% das transferências de consultas*, com a implantação do sistema informatizado ficou impossibilitada esta mensuração. Na meta 127 - *regular, através de um Sistema Informatizado, 50% das Interconsultas Hospitalares*, 0% das interconsultas hospitalares foram reguladas em 2012. Na meta 130 - *contratualizar 50% dos prestadores de serviços ambulatoriais não*





*próprios*, 31% dos prestadores de serviços ambulatoriais foram contratualizados em 2012. Na meta 131 - *reduzir em 20% o tempo médio de espera para o agendamento das primeiras consultas especializadas*, não foi mensurado. Na meta 132 - *reduzir o tempo médio de espera para igual ou menor que 45 dias no agendamento dos exames especializados*, não foi mensurado. Na meta 135 - *acompanhar 100% dos contratos com prestadores através da Comissão de acompanhamento*, 46% dos contratos com prestadores foram acompanhados conforme portaria que define as CPACs. Na meta 137 - *reduzir o absenteísmo das consultas e exames especializados em 10%*, não foi mensurado. As Metas que atingiram 100% foram a 125 - *regular através de um Sistema Informatizado 95% das primeiras consultas*, 128 - *reduzir para 5% os bloqueios de agendas pelos prestadores*, 129 - *contratualizar 95% dos prestadores de serviços hospitalares não próprios*, 133 - *revisar 95% das contas hospitalares de alto custo ingressantes no NACH (Núcleo de autorização de contas hospitalares) dentro do mês de competência*, 134 - *bloquear 80% do pagamento das contas hospitalares sem a devida regulação*, 136 - *atualizar regularmente 100% a base de dados do cadastro de estabelecimentos de saúde – CNES*. Percebe-se que do conjunto de metas estabelecidas algumas importantes ações foram atingidas plenamente, ao mesmo tempo que outras tantas não o foram, demonstrando que talvez tenham sido superestimadas ou que a morosidade na implantação plena do Sistema de Informação tenham impedido o avanço nos processos planejados pela equipe da GRSS.

12. No capítulo relativo aos **Hospitais Próprios**, sobre o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, a Tabela 155 informa que em 2012 foram disponibilizados 131 leitos, sendo a capacidade potencial total de 193 leitos (em 2011 foram 130 leitos). Devido à reforma do 7º Andar foram fechados leitos que afetaram as Unidades Alojamento conjunto, Internação Ginecológica e Patologia da Gestação. A Unidade de Alojamento Conjunto reduziu leitos concomitantemente para disponibilizar leitos para a Unidade co-irmã. Na Pediatria, SOP e UTI Pediátrica, os leitos são bloqueados fora da estação do Inverno, motivados pela diminuição sazonal da demanda e da redução habitual temporária de RH por ocasião da Operação Inverno. A tabela 156 informa que houve um aumento de 6,4% no total de atendimentos ambulatoriais, passando de 99.058 em 2011 para 105.396 em 2012. A procedência de Porto Alegre no ano de 2012 foi de 64% dos atendimentos e 36% de outros municípios; em 2011 os atendimentos de Porto Alegre corresponderam a 67%, e 33% foram de outros municípios, havendo um aumento na variação dos pacientes com origem do Interior. Em relação às internações, a tabela 157 demonstra que houve redução do número total de internações passando de 6.450 em 2011 para 6.217 em 2012 (-3,6%). Praticamente toda a redução foi relativa aos pacientes de Porto Alegre, mantendo-se estável o quantitativo referente aos outros municípios. A tabela 158 traz o demonstrativo do número de atendimentos realizados, por atividade assistencial, onde percebe-se que houve um aumento 56% no total de atendimentos, passando de 345.457 para 539.387, influenciando em praticamente todo este resultado o aumento de 91% nos Serviços de Apoio de Diagnóstico, provavelmente relacionado ao SRTN (teste do pézinho). A maior queda foi na Emergência Pediátrica por redução de leitos de Observação no 3º Quadrimestre, devido às reformas. A tabela 159 traz o demonstrativo de atendimentos hospitalares realizados por serviço, que, embora não apresente um total geral, destaca-se o aumento de 12% nos partos normais e a redução nas cesarianas em -12%; aumento de 17% nas cirurgias pediátricas, redução de 48% nas internações da Internação Pediátrica, de 25% na UTI pediátrica, de 15% no Alojamento Conjunto, de 14% na Sala de Observação e de 8% na Internação Adulto feminina. Os exames laboratoriais aumentaram em 120%, passando de 173.042 para 380.815. Em relação aos serviços especializados, a tabela 160 indica que no Centro de Referência em Assistência Infância Juvenil – CRAI houve aumento no total de atendimentos em 24%, passando de 6.269 para 7.762 atendimentos. Os maiores aumentos estão relacionados aos pacientes pericidados (DML) (+63%), acolhimento de pacientes do interior (+26%), consultas em Pediatria (+17%), consultas Serviço Social (+16%) e consultas em Psicologia (+13,5%). Sobre Triagem Auditiva Neonatal – TANU a tabela 161 informa que houve redução de 4,6% no total de atendimentos que passou de 1.582 para 1.509. O único aumento foi de 6,9% no Ambulatório. O percentual de TANU x Nascimentos reduziu de 95 para 94,5%. Sobre o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) houve aumento de 20% no total de exames de TN passando de 85.495 para 102.487. Os maiores aumentos foram nos exames de controles do Hipotireoidismo Congênito que passaram de 382 para 1.493 (+291%). O número de pacientes com tempo de coleta menor que sete dias passou de 42.048 para 69.467 (+65%) e redução de 16% nas coletas maiores que sete dias. Não foi informado o número de coletas para Fibrose Cística



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



de 2011. Em relação aos Indicadores Gerais de Produtividade, a tabela 163 informa que os indicadores que alcançaram a Meta foram Produção Geral/dia, Procedimentos Ambulatoriais, Absenteísmo nas Consultas, Taxa de Ocupação Geral, Taxa de ocupação da UTI Pediátrica e UTI Neonatal, Exames de Radiodiagnósticos e Aleitamento Materno. Os Indicadores que não alcançaram a Meta foram Boletins de atendimentos/Dia, número de atendimentos realizados na Sala de Emergência/Dia, número de cirurgias realizadas/Dia e Número de Internações Hospitalares realizadas. Na tabela 164 são apresentados os indicadores Gerais de Qualidade, tendo sido alcançadas as metas de Taxa de Ocupação e Mortalidade Institucional. Os Indicadores que não alcançaram a meta foram à média de permanência, consultas ambulatoriais realizadas, número de dietas e refeições distribuídas. No quadro 50 são apresentadas as metas da PAS 2012, onde a única meta alcançada foi a 85 - *implantar Serviço de Diagnóstico e Tratamento Fonoaudiológico aos pacientes Disfágicos*. As demais metas: 84, 96, 97, 98, 99, 100 e 101, ainda estão em fase de Implantação. Ainda é informado que no ano de 2012 houve um acréscimo de 100 servidores efetivos, variação positiva de 14,5% em relação a 2011. No total geral de servidores, incluindo os temporários e estagiários remunerados, o acréscimo foi de 32 servidores, acréscimo de 3,5%. Ainda existe uma defasagem de 9,8% nos servidores efetivos, e de 5,2% se incluirmos temporários e estagiários remunerados, desde a saída dos servidores da FUGAST. O efetivo de servidores municipais aumentou em 77,2% em relação a 2010, o efetivo de servidores estaduais e federais decresceu 3,8 e 28,7%, respectivamente. Ainda há carência de técnicos de enfermagem, urologistas, neurologistas, pediatras, anestesistas, enfermeiros, bioquímico e farmacêutico. Continua ocorrendo um grande número de aposentadorias dos servidores do Ministério da Saúde. A deficiência de anestesistas foi amenizada com a contratação de empresa médica terceirizada. Sobre o **Hospital de Pronto Socorro**, consta que em 2012 definiu-se o perfil de atuação para atendimento ao trauma, revisou-se os processos internos e implantou-se a classificação de risco, ações definidas em 2004 e que ficaram por 8 anos suspensas. Estes fatores contribuíram para que os pacientes tivessem uma melhor orientação sobre sua situação de saúde. Na Tabela 165 demonstra-se que houve aumento no total de boletins efetivamente atendidos, passando de 154.682 para 161.803, aumento de 4,6%. Na tabela existe um erro na quantidade do total de atendimentos que é em torno de 342.000. Na verdade este valor foi o somatório do total de boletins atendidos, procedência de Porto Alegre e procedência de Outros Municípios. Na tabela 166 constata-se que deve haver um erro no item “outros” do Setor 1, o número de atendimentos em 2012 foi de 50.989 e em 2011 foi de 1.749, e a diferença é 49.240 (-2.815,32%). Fica impossível realizar uma comparação com este dado incorreto. A redução nos atendimentos da Oftalmologia em -20,05% são justificadas pela falta de profissionais, a lista de chamada de concursados foi esgotada e está sendo providenciada a realização de novo concurso. Permanece o excesso de solicitações de exames de radioimagem e de laboratório, sobre o que estão sendo elaborados protocolos, procedimento operacional padrão e fluxogramas, para que as solicitações sejam realizadas de forma mais adequada no atendimento dos pacientes. O HPS conta com um grande número de funcionários na faixa dos 50 anos e grande percentual de absenteísmo. No período houve implantação do novo plano de carreira para médicos e devido a inclusão de carga horária diferenciada, houve uma migração dos servidores para esta nova modalidade, ocasionando um déficit de recursos humanos para o fechamento de escalas de trabalho devido à redução de horas/plantonista. A tabela 172 traz os Indicadores de Desempenho Anual que demonstram que houve aumento somente em dois indicadores: Produção Geral/Dia que passou de 810,08 para 883,44, aumento de 9,06% e Cirurgias/dia que passou de 5,73 para 6,96, aumento de 21,47%. Dos inúmeros indicadores em que houve reduções, destacamos a taxa de ocupação de leitos, que passou de 96,35 para 87,05 (- 9,65%), média de permanência de 6,91 para 6,58 (-4,78), o que é positivo, boletins efetivamente atendidos de 516,48 para 478,18 (-7,42%), Atendimentos Sala de Emergência/dia de 496,58 para 474,16 (4,51%) e de Exames radiológicos/dia de 400,46 para 360,49 (-9,98%). Por motivo de reforma 26 leitos ficaram desativados por 40 dias e foram reativados no 3º trimestre. O quadro 51 apresenta as metas da PAS 2012, onde consta que foram atingidas as metas 74 - *reduzir em 10% o atendimentos de pacientes de baixa complexidade*, 75 - *reduzir em 10% o total de pacientes de Unidade de internação com permanência maior que 20 dias* e 77 - *concluir 20% da obra da Urgência e Emergência*. Foram parcialmente atingidas as metas 76 - *concluir 80% da obra da sala de Recuperação e Bloco Cirúrgico* e 78 - *adquirir 02 casas na Av. José Bonifácio para a qualificação e adequação do HPS*.



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



13. No capítulo sobre **Atenção em Urgências e Transporte de Pacientes**, é informado que em 2012 foi habilitada a primeira Unidade como Unidade de Pronto Atendimento-24 horas, Moacyr Scliar. Ao longo de 2013 existe a previsão de início das obras das UPAs Azenha e Navegantes. É destacada a atuação do Núcleo de Educação em Urgências que foi oficializado em 11/09/2012, pela portaria nº 1.029, o que não constou do capítulo sobre legislações do relatório. Entre eventos e capacitações atingiu um público de 873 profissionais no ano. Sobre esses processos, não fica clara a sua articulação com a área de desenvolvimento e educação permanente da SMS. O quadro 52 apresenta as metas da PAS 2012, onde em relação à meta 79 - *reduzir o tempo médio de Atendimento Pré-Hospitalar primário (APH primário) das bases de atendimento com tempo resposta acima de 12 minutos, em 10% o tempo de resposta*, a meta não foi atingida, e o tempo médio de resposta continua em torno de 12 minutos. Sobre a meta 80 - aumentar 1 equipe de suporte básico do SAMU, consta que a meta foi realizada com o aumento de 12 para 13 equipes, tendo sido inaugurada a base do Morro Santana. Em relação à meta 81 - iniciar a conclusão de mais uma UPA, foi realizada com a construção da UPA Moacir Scliar. A meta 82 - ampliar o serviço de transporte de baixa complexidade, como unidade de apoio para a Central de Regulação de Urgência (SAMU), ampliando de 4 para 5 ambulâncias em pleno funcionamento, consta como realizada. A meta 83 - ampliar de 4 para 6 as Equipes de Atenção Domiciliar não foi atingida. A meta 164 - ampliar de 1 para 7 os Núcleos de Educação Permanente nos Serviços de Urgência da SMS foi realizada. Em Porto Alegre, as principais causas de óbito são as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Por essa configuração epidemiológica foram implementadas, em novembro de 2011, as linhas de cuidados referentes às doenças neurovasculares (AVC) e cardiovasculares (IAM), que apresentaram resultados positivos. Conforme tabela 168 houve redução na proporção de óbitos nas Doenças Isquêmicas do Coração de 1.153 para 919 (-8,2%), de Doenças Cerebrovasculares de 1.136 para 938 (-4,9%), de Doenças do Aparelho Circulatório de 3.339 para 2.730 (-5,9%) e do Total Geral de Óbitos em todas as doenças de 11.367 para 9.873 (-13,1%). Em 2012, a CMU ampliou seu escopo de ações e identificou a necessidade de revisar seu planejamento junto à consultoria do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP). A CMU mapeou os principais fluxos de urgência/emergência na rede de atenção à saúde no Município e este mapeamento iniciou em setembro de 2012 e está oportunizando a revisão e qualificação de vários processos essenciais na trajetória terapêutica do usuário com condição aguda de saúde na rede Municipal. Em relação aos **Pronto Atendimentos** a tabela 169 indica que houve aumento no total geral de atendimentos passando de 308.756 para 344.497, aumento de 11,58%. Nas desistências, houve redução no total geral de 11% para 9,7%. No PACS houve aumento de 87.046 para 94.065 atendimentos e reduziu-se as desistências de 13% para 10,9%; no PA Bom Jesus o total de atendimentos se manteve em torno de 78.000 e as desistências aumentaram de 10,7% para 15,1%; no PA Lomba do Pinheiro aumentou o número de atendimentos que passaram de 69.024 para 72.345 e as desistências diminuíram de 10,1% para 5,5%; no PA da Restinga os atendimentos se mantiveram em torno de 75.000 e as desistências diminuíram de 5,1% para 4,6%; na UPA Moacyr Scliar houve 23.648, sendo esta inaugurada em setembro de 2012. Sobre atendimentos e desistências em Clínica Médica, a tabela 170 demonstra que houve aumento no Total Geral de atendimentos que passou de 191.223 para 198.464, aumento de 3,8%. O Total Geral das desistências reduziu de 29.718 para 28.522, (-4,02%). No PACS houve aumento de 6,6% nos atendimentos, passando de 57.131 para 60.878, e redução nas desistências passando de 17,0% para 14,5%. No PA Bom Jesus se manteve estável o número de atendimentos em torno de 46.000, mas houve aumento nas desistências que passou de 15,9% para 21,6%. No PA Lomba do Pinheiro houve aumento nos atendimentos que passaram de 43.001 para 45.787, aumento de 6,5%, e nas desistências houve redução de 13,3% para 6,4%. No PA Restinga houve aumento de 3,3% no total de atendimentos passando de 44.305 para 45.788 e as desistências reduziram de 5,5% para 5,1%. Em relação aos atendimentos e desistências em Pediatria, a tabela 171 demonstra que houve aumento de 4,1% no Total Geral de atendimentos, passando de 117.533 para 122.385 e leve aumento nas desistências de 3,6% para 3,8%. No PACS houve aumento nos atendimentos passando de 29.915 para 33.187 e redução nas desistências de 4,2% para 3,5%. No PA Bom Jesus houve aumento de 4,9% nos atendimentos, passando de 31.437 para 32.966 e as desistências aumentaram de 1,6% para 4,1%. No PA Lomba do Pinheiro os atendimentos se mantiveram em torno de 26.000 e reduziram as desistências de 4,3% para 3,9%. No PA Restinga os atendimentos se mantiveram estáveis em torno



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



de 30.000 e reduziu-se as desistências de 4,3% para 3,8%. É salientado no relatório que em todos os PAs, houve investimento na capacitação dos profissionais pelo Núcleo de Educação Permanente (NEU) e a reestruturação de processos de trabalho para fortalecimento da humanização e acolhimento nos atendimentos. Sobre Classificação de Riscos nos Pronto-Atendimentos, a tabela 172 informa que no PA Bom Jesus houve aumento no Total Geral de atendimentos com CR, passando de 65.190 para 75.829, aumento de 16,3%. A cor verde é o maior percentual, em torno de 75%, o amarelo em torno de 13%, o vermelho em torno de 0,02%. Em relação a 2011, houve um pequeno crescimento nos azuis passando de 3,8% para 5,3%, uma grande variação de 121% no amarelo devido à implantação em junho de 2011. Na tabela 173, referente ao PACS, demonstra-se que houve crescimento de 32,5% nos atendimentos com CR, que passaram de 56.731 para 75.185. Os verdes aumentaram de 51.786 para 63.650, os amarelos aumentaram de 4.619 para 6.035 mantendo a proporção em torno de 8%, os azuis passaram de 250 para 5.414 e aumentaram a proporção de 0,4% para 7,2%, os vermelhos ficaram estáveis em torno de 90 atendimentos. A cor laranja será implantada em 2013. A tabela 174 refere-se ao PA Lomba do Pinheiro, onde o Total Geral dos atendimentos com CR aumentaram em 4,3% passando de 49.269 para 51.383. Os verdes reduziram de 46.458 para 43.801 (94,3% para 85,2%); os amarelos aumentaram de 2.204 para 5.209 (4,5% para 10,1%); os vermelhos mantiveram a proporção de 0,1%; os Azuis mantiveram em torno de 1,3%; e os Laranjas foram implantados em novembro de 2012, com 1,3% dos casos. Sobre o PA Restinga a Tabela 175 informa que o Total Geral com CR se manteve em torno de 75.000; o verde se manteve proporcionalmente em torno de 78%; o Amarelo em torno de 14%; os Azuis em torno de 6% e o Vermelho em torno de 1%. Na UPA Moacyr Scliar a tabela 176 informa que houve um Total de 23.547 atendimentos com CR; na proporção os verdes foram 73,9%, os amarelos 17,7%, os Laranjas 4,4%, os Azuis 3,9% e os Vermelhos 0,2%. Em relação ao Plantão de Emergência de Saúde Mental (PESM) a Tabela 177 informa sobre o PESH-PACS, onde houve aumento de 9,7% no Total de pacientes atendidos, passando de 13.419 para 14.726; as desistências reduziram em 24%, passando de 7,9% para 6%; o percentual de menores de 18 anos reduziu de 5,6% para 3,9%; o Total de pacientes em Sala de Observação aumentou de 4.129 para 4.279; o percentual de pacientes que permanecem em Sala Observação reduziu de 30,8% para 29,1%; o tempo médio de permanência em Sala de Observação aumentou de 2,1 para 2,2 dias. Os casos de Dependência Química aumentaram de 46,6% para 52,6%; Esquizofrenia aumentou de 21,8% para 26,5%; Transtorno de Humor Bipolar de 17,4% para 19,1%; as Transferências para Internação hospitalar reduziram de 82,9% para 76,2%. Na tabela 178 é informado que Sobre o PESH-IAP, onde houve aumento de 13,4% no Total de Pacientes Atendidos, que passaram de 9.234 para 10.474; as desistências reduziram de 1,4% para 1,1%; menores de 18 anos passaram de 8,3% para 8,5%; o Total de pacientes em Sala de Observação aumentou em 15,5% passando de 2.850 para 3.293; o percentual de pacientes que permaneceram em Sala de Observação aumentou de 30,9% para 31,4% e o tempo médio de permanência reduziu de 1,4 para 1,3 dias. Do Total de atendimentos a Depressão reduziu de 20,7% para 19,4%, Dependência Química reduziu de 32,9% para 15,4%, Transtorno de Humor Bipolar aumentou de 1,1% para 14,4% e as transferências para internação hospitalar aumentaram de 98,3% para 100%. Com relação ao SAMU, a Tabela 179 informa sobre o Perfil das Ligações, demonstrando que houve aumento de 19,6% no Total de Ligações que passaram de 380.138 para 454.814. O maior número de ligações foi de Trotes (118.215), que representam 26%; em segundo foram regulações (85.306), que representam 18,8%; em terceiro é Engano (77.934), que representa 17,1%; em quarto é Interrompidas (60.662), que representa 13,3%; em quinto foram Informações (59.124), que representa 13%; em sexto foi Atendida (42.035), que representa 9,2% e as demais representaram 2,5%. Na Tabela 180 sobre Tipos de Atendimentos, registra-se aumento de 4,2% no total de atendimentos, passando de 33.777 para 35.195, sendo que as maiores demandas corresponderam aos casos clínicos 44,9% e Traumatologia 36,8%. Os casos Psiquiátricos representaram 9,2%, Transporte 7,2% e casos Obstétricos 1,8%. Não ocorreram Orientações em 2012 e não houve casos não registrados. As variações de 2011 para 2012 se mantiveram estáveis, com exceção do atendimento Psiquiátrico que aumentou em 21,4%. A tabela 181 descreve o Coeficiente de Mortalidade dos Atendimentos Pré-Hospitalares. Em 2011 ocorreram 965 óbitos para 33.777 APH, com coeficiente de 28,6% e em 2012 foram 1.024 óbitos para 35.196 APH, com coeficiente de 29,1%. O aumento foi de 1,7% no coeficiente.



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



14. Sobre o **Financiamento do SUS**, a análise da SETEC considerou a legislação vigente, em especial a EC- 29 e a Lei 141/2011, que a regulamentou. 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. sobre o percentual de recursos municipais aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde constam 2 dados diferentes. No relatório do Sistema MGS, que é adotado pelo Estado, e que é o único que consta do documento encaminhado, o índice é de 24,46%. No entanto, sabe-se que esse índice não é o correto, na medida em que esse sistema não exclui as despesas que não podem ser consideradas como ASPS (valores transferidos à Associação dos Funcionários Municipais (AFM) para pagamento de serviços de "Assistência Médico-Hospitalar" aos servidores, despesas com pessoal inativo, entre outros). No Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), da Secretaria da Fazenda e no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) o índice informado é de 21,24%. Cabe considerar a esse respeito que uma das causas dessa divergência de dados certamente é o fato de que os recursos do SUS, originários das receitas municipais, não são transferidos ao Fundo Municipal de Saúde como determina a legislação vigente, e tampouco são executados pelo FMS. Essa situação, já apontada pelo CMS em praticamente todas as análises da Gestão da SMS, e constante no rol de recomendações enviadas ao Sr. Prefeito por ocasião da análise do RG do 1º quadrimestre de 2012, ainda não foi alterada. Além disso, permanecem constando entre as despesas com ASPS aquelas que não cumprem o dispositivo de terem sido aprovadas pelo CMS e/ ou as que não constam do Plano Municipal de Saúde. Neste sentido, salienta-se especialmente a despesa com transferências a entidades privadas, através de Incentivo Municipal à Estratégia de Saúde da Família, criado através de Portaria/SMS nº 131/2010, que não teve a aprovação do CMS, cujo valor total anual não constou dos demonstrativos encaminhados ao CMS. A maior parcela foi transferida ao Instituto de Cardiologia, conforme apontado nos pareceres referentes aos RG quadrimestrais. Outra questão a salientar são as despesas com a PROCempa, que somaram, em 2012, R\$ 27.927.202,55, de acordo com os relatórios trimestrais apresentados, e que não tem a sua cobrança efetuada através de notas fiscais que comprovem a efetiva execução dos serviços, permanecendo esta questão sem a devida explicação ao CMS, por parte da Secretaria Municipal da Fazenda. E sobre este último aspecto, cabe ainda salientar que a SMS contratou empresa para a tarefa de informatização da rede de saúde (MGS), projeto que já foi analisado anteriormente. Desta forma, não é possível identificar com precisão a efetiva aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde por parte da Prefeitura. Em relação às despesas com horas extras dos servidores municipais, esta correspondeu, em 2012, a R\$ 16.559.050,59 com pouca variação em relação ao ano de 2011.
  2. sobre as transferências estaduais, no ano de 2012, elas cresceram substancialmente se comparadas ao ano anterior, embora continuem sendo a menor parcela de financiamento do SUS municipal. Em 2011 o governo estadual repassou ao município de Porto Alegre um total de R\$ 24.721.962,00 e em 2012 este valor subiu para R\$ 46.278.062,90, correspondendo a um aumento percentual de 87,19%. Em relação à utilização destes recursos, o Fundo Municipal de Saúde executou 93,2% dos mesmos, percentual bastante superior ao de 2011, sendo que se forem considerados todos os recursos disponíveis no FMS dessa fonte de financiamento, o percentual de utilização dos recursos correspondeu a 62,3%. As despesas mais significativas efetuadas com estes recursos foram os repasses aos Hospitais vinculados ao SUS, seguida das transferências à FUC, e da contrapartida da Farmácia Básica.
  3. sobre as transferências federais, que totalizaram no ano de 2012 R\$ 572.876.813,00, elas representaram, proporcionalmente, um aumento superior ao verificado em 2011 (19,03%). Das três fontes de financiamento é a mais significativa, e a que teve o maior aumento em relação a 2011. O Fundo Municipal de Saúde executou 106,6% dessas receitas e se forem considerados todos os recursos disponíveis dessa fonte de financiamento, o percentual utilizado foi de 87% superior ao realizado em 2011. A maior parcela destas despesas correspondeu ao pagamento dos prestadores de serviços contratados, repasses à FUC, compra de medicamentos e as despesas efetuadas no âmbito da Vigilância em Saúde. Cabe ainda destacar devolução de recursos recebidos da União, referentes a convênios, no valor total de R\$ 153.840,78.



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



4. Se comparado a 2011, o percentual de utilização dos recursos disponíveis no FMS foi maior, correspondendo a 90,95%. Desta forma, o saldo inicial em 2012, que era de R\$ 140.625.498,75, no final do ano restou em R\$ 117.183.676,78.
15. No capítulo relativo ao **Desempenho dos Indicadores no Ciclo de Vida**, a análise das metas da PAS 2012 relacionadas a **Criança e Adolescente**, permitem verificar que a meta 2 - *umentar a cobertura da vacina Sabin (3ª dose) de 86,43% para 90% em crianças menores de um ano*, além de não ter sido atingida, sofreu decréscimo de -7,3%, o mesmo ocorrendo com a meta 3 - *umentar a cobertura da vacina da hepatite B de 86,9% para 89,9% para crianças menores de um ano de idade*, que também sofreu queda de -1,9%, e também com a meta 4 - *umentar a cobertura da vacina tetravalente, aos doze meses de idade de 84,89% para 90%*, que também teve variação negativa de -6%. Apesar de ser informado que as ações previstas foram realizadas, as justificativas apresentadas para esses resultados indicam diversos fatores que cabem destacar, pois fundamentalmente se referem à forma como estão organizadas e atuando as equipes de Atenção Básica, onde as imunizações são ações preventivas básicas, tradicionais e elementares e a referida falha no registro das vacinas, se realmente ocorre, é imputada à rotatividade das equipes, à pouca preparação técnica dos trabalhadores, à dificuldade em efetivar a busca ativa dos faltosos, atribuição também básica das equipes, especialmente na ESF. A meta 14 – *Redução da sífilis congênita de 13,6/1.000 NV para 13/1.000 NV com equidade segundo raça/cor*, não foi atingida e a incidência se manteve nos patamares de 2011, cabendo destacar a maior ocorrência na população negra. É informado que as ações propostas foram atingidas, no entanto se sugere aprimorar as ações de pré-natal, o que também é atribuição essencial das equipes de Atenção Básica. A meta 26, relacionada à descentralização da investigação dos óbitos infantis pelas Unidades de Atenção Básica, pretendia *investigar em todos os serviços de saúde da atenção primária 100% dos óbitos infantis*, o que foi atingido em apenas 47,2%, sendo informado que todos os óbitos notificados foram encaminhados para as Unidades de APS para procederem a investigação. A meta 54 – *efetivar 70% das metas pactuadas nos componentes I, II e III do Termo de Compromisso Municipal para o PSE*, está relacionada a execução da Estratégia Saúde Escolar na qual se insere o Programa Saúde na Escola. É informado sobre as dificuldades de registro no portal SIMEC e portanto as ações são apresentadas a partir dos dados colhidos no banco de dados da Estratégia Saúde Escolar (tabelas 184 e 185), onde é possível verificar que em relação ao componente I, que é de responsabilidade da Saúde, a avaliação nutricional (52,5%), acuidade visual (21,6%) e avaliação do estado de saúde bucal (36,0%) foram as ações priorizadas, embora em nenhuma delas tenha sido atingido o número de escolares pretendido. Os dados sobre o componente II, cujas ações foram desenvolvidas essencialmente pelas escolas, foram extraídos do Portal SIMEC e indicam que em nenhuma das ações foi atingido um terço do público pretendido. A SMS desenvolveu ações desse componente através do Programa Galera Curtição, em que foram distribuídas 45 mil agendas com temas relacionados aos direitos das crianças e dos adolescentes, alimentação, vida saudável, lazer, higiene, trânsito, inclusão e diversidade e exploração sexual. Participaram 6.500 estudantes e 316 professores de 90 escolas da rede pública de ensino, municipal e estadual. Em relação ao componente III - educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde – foram treinados 60 profissionais da saúde para avaliação da acuidade visual, 400 profissionais da saúde e da educação nas temáticas de Saúde Sexual e Drogas, e 320 profissionais da saúde e da educação em gestão do PSE. Embora não tenham sido atingidas as metas propostas, é possível identificar que há esforço em construir a ação intersetorial, o que deve ser perseguido no próximo ano, estimulando e ampliando os processos de formação e capacitação entre as duas áreas. O Termo de Compromisso Municipal para o PSE previa o repasse de recursos condicionado ao cumprimento de 70% das metas. O Relatório não informa sobre esse aspecto, isto é, se o não cumprimento das metas implicará em suspensão de recursos. A meta 56 - *reduzir a mortalidade infantil em 0,2 por 1.000 NV, com equidade segundo raça/ cor*, não é apresentada com dados comparativos que permitam identificar o seu atingimento ou não. Entretanto, em 2012 a taxa de mortalidade infantil ficou em 9,2/1.000 NV e a taxa de mortalidade apresentada no RAG 2011 é de 9,3/1000 NV. Segundo o quesito raça/cor, esse índice foi de 9,0/1.000 NV na população branca e 8,1/1.000 NV na população negra em 2011 e de 9,1/1.000 NV na população branca e 9,3/1.000 NV na população negra em 2012. Como esses dados não foram explicados no documento, o que se verifica é que embora a taxa tenha ficado menor do que em 2011, a análise da sua distribuição segundo raça/cor demonstra aumento tanto em relação à população



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



branca (0,1/1000) quanto em relação à população negra (1,2/1000), onde o indicador apresentou aumento significativo, não tendo sido verificada a pretendida equidade. Sobre a meta 57 – *umentar a taxa de AME na 1ª consulta do RN acompanhado pelo programa PRÁ-NENÊ para 83%*, o índice atingido foi de 81,34%. A tabela 186 informa uma redução de -7% no número total de RN acompanhados pelo programa e que correspondeu à mesma redução (-7%) de crianças com aleitamento exclusivo na 1ª consulta do Prá-nenê. Não há explicações sobre essa redução. Em mrelação à meta 58, *umentar a taxa de AME aos 4 meses de vida, de 72,5% para 80% acompanhados pela ESF*, também foi parcialmente atingida, ficando pouco acima do observado em 2011. As estratégias apresentadas como necessárias para melhorar esses índices muito provavelmente não foram implementadas nas ações desenvolvidas. Em relação à Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU), a meta 64 previa um aumento de 82,3% para 85%, no entanto a cobertura obtida em 2011 foi de 70,8%, inferior ao ponto de partida para 2012. De qualquer forma, a meta não foi atingida, tendo ficado em 81,4%, sendo referidos problemas na obtenção de dados referentes ao número de partos SUS em 2012. A meta 67, *umentar para 30% a taxa de primeira consulta do acompanhamento de recém-nascidos em até sete dias de vida*, também não foi atingida, tendo ficado em 22,1%. Sobre este aspecto, é importante considerar que quando houve a mudança do período preconizado para a primeira consulta do RN (de 15 para 7 dias), este indicador apresentava-se bastante aquém das metas, justificado pela necessidade de adaptação das equipes à nova meta. No entanto, há mais de um ano este novo processo está implantado e ainda não se verifica a efetiva articulação entre as redes, com vistas a estimular e garantir o agendamento da primeira consulta até os sete dias de vida dos RNs. Já a meta 68 – *umentar de 57,6% para 60% a proporção de coleta de teste de triagem neonatal no período de 3 a 7 dias de vida* foi atingida e superada, com um índice de 72,9%, reforçando o comentário anterior de que falta efetivamente articulação e integração da rede de cuidados à criança. Cabe ainda ressaltar, sobre esta ação, que os índices foram atingidos e superados em todas as regiões da cidade. Em relação à meta 120 – *reduzir para índices abaixo de 14,8% a proporção de nascidos vivos de mães com idade menor de 19 anos, com equidade segundo raça/cor*, o relatório infoirma que a proporção geral se manteve em 14,8%, portanto não cumprindo a meta, sendo que a equidade também não foi verificada, na medida em que na população branca o índice ficou em 12,6% e na população negra 21,1%. A tabela 191 apresenta dados relativos à internação de crianças menores de 5 anos por asma, onde verifica-se que em 2012 houve redução de 14% no indicador, tendo ficado 12,4/1000. Da mesma forma, em relação às internações de crianças menores de 5 anos por IRA também houve redução do indicador em 2,1%, ficando a taxa em 34,7/1000. No entanto, esses índices podem não refletir uma situação real, na medida em que os dados ainda não estão completos. Em relação aos adolescentes, a tabela 193 informa sobre consultas por profissionais de nível superior, onde chama atenção a grande variação em relação à nutricionista (+105%) o que deve refletir o ingresso de profissionais na rede, o que já foi apontado como positivo, atendendo recomendação feita no 1º quadrimestre. Inversamente, verifica-se redução nos atendimentos por Assistente Social (-16,5%). A oferta de consultas pelos outros profissionais (médico, psicólogo e psiquiatra) mantiveram-se com pequenas variações. Esses dados permitem identificar que não há precisamente uma política voltada para essa faixa etária, com a identificação de profissionais, como hebiatras, por exemplo, especializados na abordagem desse segmento populacional. A tabela 194 traz indicadores relacionados ao ciclo de vida da criança, que não são pactuados, mas que constam do roteiro estabelecido para o RAG. Verifica-se entre os dados apresentados inconsistências e erros. As tabelas 195 e 196 indicam, em relação a ocorrência de casos de Paralisia Flácida Aguda, que em 2012 foram notificados, investigados oportunamente e confirmados 6 casos, o que significou um aumento em relação a 2011, quando ocorreram 4 casos. Em relação à **Saúde da Mulher**, o quadro 57 apresenta as metas previstas na PAS com a descrição das ações desenvolvidas e realizadas em 2012. A meta 27 pretende reduzir a razão de mortalidade materna abaixo de 32,1/1000 NV, porém não apresenta o dado respectivo na medida em que este índice só estará disponível após o fechamento dos dados do SIM. A meta 28 pretende implantar a rotina de rastreamento vascular na rotina de atenção à mulher em 20% das Unidades de Saúde. Embora estejam descritas algumas ações para o alcance desta meta ela não foi atingida pois ainda está na fase de elaboração do protocolo. A relevância desta ação se dá na medida em que as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte entre as mulheres na cidade. A meta 62 pretende aumentar a razão de



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos de 0,17 para 0,18. A razão atingida foi de 0,15. Na tabela 202 pode-se observar que houve um decréscimo na razão também no comparativo a 2011(0,16), assim como houve redução na razão da faixa prioritária (50-69 anos), representando 5% a menos no número de exames realizados, -1.313 em números absolutos. Meta não atingida. A meta 63 pretende aumentar a razão entre exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos em relação à população alvo, de 0,14 para 0,16. A razão atingida foi de 0,13. Na tabela 201 pode-se observar que houve um aumento de 2% em relação a 2011 no número de exames realizados, 868 exames em números absolutos, assim como houve aumento na razão nessa faixa etária de 0,38 em 2011 para 0,39 em 2012, mas ainda abaixo da meta pactuada. Ainda observa-se na no gráfico 10 que há tendência de queda nos óbitos por câncer de colo de útero. A meta 69 pretende aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal de 73,2% para 74%. A tabela 198 apresenta percentual de 70% de cobertura em 2012 menor que a cobertura de 2011, abaixo da meta pactuada. A meta 115 pretende implantar diretrizes clínicas para 100% das equipes que atendem especificamente mulheres em situação de vulnerabilidade afrodescendentes, no entanto até a conclusão do relatório ainda não havia sido concluído o documento contendo as diretrizes, que está programada para 2013. Meta não atingida. Em relação à **Saúde do Trabalhador**, o quadro 54 apresenta as metas da PAS 2012, onde observa-se que das 3 metas propostas, apenas uma foi atingida. É apresentado um relato de parcerias e capacitações iniciadas e suspensas em 2012, devido à redefinição de competências e atividades entre CEREST as áreas de Vigilância e Atenção em Saúde do Trabalhador na SMS, com proposta de retomada em 2013. O quadro 55 informa sobre os óbitos relacionados ao trabalho, com foco nas mortes de motociclistas, ação iniciada em 2011, que teve continuidade em 2012. O quadro 56 apresenta outras metas pactuadas pela Equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador, não contempladas plenamente na PAS 2012. Sobre **Saúde do Idoso**, preliminarmente são feitas as considerações sobre o aumento da longevidade a nível mundial e especificamente em nossa cidade passando, conforme Censo de 2000 e 2010, de 11,8% para 15%. Como decorrência deste bônus, o ônus de criar e/ou reforçar políticas de saúde para esta faixa etária de mais de 65 anos, acima de tudo medidas de prevenção antes de chegar a este grupo. A PAS 2012 sinalizou 3 metas: duas em relação a doenças e agravos não transmissíveis: fratura de fêmur e Acidente Vascular Cerebral. E uma conforme a política Nacional do Idoso, de criação de serviços especializados de média complexidade para compor a rede de atenção ao idoso, qual seja CAPI – Centro de Atenção à Pessoa Idosa. Faz-se necessário ter em mente que além de “reparar” agravos decorrentes da vida pregressa do idoso, é necessário estabelecer políticas de saúde preventivas de longa duração para que os indivíduos, com a devida orientação, esclarecimentos e acesso total aos serviços de saúde do SUS, cheguem em melhores condições possíveis, seguindo-se então como consequência aplicarmos-nos aos cuidados especiais e específicos em virtude da maior ou menor limitação para os idosos. Daí melhorar a qualidade de vida, com autonomia e independência é muito complexo, porém deve ser perseguido. Em relação às metas para 2012, o gráfico 12 apresenta a cobertura vacinal contra Influenza, prevista em 80%. A meta atingida foi de 79,43%, o que é positivo. No quadro 60 é descrita a meta 65 – *manter índices de internações hospitalares de pessoas idosas por fratura do fêmur em menos de 29,6/1000 hab.* O índice atingido foi de 21,4/1000, o que é positivo. Em que pesem as ações propostas na PAS, todas com muita lógica, verifica-se pelo realizado das ações que apesar dos esforços da SMS na “discussão exaustiva” de temáticas, capacitações, grupos de trabalho, etc, reforçar e salientar a Carteira do Idoso, planejamento de ações conjuntas com profissionais da Universidade e outras Secretarias, não se tem nesta meta uma visão numérica do realizado. E vê-se que há muito a fazer a fim de comprometer os trabalhadores de saúde ao uso habitual da Carteira do Idoso, que é “pouco valorizada”. Quanto aos envolvimento de Universidade e outras Secretarias, não há descrição de como ocorreram. Sobre a meta 66 – *redução de internações por AVC para menos de 85,3/1000 hab.* o índice atingido foi de 59,4/1000. Verifica-se preocupação com prevenção pelos fatores de risco, isto é, através da identificação e implementação para ações preventivas. Tudo passa pela “distribuição” e não uso da Carteira do Idoso, mas vale o exposto pela subutilização da mesma, tanto pelo usuário e acima de tudo pelo empenho de quem os acolhe e consulta. Há, para os crônicos, garantia de acesso à medicação contínua, para que não haja falta nem interrupção do tratamento, para o que é importante o adequado cadastramento informatizado. Sobre a meta 86 – *criação do Centro de Atendimento ao Idoso*, após discussão do que estava projetado,





optou-se por estabelecer reforço da política de saúde do idoso na rede de APS, e pela inclusão de geriatras nos NASF será feito matriciamento para as equipes. Essa reformulação ainda não passou por discussão no CMS, o que se aguarda para muito breve a fim de beneficiar o público idoso. Há referências às atividades desenvolvidas no mês de outubro, alusivas ao idoso. Na tabela 204 descreve-se a produção de consultas médicas na rede de APS para os idosos, onde verifica-se que em 3 Gerências elas não chegaram a ocupar 20% do total de consultas oferecidas (LENO, PLP e RES). Na média geral, os idosos ocuparam um percentual de 23% das consultas. Na tabela 206, sobre as consultas odontológicas, verifica-se discreto aumento nas primeiras consultas e procedimentos básicos. No atendimento especializado houve redução.

16. No capítulo sobre **Populações Vulneráveis**, o quadro 61 apresenta as metas da PAS 2012 relativas à saúde da população negra, onde verifica-se que a meta 107 pretende analisar a coleta, processamento e análise de dados com enfoque raça, cor e etnia em 100% dos sistemas de informação. No entanto consta no relatório que a análise dos dados não alcançou 100% da meta por tal ação ainda não ter sido incorporada aos processos de trabalho, acrescentando ainda a informação de que o boletim epidemiológico em nenhuma das edições considerou a análise do quesito raça/cor. Além disso, não consta o indicador proposto, ou seja, o percentual de análise de dados. Meta não atingida. A meta 108 pretende implantar ações informativas referentes às doenças mais prevalentes na população das etnias da raça negra e indígena em 100% dos serviços do SUS, porém consta no relatório que a meta foi alcançada parcialmente, na medida em que foram elaborados materiais e campanhas para a população em geral onde a população específica foi inserida, além disso, o indicador proposto não está descrito. Meta não atingida. A meta 109 pretende acompanhar 100% dos pacientes diagnosticados com doença falciforme e embora o relatório não informe o indicador proposto, destaca que todos os casos novos da doença são acompanhados no HMIPV, no HCPA e no GHC, concluindo-se que a meta foi alcançada. A meta 111 que pretende ampliar um Quilombo atendido pela Estratégia de Saúde da Família está descrita como alcançada, pois o Quilombo dos Alpes tem como unidade de referência a UBS Estrada dos Alpes que está em transformação gradativa para ESF. Em relação à Saúde dos Povos Indígenas, a meta 108 não foi atingida, como comentado anteriormente. A meta 110 que pretende implantar uma equipe multidisciplinar de saúde da família indígena não foi alcançada na medida em que ainda está em processo a contratação da equipe. A meta 112 que pretende reduzir para 10/ano eventos diarreicos em crianças indígenas menores de 5 anos relacionados à deficiência em saneamento está descrita como não atingida, no entanto seu respectivo indicador não está descrito. A meta 113 que pretende atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão em 100% das comunidades indígenas está descrita como parcialmente alcançada, no entanto o indicador correspondente não está descrito, não permitindo conhecer quanto da meta foi atingido. Destaca-se a informação de que o processo foi iniciado por agente de saúde indígena contratado pela SESAI. Em relação à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, o quadro 63 apresenta a meta 114, única prevista na PAS 2012, que propõe *atender 100% das pessoas ingressadas no Presídio Central de Porto Alegre-PCPA e na Penitenciária Feminina Madre Pelletier – PFMP*. É informado que foi atingida e são apontadas ações importantes relacionadas ao fluxo de atendimentos para esse segmento populacional.
17. No capítulo sobre **Controle Social**, a meta 153 pretende *estruturar a área física e definir a estrutura de RH de 5 CDS*. Meta não atingida. A meta 154 pretende *ampliar e adequar a estrutura física do CMS até 2013*, no entanto há no relatório referência de que proposta de projeto foi elaborada, apresentada e rejeitada pelo CMS. Cabe destacar o que já foi observado nos relatórios trimestrais de que o Núcleo de Coordenação apresentou ao secretário projeto arquitetônico com respectivos custos em 2009, em 2010, em 2011 e em 2012 não obtendo retorno do referido projeto. Meta não atingida. A meta 155 pretende *constituir conselhos locais de saúde, conselhos gestores e câmaras técnicas em 50% dos serviços de saúde*, no entanto esta meta não está descrita no relatório, no item humanização como está informado.
18. Conclusão: O Relatório Anual de 2012 segue o Roteiro acordado, apresenta as metas da PAS 2012, que serviram de base para a análise da SETEC a respeito do desempenho anual da gestão, bem como a análise das recomendações encaminhadas ao Sr. Prefeito após a avaliação do Relatório de Gestão do 1º Quadrimestre. Em relação à PAS 2012, das 162 metas estabelecidas, apenas 55 foram atingidas (34%). Outras 16 foram parcialmente atingidas (8,6%), sobre 13 delas não constam informações ou



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



dados que confirmem os resultados, 6 não tiveram medidos os resultados, em 2 verifica-se disparidade nas informações apresentadas, sobre 2 metas não foram estabelecidos indicadores capazes de medir os resultados, 1 meta teve que ser refeita a partir do debate em instância do controle social e 67 não foram atingidas (41,35%). Sobre as recomendações apontadas a partir do 1º quadrimestre, e que conforme o estabelecido na Lei Federal nº 141/2012, compõem o rol de atribuições dos Conselhos de Saúde na tarefa de analisar e acompanhar o desempenho da gestão do SUS no seu nível correspondente de governo, cabe primeiramente destacar que não houve nenhuma manifestação por parte do chefe do poder executivo municipal a respeito das mesmas, tampouco da parte do gestor municipal do SUS. A partir dos dados e informações apresentadas pela SMS no RAG 2012, foi possível identificar que dos 24 apontamentos feitos, somente 2 foram atendidos, sendo destacada a ampliação do quadro de nutricionistas da SMS, o que significou inclusive melhora dos indicadores em Saúde Nutricional. Outros oito pontos foram parcialmente atendidos, destacando-se o aprimoramento do instrumento de planejamento (PAS) com integração de dados e ações do PPA, a retomada do Acolhimento na rede de APS e de Urgências, o reconhecimento da Planilha de Investimentos como instrumento norteador do planejamento das obras e a conclusão do processo de contratualização dos prestadores de serviços Hospitalares do SUS. Sobre os demais apontamentos, que não foram atendidos, destaca-se a negativa de informações sobre as despesas apontadas, sobre a situação de funcionamento das equipes da rede de APS, sobre o processo de implantação do IMESF e da contratação de empresa para implantação do sistema AGHOS, da ausência de uma política de gestão da força de trabalho da saúde que atenda os dispositivos legais e recomendados pela NOB-RH-SUS, e a desconformidade com a Legislação vigente em relação ao funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, situação que inclusive impede de se ter clareza sobre os recursos efetivamente aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde em Porto Alegre.

## **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