



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: 26/04, 10/05, 31/05, 14/06 e 21/06/2017

ASSUNTO: Relatório Anual de Gestão de 2016

ENTIDADE: Secretaria Municipal de Saúde

PARECER Nº:

06/17

APRESENTAÇÃO:

- 1) Completa > Sim
- 2) Dentro do Prazo > Sim

AValiação :

I - RELATÓRIO

Trata-se da Análise do Relatório Anual de Gestão do ano de 2016, conforme determina a legislação vigente, em especial a Lei 141/2012, que define os prazos e conteúdos das prestações de contas na gestão do SUS. Nesse sentido, registra-se que o Relatório em análise foi entregue ao CMS em 30 de março de 2016, cumprindo o prazo previsto. Da mesma forma, outras informações foram agregadas pela SMS no período de análise pela SETEC. O relatório de atividades, de uma maneira geral, observou o Roteiro definido pela Resolução 36/2011, repactuado na SETEC, especialmente no que concerne ao método de aferição do cumprimento de metas da Programação Anual em Saúde (PAS) para o ano de 2016. 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 2016. Assim, a análise dos documentos apresentados permitiu as seguintes considerações:

1. No capítulo da **Apresentação**, salienta-se a avaliação feita pela SMS em relação ao atingimento das metas, onde consta que “o principal fator que desafiou o cumprimento das metas foi a manutenção da contenção de despesas municipais, instituída pela Prefeitura em março e vigente até o final do ano”.
2. No capítulo sobre **Organização e funcionamento da SMS** destaca-se o processo de Revisão da Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, com criação de novas estruturas e formalização de outras já existentes, mas que não estavam contempladas no organograma, na medida em que esse processo se concluiu no último ano da atual gestão.
3. No capítulo sobre **Legislação** há referência a um endereço eletrônico que contém a atualização da mesma ocorrida durante o ano.
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 do SUS.
5. No capítulo sobre **Programação Anual de Saúde – PAS 2016**, é apresentado o quadro com o cumprimento das metas programadas para o ano. Em relação a estes dados, a análise será feita na medida em que forem descritas as respectivas ações.
6. O capítulo sobre **Gestão na Saúde** inicia pelas informações referentes à **Gestão do trabalho em saúde**. Em relação à meta 52 “Implementar a Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS” novamente nada foi realizado, demonstrando que a gestão da SMS não prioriza essa proposição. Quanto à meta 51 “Realizar dimensionamento de pessoal em 100% dos serviços assistenciais nos níveis de atenção básica, especializada ambulatorial própria, urgências pré-hospitalares e assistência farmacêutica, consta o cumprimento de 75% da mesma, no entanto o dimensionamento foi concluído apenas na Assistência Farmacêutica e atenção especializada própria, não correspondendo a 75% das áreas. Sobre o **Quantitativo de Trabalhadores** a Tabela 2 compara o quantitativo dos servidores efetivos, por nível de cargo, entre os anos 2015 e 2016, cujo total sofreu



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



redução de 0,59%, nos três níveis de cargo, seguindo a tendência dos últimos anos, especialmente por conta da redução do quadro de servidores municipalizados, cuja reposição requer criação de cargos no quadro efetivo municipal. A Tabela 3 traz no seu título a informação sobre o quantitativo da força de trabalho não estatutária, no entanto não constam no seu descritivo os trabalhadores do IMESF, que são descritos mais adiante em outra seção do relatório. Considerando-se os totais apresentados nas tabelas 2, 3 e 9, o quantitativo geral da força de trabalho teve aumento na comparação de 2015 e 2016, no entanto, o relatório não apresenta este dado de forma objetiva. Percebe-se, comparando estas tabelas, que há uma tendência constante de ampliação do quadro terceirizado em detrimento do efetivo. Na Tabela 5 é informada a movimentação de pessoal em 2016, onde o maior contingente esteve em aposentadoria, que representou 55,17% dos 145 afastamentos, perfazendo 80 aposentados e 45 exonerações representando 31,03%. Os cargos com maior impacto foram Auxiliar de Enfermagem, sendo os serviços mais impactados o HPS e os outros serviços de Urgência. Em relação aos afastamentos temporários, a Tabela 6 compara os dados de 2015 e 2016, onde verifica-se que ocorreu elevação tanto no total de afastamentos de servidores (2.557 em 2015 para 2.775 em 2016) como em dias de afastamento (149.442 em 2015 e 168.494 em 2016). Destaca-se que ocorreu elevado número de dias de servidores em Licença Aguardando Aposentadoria (LAA), sendo que houve aumento no total de dias, passando de 46.026 em 2015 para 63.224 dias em 2016, aumento de 17.198 dias, e o gestor municipal não apresentou nenhuma efetiva solução para a situação, sendo sobrecarregados os servidores ativos, pois este tipo de licença não gera vacância no quadro. Identificou-se também que no RAG não constam informações que foram apresentadas nos Relatórios Quadrimestrais relativas aos motivos de afastamentos temporários em que o maior índice de afastamento por motivos de saúde é por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, seguido por Transtornos mentais e comportamentais, Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. Os Transtornos mentais e comportamentais totalizaram no ano 62.485 dias de afastamento e Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas é o principal motivo de licença por acidente de trabalho, totalizando 5.012 dias de afastamento no total das causas. Estes dados sinalizam a urgência da Secretaria Municipal de Saúde constituir um modelo de acompanhamento funcional próprio e não centralizado na SMA como está constituído até hoje. O RAG apresenta capítulo específico para os trabalhadores do IMESF e a Tabela 9 descreve Comparativo de Empregado Público, por nível de cargo entre os anos 2015 e 2016 - IMESF – com o total de 1.732 trabalhadores, ocorrendo variação positiva de 5,45%, totalizando acréscimo de 91 empregados. A maior variação ocorre no nível elementar com os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias. Em relação a estes trabalhadores, a Tabela 12 traz o Comparativo do quantitativo dos afastamentos temporários de servidores, termo incorreto, pois se trata de empregados celetistas, onde consta aumento de 10 para 21 trabalhadores em licença por acidente de trabalho. Sobre **Educação Permanente em Saúde** é importante destacar que ainda não foi apresentada esta política para o CMS. Em relação à Meta 50 “*Implementar a política de educação permanente através da certificação de 50% dos Núcleos de Educação Permanente preconizados*”, embora conste como plenamente atingida, e que os critérios sobre os Núcleos de Educação Permanente tenham sido debatidos na CPES, entende-se que não pode ser afirmado que está sendo implementada. Sobre os estágios observa-se na Tabela 17 que o quantitativo de estagiários remunerados na SMS em nenhum Projeto/Programa é ocupado o total das vagas, e no ano de 2016 ocorreu o decréscimo de 12,3%, mas já apresenta redução histórica, com 288 vagas em aberto. No ano de 2016 ocorreu cancelamento de contratações que já estavam em andamento e a suspensão temporária de novas contratações até que houvesse adequação ao novo Processo Seletivo atendendo ao decreto 19.496 - Art. 17. Em relação à **Humanização na Assistência e da Gestão em Saúde**, a meta 62 da PAS 2016 prevê “*Certificar 100% das Unidades de Saúde da Atenção Básica como Acolhedoras*” e consta que foram certificadas 111 unidades como Unidades Acolhedoras (79%), aumento de 7,8% em relação a 2015, com mais 8 US, que são avaliadas a cada quadrimestre. A meta não foi plenamente atingida. O RAG descreve outras 2 ações da SMS como Políticas de Humanização: o Acolhimento dos Trabalhadores Ingressantes na Atenção Básica e Acesso seguro. Somente o HMIPV tem relato sobre as atividades de Humanização, que foram retomadas em 2016. Sobre a **Ouvidoria do SUS**, a tabela 20 apresenta aumento das demandas na Assistência Farmacêutica (falta de medicamentos com maior prevalência), Vigilância (Dengue com aumento significativo de demandas – 246 incidências de casos autóctones e 52 importados), sendo que na Atenção Básica houve aumento de 1.515 demandas em comparação a 2015, como situações de mau atendimento, reclamação de falta de consultas, atendimento ao idoso e falta de profissionais da área de saúde. Na Atenção Especializada prevalecem as demandas sobre a demora e falta de consultas

especializadas(Traumatologia, otorrino e neurologia). Não consta tabela com as situações das demandas atrasadas por setor, não sendo possível avaliar a resolutividades das ouvidorias realizadas.

7. No capítulo sobre **Infra-estrutura de apoio**, as demandas da ouvidoria nesta área foram menos em 2016 (385) do que em 2015 (458). A meta 58 previa cumprir 37% da pactuação anual de obras, no entanto, segundo a tabela 25, foram cumpridas 21,21% das obras, não atingindo a meta. Foram realizadas também algumas adequações e melhorias nos espaços dos serviços pela Equipe de Manutenção, porém a falta de recursos prejudicou o desenvolvimento das obras. Houve a implantação, juntamente com a GTI e COORAF, do almoxarifado de medicamentos no Sistema GMAT, o que possibilitará ter o controle dos medicamentos distribuídos para a população, após a integração entre os Sistemas GMAT e DIS. A CGATA coordenou dois processos de inventário nos materiais de consumo da SMS (medicamentos e demais almoxarifados Sistema GMAT), com participação de servidores de várias unidades de trabalho da SMS, assim como a participação de auditores da SMF. Consta também que Também foi realizado levantamento patrimonial em 48 Unidades de Trabalho, no entanto não é informado se havia uma meta para o quadrimestre e se o realizado foi pouco ou muito. No que diz respeito à **Informatização da Saúde**, foram adquiridos 429 equipamentos de informática, sendo 284 impressoras e 145 computadores, atingindo 77,85% da meta estabelecida e foram adquiridos para complementar a necessidade de informatização e integração da rede. Para atingir a meta de informatização plena da rede de saúde de Porto Alegre, grande parte foram doações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde. Em relação à meta 60, dos nove sistemas previstos para implantação no plano municipal de saúde vigente, 55,5% foram implantados, sendo estes: e-SUS, GERCON, GMAT, SIHO, GERINT, Sistema do SAMU, e DIS. Estas implantações permitem o acesso às informações do usuário e proporciona legibilidade, transparência e a integração dos dados com outros sistemas de informação, facilitando a gestão dos serviços, a comunicação e o compartilhamento das informações. Este dado de 55,5% não está claro, necessitando de maiores esclarecimentos. Em números absolutos foram implantados 7 de 9 sistemas. Muito positiva a implantação do GERCON para 1ª consulta e a capacitação da Rede APS para o uso do sistema. Não consta se há previsão de seguimento para as consultas subsequentes. Por outro lado. O e-SUS apresentou fragilidades que geraram problemas na migração dos dados.
8. No capítulo sobre a **Rede de serviços, referências e produção**, em relação à **Atenção Básica à Saúde**, o Relatório informa que esse componente da RAS conta com Unidades de Atenção Básica, Unidades de Saúde para Populações Específicas, NASF e Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica (NAMAB), sem deixar claro quais as diferenças entre os dois últimos. Consta que foi mantido o quantitativo de Unidades de Saúde de Atenção Básica (141 US), no entanto com aumento das Unidades com Saúde da Família, que passaram de 96 para 112, o que corresponde a 79,4% do total, sendo que em 22 delas, as equipes da ESF atendem uma parcela da população. Nas demais 29 UAB (20,6%) o modelo de atenção não contempla a ESF. Com isso, evidencia-se expansão da cobertura populacional pela ESF, que atingiu o percentual de 55,8%. No ano de 2016 também houve ampliação da cobertura populacional pela Atenção Básica, que passou de 64,4% para 71,2%. Destaca-se a ampliação no quadro de Agentes Comunitários de Saúde, que passou de 725 para 769 no final do ano, o que acarretou num aumento da cobertura de 29,6% para 31,4%, o que é bastante positivo. O quadro de Agentes de Combate a Endemias se manteve estável quantitativamente. Em relação à Saúde Bucal na Atenção Básica, constam aumentos tanto no número de US com SB, como de ESF com SB e conseqüentemente Equipes de SB. No entanto, é informado que a cobertura populacional estimada pela saúde bucal manteve-se em 37%. Em relação a 2015, a ampliação das ESF ocorreu por conta de contratações através do IMESF/PMPA. A tabela 29 informa sobre a constituição de 9 NASF, 2 a mais do que em 2015. Destaca-se a cobertura do NASF Lomba, que abrange 12 US. É informado ainda que dos 9 NASF existentes e cadastrados, apenas 5 recebem incentivos do governo federal, no entanto não são apresentadas as justificativas no relatório. Na tabela 30 são apresentados os NAMAB, num total de dois, sendo que a descrição apresentada não esclarece sobre a sua função e abrangência/cobertura. Em relação ao atendimento a populações específicas, o quantitativo de serviços e equipes se manteve como em 2015. Em relação à **Produção dos serviços de saúde de Atenção Básica**, o Relatório informa que ocorreram problemas na exportação dos dados do sistema e-SUS AB para o SIA no último quadrimestre, prejudicando a contabilização da produção de serviços efetivamente realizada. Para o Relatório Anual, os dados apresentados foram estimados pela média da produção alcançada nos meses anteriores, o que pode se distanciar da realidade especialmente em ações que oscilam durante o ano. A tabela 32 descreve a produção de consultas por cirurgiões dentistas, médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior, no entanto sobre estes últimos não constam dados na tabela. Como os dados são estimados, a análise fica um pouco prejudicada no sentido de compreender as variações ocorridas em relação ao ano anterior. Destaca-se



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



novamente que não são apresentados nem utilizados parâmetros ou indicadores que permitam a análise avaliativa da produção, como já sugerido pela SETEC (deixou de aparecer no relatório o indicador Consulta Médica por Habitante, proposto no PMAQ, por exemplo). Em relação à produção dos cirurgiões dentistas, destaca-se primeiramente que não constam neste relatório, diferentemente dos anos anteriores, os indicadores em Saúde Bucal, que sempre balizavam a análise da SETEC. Observa-se a preponderância dos atendimentos de emergência, o que não está justificado no relatório. Em relação aos atendimentos realizados por enfermeiros, destaca-se a ampliação, especialmente na atenção ao pré-natal e puerpério, bem como na puericultura. Na produção de consultas médicas, chama atenção a redução nos atendimentos de emergência, justificado no relatório como problemas de registro. Destaca-se também a redução nas consultas em puericultura, o que, por sua vez, pode estar relacionado ao aumento destes atendimentos pelos enfermeiros, no entanto o relatório não faz esta inferência. Ainda sobre consultas médicas, destaca-se positivamente a ampliação percentual de consultas para a população idosa, de 22,7% em 2015 para 24% em 2016. Sobre **Ações de promoção e prevenção em saúde** a tabela 37 não é muito clara em relação ao conteúdo dos dados que descrevem atividades educativas, orientação, prática corporal e atividade física. Já em relação às atividades em saúde bucal, a média estimada de procedimentos pode ter prejudicado a produção efetiva de procedimentos, uma vez que estas atividades sofrem sazonalidade junto à população escolar. Em relação às visitas e atendimentos domiciliares, a tabela 39 informa uma redução importante (-30,1%), mesmo considerando que são dados estimados, em todos os grupos de profissionais, o que se verifica também em relação aos ACS, como demonstra a tabela 40, embora numa proporção menos (-3,7%). A principal justificativa apresentada para essa queda é a situação de violência nos territórios, que afetou a rotina dos serviços em 2016. Sobre a produção das Unidades de Saúde de Atenção Básica para populações específicas, a tabela 41 informa aumento geral em relação a 2015 (24%), com destaque para a produção de consultas médicas e de outros profissionais de NS, como também atividades educativas e preventivas, como coleta de citopatológico e teste rápido HVC, o que é bastante positivo, demonstrando bom desempenho da Equipe. Nas Unidades de Saúde Socioeducativas, a ampliação deveu-se também à ampliação das consultas e redução dos atendimentos de urgência, o que também parece positivo. Os procedimentos clínicos e com finalidade diagnóstica na Atenção Básica apresentaram redução na comparação a 2015, com destaque para a coleta de triagem neonatal, antropometria e triagem da acuidade visual. A verificação de pressão arterial se manteve com pouca oscilação. Os demais procedimentos realizados na rede de Atenção Básica, demonstrados na tabela 44 também apresentaram redução em relação a 2015 (- 13,9%), com destaque para a realização de curativos e glicemia capilar. Excetuou-se inalação e nebulização que apresentou aumento na comparação com o ano anterior (16,1%), o que certamente está relacionado ao rigor do inverno em 2016. Quanto à coleta de material para citopatológico de colo uterino, o resultado foi positivo em relação a 2015 (4,8%), sendo destacado no relatório o fato de este ser um procedimento que é realizado de forma compartilhada entre enfermeiros e médicos na Atenção Básica. Destaca-se também positivamente a realização dos testes rápidos relacionados à gestação, que apresentaram um aumento bem significativo (27,9%) com destaque para a sífilis e HIV. A tabela 47 informa sobre o total de testes rápidos realizados, que também foi ligeiramente superior, no entanto influenciado pelo grande aumento em relação a Hepatite C (99,6%), uma vez que em relação à sífilis e HIV o quantitativo foi menor. Isso permite inferir que a priorização em relação à sífilis e HIV tem sido dada às gestantes. O relatório traz um item relatando aspectos de gestão no âmbito da Atenção Básica, com destaque para as atividades de educação permanente. Em relação ao Programa Bolsa Família, é informado que a sua coordenação saiu da CGVS para a CGAB, no entanto, não há nenhuma avaliação sobre o impacto desta mudança. Uma informação a destacar é a relacionada ao sistema de informação e-SUS, que apesar de estar implantado em 100% das Unidades de Saúde, em dezembro de 2016 apenas 90,1% utilizaram o sistema, sendo que apenas 83,5% empregaram o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Considerando as Unidades conveniadas que não utilizam o sistema, ainda há serviços próprios de AB que ainda não estão utilizando a ferramenta, que parece contribuir com a qualidade, integração de informações, agilidade e melhora nos processos de trabalho das equipes. Também consta intenso envolvimento das equipes da AB na implantação do GERCON, permitindo imaginar que os processos relacionados ao encaminhamento dos usuários a serviços de referência especializada devem estar com maior grau de autonomia e participação por parte das equipes da AB. Destaca-se positivamente a realização da II Mostra Porto-alegrense de Experiências Inovadoras na Atenção Básica, que teve grande participação. Também é informada a realização de avaliação da cobertura de saúde bucal no município e elaboração de proposta de revisão das áreas adscritas das equipes, processo que deverá ser implementado em 2017, a partir do debate com as equipes das Unidades de Saúde. Sobre a **Atenção Especializada Ambulatorial**, verifica-se um aumento nas demandas da Ouvidoria se comparado 2016 (4.536) e 2015 (4.091), onde a re-



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



clamação na espera das consultas especializadas é o serviço mais procurado dentro da Atenção Especializada, num total de 3.462. Em 2016 foi criada uma coordenação da Atenção Especializada no organograma da SMS. No ano de 2016 também foi feito o dimensionamento de pessoal para a Atenção Especializada Ambulatorial. Destaca-se o não cumprimento da meta 33 “*Remodelar o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes de acordo com os critérios estabelecidos e necessidades locais*”, sendo reescrita para a PAS 2017 com outro texto, abrangendo os cinco centros de especialidades. O quadro 1 informa sobre a grade de referências especializadas ambulatoriais vigentes em Porto Alegre, onde chama atenção que não são utilizados os mesmos critérios para a definição das referências para a população da GDV RES, na medida em que para o SAE a referência é Vila dos Comerciantes (GD GCC), para CEO é Sta Marta (GD Centro), para CAPS Ad é Vila Nova (GD SCS), CAPS i é Harmonia (GD Centro) e CAPS II é Centro (GD Centro). No Quadro 2 são descritas as Especialidades disponíveis nos Ambulatórios de Especialidades, sendo apresentadas inclusive ofertas em Unidades Básicas de Saúde e nominados como Centros de Especialidades serviços que não tem o mesmo nível de complexidade, tornando confusa a concepção deste ponto de atenção na RAS (Centro de Especialidade: o que é? Como se caracteriza? Qual sua missão assistencial?). Em relação à **Produção dos Serviços Especializados Ambulatoriais Próprios** as tabelas 49 e 50 demonstram uma queda no número de consultas médicas nos serviços especializados por Gerência Distrital. Em geral, observa-se uma diminuição das consultas nos ambulatórios de especialidades (-5.002 consultas), provavelmente por redução do quantitativo de especialistas médicos, decorrente de aposentadorias, licenças e exonerações. Não houve reposição imediata para as situações de licenças de qualquer ordem, nem exonerações ou as próprias aposentadorias. Fato também observado no percentual elevado de bloqueios de agendas de alguns serviços especializados que, na comparação com o ano de 2015, apresentou um percentual de bloqueio de agenda 24,94% maior. Mesmo considerando-se a devida justificativa, ainda julga-se alta a taxa de bloqueio de agendas, sendo necessária a reposição urgente destes profissionais. Quanto à oferta de consultas iniciais nos serviços Especializados houve uma variação positiva em praticamente todas as especialidades, somente no Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciantes as variações foram negativas, justificado pelos problemas de violência no território. Sobre os centros de especialidades odontológicas (CEO), cabe destacar os dados apresentados na tabela 52, que especifica muito bem a produção destes serviços, o que até 2015 não era claro, porque não eram apresentados os diferentes tipos de tratamento realizados nos CEOs. Conforme procedimentos estabelecidos, na análise de cada centro, verifica-se que em relação aos procedimentos endodônticos e cirúrgicos, as metas não foram alcançadas em nenhum centro. Além disso, o CEO Santa Marta não atingiu suas metas em nenhum dos anos, devido a necessidade de Recursos Humanos, assim como de avaliação da fila de espera que é bastante significativa e do absenteísmo. Quanto ao número total de consultas odontológicas especializadas no ano de 2016 em relação ao ano anterior houve um discreto aumento, além de uma pequena redução do índice de absenteísmo no mesmo período. A tabela 54 apresenta a produção do Ambulatório de PIS – Modelo, no entanto, em relação a esta área, seria importante se conhecer a demanda e a existência ou não de fila de espera. Quanto aos Serviços de Atenção Especializada (SAE), observa-se disparidade na produção, sendo que as justificativas apresentadas referem adequações nos fluxos, referências e processos de trabalho. No Serviço de Assistência Especializada em Hepatites, houve uma importante diminuição de consultas disponibilizadas devido à exoneração de médico gastroenterologista, além de não terem sido computadas cerca de 400 consultas extras. A reposição de médico gastroenterologista é urgente, uma vez que este é responsável por cerca de 2.000 consultas ano. Destaca-se positivamente iniciativa de atendimento aos apenados do PCPA. A produção referente aos quatro CRTBs (Centro de Referência à Tuberculose) demonstra a diminuição dos atendimentos realizados nesses centros, porém os atendimentos no Hospital da Restinga ou do Sanatório Partenon não podem ser avaliados, pela indisponibilidade de dados, uma vez que esta produção é registrada junto ao SIA/SUS e não são consultas realizadas ou reguladas pelo sistema GERCON, tornando este dado não correspondente com a realidade. Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em relação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constatou-se um aumento de 1085 acolhimentos, portanto a meta da PAS foi cumprida, mesmo com a dificuldade na inserção dos dados específicos deste procedimento no SIA/SUS pelo CAPS i Harmonia, CAPS II e AD II da GD GCC. Na produção de CAPS por tipo, identifica-se um aumento importante no que se refere a todos os procedimentos realizados nos CAPS, 56,81%, no entanto, ainda persiste a necessidade de aperfeiçoamento no sistema de informações para que o lançamento de dados seja mais eficiente. Quanto à produção das ESMA, há diferenças, em função da identificação dos procedimentos e os respectivos códigos, que divergem entre os serviços. Também as diferenças ocorrem no que se refere ao quantitativo de Recursos Humanos. Problema semelhante ocorre no registro de produtividade das Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente (EESCA). Destaca-se que não há ESMA, na Gerência NEB. A



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



Comissão de Saúde Mental do CMS/POA destaca que consultas ambulatoriais em Saúde Mental via GERCON não estão articuladas com a Rede de Atenção Psicossocial dos territórios e se aponta para a necessidade de discussão sobre a função desses ambulatorios no contexto de sua missão e hierarquização da rede. De modo geral, o funcionamento e organização estão em desacordo com as diretrizes da RAPS, atuando numa lógica queixa-conduta, centrada no modelo biomédico, sem trabalho em equipe interdisciplinar, bem como sem ampliação e diversificação das ofertas de cuidado terapêutico em saúde mental. A produtividade da equipe da Geração POA apresentou redução nos procedimentos devido à diminuição da equipe, no entanto, houve aumento no número de acolhimentos em relação aos anos progressos (2012 a 2016). O Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida integra a RAPS nos territórios da GD GCC, recebendo solicitações de vagas de outras gerências. A Casa de Apoio Viva Maria é um abrigo protegido para mulheres em situação de violência doméstica e sexual, em risco de vida e/ou de novo episódio de agressão grave. Apresentou aumento de sua produção principalmente nos atendimentos em grupo, nos procedimentos de enfermagem e nas vistas domiciliares. Os Centros de Reabilitação Física (CRF) IAPI e VC, apresentaram uma queda na produtividade em função da violência territorial, principalmente no território VC, como já mencionado anteriormente, fazendo com que ocorra grande absenteísmo por parte dos usuários. Problemas no lançamento de dados e identificação de procedimentos, também são motivos. Quanto ao CEREST a meta 25 prevê realizar o matriciamento em atenção e vigilância à Saúde do Trabalhador adulto e infanto-juvenil em 25% dos serviços da Atenção Primária. A meta foi superada atingindo um percentual de 30,5 %, o que corresponde a 43 novas unidades, viabilizando a interconexão entre as diferentes complexidades da rede. Porém houve um decréscimo na oferta de consultas na especialidade medicina do trabalho, pois em 2015 foram 849 e em 2016 foram 742, com queda de 12,6%, e consta que isso ocorreu em função de um dos profissionais médicos do CEREST estar afastado, em licença, tendo em vista que se aposentará em 2017, sem previsão de reposição deste profissional. Sobre a produção do Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT), mais uma vez a falta de profissionais causou uma queda na realização de exames, como no caso das ecografias e ECG. No caso do ECG também em função da falta de manutenção de aparelhos, foram realizados -2.455 exames comparativamente com 2015. O aparelho de audiometria retornou da manutenção tendo um balanço positivo em relação a 2015. Na odontologia, houve uma queda de 40% na realização de radiografias oclusais, em função da baixa demanda e conseqüente solicitação deste. O número de radiografias interproximais também diminuiu, devido a aposentadoria de duas servidoras nos serviços de radiologia do IAPI e do Centro de Saúde Bom Jesus. O serviço de radiologia da US Camaquã também apresentou problemas recorrentes no equipamento de raio-X, já solucionados. No que diz respeito ao Rx panorâmico, houve um aumento no número de exames, em relação a 2015, porém houve uma queda no HCPA, onde, devido à péssima qualidade do exame, o equipamento encontra-se desativado, e esta queda está sendo compensada pela faculdade de odontologia da UFRGS, sendo atualmente o único prestador com agenda regulada pela CMCE/GRSS. Tem-se uma clara necessidade de aumento quantitativo e qualitativo na oferta de radiografias panorâmicas, em função da sua grande importância no diagnóstico odontológico. Em relação à **Assistência Laboratorial** a Tabela 83 evidencia um decréscimo na produção de exames dos laboratórios próprios do município em relação ao ano anterior, totalizando 39.051 exames a menos em 2016. A justificativa apresentada refere mudanças nas referências de pacientes do HMIPV, mas também redução do quadro de pessoal do Labcen. Quanto à produção dos laboratórios privados, a Tabela 85 incluiu o laboratório público contratado da Faculdade de Farmácia da UFRGS. Verifica-se uma disparidade imensa entre o teto físico e a produção física, tanto em 2015 como em 2016. Talvez exista algum equívoco nestes dados. Novamente verifica-se queda na produção física comparando os dois anos, assim como a produção financeira. Destaca-se a informação de que a SMS ainda não possui logística de referenciar os laboratórios contratados por gerências distritais, nem ferramentas de gestão adequadas para medição do absenteísmo. O relatório descreve diversas ações desenvolvidas durante o ano de 2016, as quais, em boa medida, respondem aos indicadores apontados pelo Grupo de Trabalho sobre Laboratórios do CMS/POA. No capítulo sobre **Atenção às Urgências e Emergências Pré-Hospitalar Fixa e Móvel**, no que se refere à implantação do *Programa Melhor em Casa*, em 2016 foram totalizadas 11 EMAD's, com percentual de cumprimento de 73,3%, e 2 EMAP's, representando 40% de cumprimento, resultando no cumprimento de 56,65% da meta para o ano. No entanto, com publicação de portaria ministerial de abril de 2016, (Portaria nº 825/GM/MS), as habilitações prévias foram revogadas e, portanto, a Coordenação de programa deixou de ter governabilidade quanto ao cumprimento da meta. Neste sentido, foram implantadas todas as equipes EMAD autorizadas, ou seja, houve o cumprimento integral, considerando o quantitativo de equipes habilitadas. Destacam-se, em relação aos dados da Tabela 103, as diferenças entre os indicadores das duas instituições que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar: Hospital Conceição e Hospital Vila Nova. Sobre os *Pronto Atendimentos*,



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



a Meta 39 pretende reduzir o tempo médio de espera por atendimento médico dos usuários classificados “VERDES” nas Unidades de Pronto Atendimento para até 3 horas e obteve-se uma média de tempo de 1h41min, considerando pacientes adultos e pediátricos. Na Meta 46 “Reduzir o tempo médio de espera por transporte dos pacientes atendidos nos Prontos Atendimentos, com indicação de internação nos Hospitais da Rede, para 3 horas”, o tempo de espera foi de 2h27min. Em relação à produção dos Prontos Atendimentos, a Tabela 87 informa a distribuição do número do total (Clínica Médica e Pediatria) de atendimentos médicos e desistências nas Unidades de Pronto Atendimento, entre os anos de 2015 e 2016. Em 2016 no Total Geral houve emissão de 362.081 boletins, destes, 314.603 (86,89%) foram atendidos e 44.686 desistiram do atendimento (12,34%). Observa-se que existe uma diferença de 2.792 entre os boletins emitidos e o Número de atendimentos realizados. Comparando o total de atendimentos de 2016 com 2015 houve redução de 0,44%, com queda de 12,16% no PACS, aumento de 1,57% no PA Bom Jesus, aumento de 2,43% no PA Lomba do Pinheiro e um aumento significativo de 8,39% na UPA Moacyr Scliar. O percentual de desistências foi de 10,08% no PACS, 9,43% no PABJ, 7,19% no PALP e 22,31% na UPA Moacyr Scliar. Sobre o perfil de classificação de risco nos pronto-atendimentos, a Tabela 90 informa que do total de atendimentos realizados, 92,30% foram realizados com Classificação de Risco, proporção superior à realizada em 2015. Dos classificados, os vermelhos foram 0,18%, laranja 6,91%, amarelo 15,65%, verdes 66,87% e Azul 2,69%. Sobre o percentual de CR nos diferentes serviços, destaca-se que a menor proporção ainda está no PABJ (81,62%), embora tenha melhorado em relação a 2015 (72,7%) e é informado que na UPA Moacyr Scliar este percentual é de 100%. Sobre a UPA Hospital Restinga/Extremo Sul a Tabela 95 informa que comparando 2016 com 2015, em 2016 houve redução de 10,6% no Total Geral de atendimentos e aumento nas desistências que passou de 12.424 em 2015 para 22.376 em 2016, aumento de 81,10% o é bastante preocupante. Consta que os atendimentos foram 100% realizados com Classificação de Risco, destes, os vermelhos foram 393 (0,73%), laranja 3.926 (7,3%), amarelo 14.032 (26,05%), verdes 33.689 (62,5%) e azul 1.820 (3,4%). Sobre o **Plantão de Emergência em Saúde Bucal**, a Tabela 100 traz no seu título referência às Unidades de Pronto Atendimento, no entanto os dados são exclusivamente do PACS. Em relação ao **Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU)**, a Meta 38 propõe manter as regulações necessárias e sem meios do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências do APH primário abaixo de 2%. O resultado Anual foi de 1,6%. Cabe considerar que a meta de manter o indicador abaixo de 2% está abaixo do que é considerado aceitável pelo Ministério da Saúde (5%). Na distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU, segundo o perfil das ligações e comparativo, entre os anos de 2015 e 2016 evidencia-se que o total de ligações foi de 386.789, proporcionalmente maior em 3,70% na comparação com 2015 e os trotes foram 55.467 (14,34%), Regulação 81.307 (21,02%) e outros 250.015 (64,63%), com média diária foi de 1.053 ligações. Comparando 2016 com 2015, os Trotes reduziram 12,5%, as Regulações reduziram 2,06% e os Outros aumentaram 10,34%. Na Distribuição segundo a causa, os casos clínicos foram 18.883 (51,7%), traumático 11.459 (31,3%), Transporte 2.225 (6,1%), obstétrico 624 (1,7%), psiquiátrico 3.112 (8,5%) e Não Registrados 241 (0,6%). Comparando 2016 com 2015, em 2016 houve redução de 2.615 APHr (-6,7%). Sobre a taxa de óbitos, houveram 1.056 óbitos, sendo 564 por constatações e 492 por PCR e o percentual de óbitos foi de 2,88. Houve um aumento de 10,76% do percentual de óbito em 2016 comparando com 2015. No capítulo sobre **Serviços de Atenção Hospitalar** em relação ao **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**, a Capacidade Instalada Total de leitos em 2016 foi de 182, destes, estiveram ativos 133 (73,08%), portanto não se cumprindo a meta de 75% de leitos ativos, justificado em parte pela impossibilidade de inauguração dos leitos de psiquiatria infantil. Em relação à procedência dos pacientes, na Emergência Pediátrica, em 2016 o Total de atendimentos foi de 19.922 e a procedência dos pacientes foram 16.110 (81%) do Município de Porto Alegre e 3.812 (19%) de Outros Municípios. Comparando com o ano de 2015, houve aumento de 18% no Total de atendimentos e as procedências se mantiveram estáveis. Na Emergência Obstétrica, houveram 7.806 atendimentos, sendo 5.776 (74%) de Porto Alegre e 2.030 (26%) de Outros Municípios. Comparando com o ano de 2015, houve aumento de 1,17% no Total de atendimentos e nas procedências houve aumento de 5,44% de Porto Alegre e redução de 9,29% de Outros Municípios. Em relação aos dados de Classificação de Risco na Emergência Obstétrica, é informado que somente 18% do total de atendimentos foram classificados (57 por médicos, 1.286 por enfermeiros e 40 ignorados), o que representou um percentual inferior ao de 2015 (19,48%), demonstrando que, embora tenha sido implantado em 2015, este ainda não é um procedimento regular no atendimento deste setor. O perfil de gravidade classificado demonstrou que 3 (0,002%) foram vermelhos, 327 (23,62%) foram laranja, 425 (30,70%) foram amarelo, 362 (26,15%) foram verde e 267 (19,29%) foram azuis. Quanto aos desfechos clínicos dos atendimentos de emergência, a Tabela 114 informa que na pediatria, dos 19.922 atendimentos, 91% foram altas, 8,6% Internações agudas/agudizadas, 0,1% transferências pós-internação e 6 óbitos (0,03%). Na

emergência obstétrica, a Tabela 115 indica que dos 7.806 atendimentos, 73,7% foram altas, 26,2% Internações agudas/agudizadas, 0,1% transferências pós-internação e nenhum óbito. O relatório também demonstra que as taxas de ocupação das emergências foram 166% na pediatria e 107% na obstetrícia, o que é preocupante pela sobrecarga que acarreta. Em relação aos atendimentos ambulatoriais, a Tabela 117 indica que, proporcionalmente, 67% foram procedentes de Porto Alegre e 33% de outros municípios. Comparando com 2015 houve redução de 3,90% no total de atendimentos, redução de 1,44% de Porto Alegre e redução de 8,53% de Outros Municípios. A Tabela 118 apresenta o demonstrativo da produção hospitalar. Houve um aumento no total de internações realizadas de 3,9% em relação ao ano de 2015. A Tabela 119 apresenta os indicadores de atenção à saúde. A Taxa Geral de ocupação de leitos foi de 89%, mesmo percentual de 2015. A ocupação por Unidade foi: UTI PED 94%, UTI NEO 117,1%, UTI NEO INT. 80% e Psiquiatria 91%. O tempo de permanência geral se manteve em 6,2 e a taxa de mortalidade institucional aumentou de 0,15 em 2015 para 0,4 em 2016. Em relação aos Serviços Especializados, destaca-se a informação de que na comparação com 2015, houve aumento de 48,31% em consultas no Centro Obstétrico por abuso sexual. A taxa de TANU foi de 93% e na Tabela 125, sobre distúrbios da deglutição, existe um erro nestes dados, pois o total deveria ser 397 e não 387, ou tem um erro nas procedências. No SRTN, o resultado mantém-se como no ano anterior, sendo que Porto Alegre representou 14% do Total de exames realizados no RS. Quanto aos indicadores da Rede Cegonha, destaca-se positivamente a proporção de cesárea em primípara de 34%, Percentual de acompanhantes no parto 91%; Percentual de RN com contato pele a pele 65; Percentual de RN com aleitamento materno durante a 1º hora de vida 68%. Consta que a CR está implantada, no entanto, como já destacado, em percentual bastante baixo. Sobre o **Hospital de Pronto Socorro** consta que totalizou, em 2016, 123.781 atendimentos, dos quais 96.005 (77,56%) oriundos do Município de Porto Alegre e 27.776 (22,44%) de outros municípios. Comparando com o ano de 2015 houve redução de 4,8% no total de atendimentos. A tabela 135 descreve a estratificação por classificação de risco, onde se verifica que foram realizadas 119.101 Classificações de Riscos em 2016 e destes, 60,51% foram Verdes, 22,33% amarelos, 15,56% azul, 1,33% Laranja e 0,27% Vermelho. Sobre os desfechos clínicos do atendimento das internações no HPS, a tabela 136 informa um total de atendimentos (10.821) que novamente não corresponde ao total de atendimentos informados na tabela anterior. Ocorreram 5.022 internações, 4.434 altas, 1.128 transferências e 237 óbitos. Sobre o demonstrativo da produção hospitalar, o total de internações passou de 4.928 em 2015 para 5.022 em 2016, sendo UTI de Queimados 87 (1,73%), UTI Adulto 437 (8,70%), UTI Pediátrica 231 (4,60%), Enfermaria 4º pavimento 1.210 (24,09%); enfermaria 2º pavimento 2.001 (39,84%) e enfermaria 3º pavimento 308 (6,13%). No Bloco Cirúrgico houveram 3.033 cirurgias realizadas. Agência transfusional produziu 1.204 bolsas de sangue coletadas e 1.917 bolsas de sangue transfundidas. Sobre os indicadores de atenção à saúde, a Taxa de Ocupação de leitos em 2016 foi de 100,42%, Taxa de ocupação de leitos de UTI 96,14%, Tempo médio de permanência 15,33, tempo médio de permanência em UTI 22,25, tempo de permanência em leitos cirúrgicos 13,71, Tempo médio de atendimento por classificação de Risco 15 minutos e a Taxa de mortalidade Institucional 2,89%. Na comparação com 2015, todos os indicadores, com exceção da taxa de mortalidade institucional, foram superiores em 2016. Em relação a estes dados, consta dificuldade por redução de recursos humanos.

9. Em relação à **Assistência Farmacêutica**, a meta 45, que pretende “*Implementar a Assistência Farmacêutica nas etapas de programação, armazenamento, distribuição e dispensação em 75% das farmácias dos serviços de saúde, considerando as especificidades locais*”, consta que foi atingida e superada, com um índice de 90,21%. Também em relação à meta 51, que prevê o dimensionamento de pessoal, na área da Assistência Farmacêutica foi concluído o dimensionamento em 100%. Foi elaborado o documento de redimensionamento de Pessoal na área farmacêutica, com detalhamento das atividades do farmacêutico nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Reforça-se o destaque já feito sobre o aumento de demandas na Ouvidoria, relativas à Assistência Farmacêutica, sendo a falta de medicamentos a principal. O Relatório traz, pela primeira vez, dados relativos à Farmácia Especializada do SAE-Hepatites, que realizou 1.193 entrevistas farmacêuticas durante o ano, nem sempre relacionadas à entrega de medicamentos, mas incluindo também orientações aos pacientes. O relatório detalha a força de trabalho caracterizado pelo redesenho da meta de 2015, por conta das dificuldades de medição, pois envolve a Assistência Farmacêutica em diferentes etapas, atividades, ações e profissionais, não refletindo as dificuldades enfrentadas, conforme as especificidades locais, mas sim realizadas para melhorar o atendimento aos usuários. A meta foi atingida para os critérios estabelecidos para as Farmácias Distritais, que apresentam maior organização. Houve avanços positivos em 2016, com a ampliação do número de farmacêuticos, informatização e reorganização de espaços físicos e de processos de trabalho. A SMS também enfrentou a dificuldade da falta de recursos na aquisição de medicamentos, mas houve a ampliação da



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



atuação dos farmacêuticos apoiadores das gerências (RH), propondo novas normas de gestão clínica junto às US, como o uso racional de medicamentos e importância do cuidado farmacêutico. Houve reorganização do Fluxo dos Insumos do Diabetes, iniciada em 2015 e que prosseguiu em 2016, pela abertura de processo administrativo no SEI, para inclusão no programa, tornando o fluxo mais transparente e agilizando a resposta ao usuário. Houve capacitação dos profissionais envolvidos nos diferentes pontos deste serviço, qualificando o acesso e o cuidado, reduzindo as perdas, otimizando os recursos públicos (escassos por sub financiamento). Também foi positivo o Projeto de Instalação de Programa Informatizado de Monitoramento do uso do Glicômetro, objetivando fornecer à equipe de saúde relatórios de medidas da Glicemia capilar, através da instalação de software específico, otimizando as quantidades fornecidas (teste piloto já foi realizado). O Projeto de Auditorias internas foi finalizado após o aumento dos profissionais farmacêuticos em 2016. Foram realizados nas US da SMS do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, US do Hospital de Clínicas POA e do Hospital São Lucas da PUC, SUSEPE e FASE, com exceção de CF Restinga Extremo SUL (período sem farmacêutico responsável, por motivo de tratamento de saúde e sem farmacêutico substituto). Os dados obtidos demonstraram necessidade de melhorias físicas dos dispensários e de algumas farmácias distritais, onde requisitos como segurança, qualidade e condições de armazenamento dos medicamentos e insumos foram detectados. Outra questão que interferiu em 2016 foi a falta de recursos humanos para dispensação, principalmente dos auxiliares de farmácia, pois muitos funcionários (auxiliares e técnicos de enfermagem) que dispensavam os medicamentos foram proibidos pela Resolução 008/2016 do COREN. Nestas avaliações das Farmácias Distritais, especialmente nas FD Camaquã, FD Farroupilha, FD Bom Jesus e FD Santa Marta avançou-se na elaboração de projetos de melhorias. Foi realizada a troca de 48 computadores doados pelo Ministério da Saúde, através do Programa Equalizar SUS e com isso foi realizada a nova versão do DIS e implantado o Sistema de Gerenciamento de materiais (GMAT) para medicamentos, finalizando a integração do DIS com CGATA. Na reforma da FD Farroupilha foi ampliado espaço de estoque, sala de espera e guichês para melhor atendimento aos usuários. Esta melhora da informatização irá agilizar o processo de pedido, do atendimento e da geração de relatórios, além da rastreabilidade de lotes e de pedidos, tornando a logística transparente e aditável. Está prevista a criação de sub almoxarifados dos dispensários e farmácias, após integração dos sistemas, reagendada para o primeiro quadrimestre de 2017. A ampliação do quadro de RH teve resultado positivo, pois foram nomeados 20 farmacêuticos para compor FD, especializadas, hospitalares e almoxarifado central. Mesmo com este avanço o incremento de profissionais específicos é insuficiente e apresenta-se como prioridade, visto as filas observadas nas farmácias distritais e o projeto de ampliação de cargos de auxiliares de farmácias, que está no sistema SEI, aguardando liberação para continuidade. A Coordenação (COORAF) contribuiu com a assessoria jurídica da SMS e com a Procuradoria Geral do Município (PGM) na elaboração de pareceres técnicos e científicos nas solicitações judiciais de medicamentos e demandas da Defensoria Pública e do Ministério Público, conforme demonstrado nas tabelas 139 e 140. Houve aumento de 23% nos pareceres, sendo ainda prevalentes as solicitações de medicamentos fora da padronização no SUS (63%), o que comprova o desconhecimento de alguns profissionais de saúde da RENAME, dos Protocolos e diretrizes Clínicas Terapêuticas, de medicamentos sem registro na ANVISA. Muitos são oriundos de receitas da rede privada e prescritos pelo nome comercial com indicativo de determinado laboratório (125% de aumento de judicialização). Destaca-se ainda a solicitação frequente da “fosfoetanolamina”, substância que ainda não tem registro na ANVISA. Em 2016, a CFT (Comissão da Farmácia e Terapêutica), cujas atividades são permanentes e compõem também o quadro de ferramentas para o uso racional de medicamentos, finalizou a etapa de revisão dos itens constantes na REMUME, usando os critérios de eficácia, segurança e custo, preconizados pela OMS. Houve exclusão de itens em desuso clínico e sem produção no mercado farmacêutico, como Alendronato 70mg, fenoximetilpenicilina suspensão, pela dificuldade de aquisição e porque passou a fazer parte da lista de medicamentos estratégicos do MS, oferecido nos programas de cuidado à criança com Anemia falciforme. Foi incluído o medicamento Carvidol 6,25mg (idosos). Houve troca de apresentação do item Glicazida de 80mg para 30mg de liberação prolongada. Sobre a etapa de Aquisição de Medicamentos, a CCMED Comissão de Compras de Medicamentos) emitiu pareceres para a SMF como: Cancelamento (9), Troca de marca (37), Prorrogação de entregas (80), Outros (16), totalizando 7 pareceres em 2015 e aumentando para 142 em 2016, demonstrando que o cenário de atrasos e não cumprimento de contrato por parte de fornecedores se manteve, bem como o prejuízo ao abastecimento de medicamentos. Sobre Distribuição de medicamentos, a Tabela 143 demonstra que houve redução de recursos de 2015 para 2016, evidenciando o sub financiamento da farmácia básica. A Portaria 155/2013 continua sem reajustes para a aquisição de medicamentos desde 2010, e sem reajuste para a aquisição de insumos do



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



Diabetes desde 2013, em comparação com o aumento de preços que aconteceram ao longo destes 7 anos, dificultando a manutenção do abastecimento e faltas na rede. No momento da redução optou-se por abastecer plenamente as Farmácias Distritais, nas quais existe sistema de informatização com controle de retirada, evitando duplicidade de atendimento, havendo também nestas farmácias a centralização dos antibióticos, ocorrendo maior controle e rastreabilidade. Houve aumento no investimento dos medicamentos sob regime de controle especial (Saúde Mental), pois durante 2 anos a plenitude das compras foi priorizada. Para os medicamentos básicos em 2015 o recurso financeiro aplicado foi de R\$14 628 382,00, com 149 133 424 unidades distribuídas e em 2016 o aporte foi de R\$12 342 035,00 com 123 106 739 unidades, tendo uma variação de menos 26 106 739 unidades e de menos R\$2 286 346,93 de recurso financeiro aplicado. Para os medicamentos controlados, em 2015 o recurso financeiro aplicado foi de R\$3.478.516,00 com 37.667.013 unidades distribuídas e, em 2016, o recurso financeiro foi de R\$ 4.248.210,07 com 38.220.264 unidades distribuídas com variação positiva de 553.251 e aporte de R\$805.694,07. A tabela 144 apresenta Unidades distribuídas e recursos financeiros vinculados, de medicamentos de Programas do MS, como Saúde da Mulher, Insulinas, observando-se aumento significativo de 23% de anticoncepcionais, propiciando cuidado referente ao planejamento familiar. Ocorreu redução na distribuição de frascos de insulinas, não por falta no almoxarifado, mas por melhor controle nas retiradas, como resultado das intervenções farmacêuticas ou não solicitação do item por problemas de armazenamento (geladeira específica para guardar termo lábeis). Observou-se uma diferença entre US, umas solicitando pouco e outras quantidades altas, destacando-se a implantação do sistema GMAT, no qual os pedidos passaram a ser elaborados no sistema de estoque, a partir de 2016, sendo solicitada a contagem de estoque existente, o conhecimento do consumo médio mensal para o pedido de quantidade adequada ao atendimento de cada serviço. Sobre a Dispensação e entrega de Medicamentos, a Tabela 145 informa sobre número de receitas atendidas nos serviços de farmácia, em dispensários/US, FD e farmácias especializadas por sua especificidade. O número de receitas atendidas se mantém constante nos últimos anos, entretanto, observou-se um aumento no número de medicamentos, sendo nos básicos 1.670.293 receitas e de controlados 390.492 em 2016, num total de 2.061.135 receitas entre básicos, controlados, especializados e homeopáticos. Na tabela 146 é apresentado o número de receitas em 2016 nos 136 dispensários das US /SMS: 998.077 comparado a 1.480.146 em 2015. Esta tabela retrata uma redução expressiva no número de receitas atendidas, sendo que a gestão de estoque e o abastecimento são fatores preponderantes nessa análise, observando redução maior nas GD PLP e SCS, que pode estar relacionado ao tempo de ressuprimento, que tem aumentado pelas dificuldades encontradas na logística, desde processos de separação a transporte de medicamentos. Também a procura pelas FD onde podem ser retirados tanto os medicamentos básicos quanto antibióticos e controlados. Já em relação às FD, na Tabela 147 evidencia-se que seis farmácias tiveram aumento de atendimento em 2016. Houve abastecimento conjunto das FD na mesma semana, facilitando a integralidade do atendimento, sem a necessidade de o paciente buscar mais de uma FD, sendo que a queda nas US é refletida no aumento de procura da FD. As farmácias que mais atenderam estão localizadas na região central, sendo a Farmácia Distrital Farroupilha a mais procurada, pela facilidade de acesso, seguida do IAPI, Santa Marta, Bom Jesus, Vila dos Comerciantes, Camaquã, Sarandi, Murialdo, Restinga e Navegantes. A Tabela 148 informa sobre a média de pacientes atendidos pelo farmacêutico, que em 2016 foi de 1.009.061. A Média de receitas/mês foi 84.088, Média de receitas/mês nas FD foi 8.409, Média de receitas por FD/dia (22 dias úteis) foi 382 e a Média de pacientes atendidos/hora (9h/dia) foi 42. A média de pacientes atendidos nas farmácias distritais sob a responsabilidade do farmacêutico se manteve a mesma nos dois anos (2015/2016) ou seja 42 usuários em 1 hora, mas o farmacêutico consegue orientar e fazer um atendimento qualificado em aproximadamente 10%. O número reduzido de farmacêuticos e a tendência de aumento na procura por medicamentos nas farmácias do SUS podem ocasionar filas, aumento do tempo de espera e insatisfação do usuário. Esta demanda, somada a falta de RH para o atendimento nos guichês dificulta a implantação da clínica farmacêutica, na qual o farmacêutico poderia contribuir muito com a adesão ao tratamento, acompanhamento da farmacoterapêutica, humanização no atendimento, bem como redução de custos ao sistema. Na tabela 149 é apresentado o quantitativo de receitas atendidas nas farmácias especializadas e homeopática, totalizando 53.997 receitas (sendo 1.901 na Homeopática em 2016). Medicamentos Básicos e controlados (ARV) nos SAE totalizaram 44.259, sendo o SAE Santa Marta com maior atendimento (3.540 básicos e 18.815 controlados). A Tabela 150 traz o consolidado de receitas atendidas em cada GD, num total de 1.070.293 (básicos) e 390.842 controlados com total geral de 2.061.135 receitas no ano de 2016. Nesta tabela temos o somatório de todas as receitas no Município de Porto Alegre, considerando todos os locais, havendo redução de número de receitas atendidas em relação ao ano de 2015, em que o Total



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



geral foi 2.532.289 receitas, sendo básicos 2.155.116 e controlados 398.173. Estes dados podem estar relacionados com a falta de medicamentos nas unidades de saúde, pois com a redução de recursos, foi priorizado o atendimento integral das FD, onde são retirados todos os itens, isso significa que a mesma receita não foi contabilizada duas vezes, pela informatização nas FD. Na tabela 151 constam as receitas atendidas nas farmácias dos PA, em regime de plantão interno, sendo que estes dados foram iniciados no ano de 2016. Estes plantões atendem os pacientes que consultam no local, entretanto estes locais sofrem com a defasagem de profissionais, por isso a diferença do número de plantões entre os PA, destacando-se a redução no número de plantões na farmácia do PA Bom Jesus, em virtude do término do contrato temporário da auxiliar de farmácia (operação inverno). O número de receitas atendidas no ano de 2016 foi: PA Bom Jesus – 7.441 (83 plantões); PA Cruzeiro do Sul - 12.262 (118 plantões); PA Lomba do Pinheiro – 9.429 (116 plantões), totalizando 29.312 receitas e 317 plantões. Sobre o Programa Municipal de distribuição dos Insumos para diabetes (PMDID), houve diminuição no total de processos abertos (958), entretanto, proporcionalmente, houve aumento nos deferidos (815) e isto foi resultado da qualificação da triagem e orientação no recebimento dos documentos pelo Núcleo de Expediente/CGATA na abertura inicial do processo e indica melhoria do acesso. Isto evidencia o trabalho de disseminação das informações com a criação e disponibilização de área específica no site da SMS para pacientes e profissionais dos serviços de saúde da cidade. O número de pacientes excluídos aumentou em 67% em 2016 em relação a 2015 significando o constante acompanhamento das listas de comprovação de retiradas dos insumos pelos usuários, identificando óbitos, mudança de Município/Estado e a exclusão dos usuários que não buscavam os seus “kits de manutenção mensal” por mais de 90 dias, conforme rege a Portaria 802/2011. Esta Portaria rege o fornecimento de insumos pela SMS e está sendo discutida uma proposta de minuta para sua alteração, envolvendo a Atenção Básica, CGAE e SAMU. Observa-se um aumento de 41% na programação de entregas aos usuários cadastrados no ano de 2016 em comparação a 2015, sendo que em 144 US, a entrega programada foi de 43.145, e em 2015 foi de 30.470, com variação de 12.675. Com relação a entrega de insumos em 144 US e FD foram contemplados 30.743 usuários com 100% de entregas em 2016, em relação a 2015 temos em 148 US/FD 22.420 usuários com 100% de entregas. A variação de 4 locais de entrega a menos é referente às FD que continham listas em 2015 e foi realizado um trabalho de vinculação de usuários nas listas de suas US, fortalecendo o vínculo de identificação e conhecimento de seus pacientes diabéticos. O número de retiradas pelos usuários aumentou em 11,95 % no ano de 2016, indicando maior acesso do paciente aos insumos, destacando-se entre os fatores a continuidade da primeira entrega dos Kits através da consulta farmacêutica com orientação referente ao manejo correto do glicômetro, com ação conjunta de reforço pelos outros profissionais como enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos da Atenção Básica. Outra ação importante foi o aprimoramento das orientações e dos fluxos do programa nas instâncias de colegiado dos coordenadores nas GD. Quanto ao Projeto de Instalação de Programa Informatizado de Monitoramento do uso de glicosímetro, a COORAF/SMS recebeu a autorização formal da empresa detentora do software em dezembro de 2016, o que atrasou o cronograma do portal de gestão. Há previsão de retomada e continuidade de seu cronograma no primeiro quadrimestre de 2017. Em 2015, o total de unidades de insumos distribuídas foi de 6.242.616 com custo de R\$1.904.370,44 e em 2016 o total de unidades distribuídas foi de 5.726.686 com custo de R\$1.943.151,53. Houve diminuição dos recursos aplicados para aquisição de fitas reagentes, pelo remanejamento entre as FD e US, como também a verificação de posição de estoque no almoxarifado (menos R\$ 7.190,30). As duas ações acima de controle de estoque na US e almoxarifado impactaram em uma economia de não necessidade de compras. Sobre o atendimento farmacêutico, o relatório informa que os serviços realizados pelos farmacêuticos nas US são voltados à promoção do uso racional de medicamentos e desenvolvimento de ações de educação da população e das equipes de saúde. Foram sistematizadas e registradas no ano de 2016, com a nomeação e posse dos farmacêuticos concursados, não sendo possível ainda traçar paralelo entre os anos 2015 e 2016. A Assistência farmacêutica vem passando por uma reestruturação, a qual vai possibilitar dar os primeiros passos nos registros das atividades dos farmacêuticos e sua equipe de trabalho, com o objetivo de proporcionar a AF com prioridade no uso racional e na adesão ao tratamento. Destaca-se na primeira consulta realizada com o paciente diabético, que tem gerado problemas relacionados a medicamentos e que são solucionados nesta consulta ou nos atendimentos subsequentes. Além das etapas da logística dos medicamentos há envolvimento direto com as US de seu território, nas reuniões de Colegiado, capacitação de equipes no apoio direto e na avaliação dos pedidos de medicamentos, sendo que há um perfil diferente em cada região da cidade, com demandas variadas, exigindo diferentes atuações dos profissionais. O relatório dá uma demonstração do quanto esta intervenção farmacêutica poderá contribuir com a satisfação do usuário, em relação com o uso de

medicamentos e sua manutenção. Mas ainda são necessários a realização de melhorias dos espaços físicos das farmácias, com sala individual para atendimento ao usuário para que haja uma verdadeira Assistência Farmacêutica. A Tabela 158 traz a evolução da meta 45 de implementação da Assistência Farmacêutica nos dispensários de Unidades de Saúde da Atenção Básica nos anos 2015 e 2016, que passou de 82,30% para 80,44%. Quanto ao atendimento da meta de implementação da AF nas farmácias distritais e especializadas, nos dois anos se manteve em 100%. Os farmacêuticos responsáveis pelas FD já realizavam as etapas, só foram aperfeiçoando-as, sendo que a etapa de programação foi qualificada com a entrada de novos farmacêuticos nas gerências, dando suporte e orientação às US. Em relação às etapas de programação, guarda e recebimento de Medicamentos, no ano 2015 a média das etapas foi 91,99% e em 2016 a média ficou em 90,21%. Observou-se que muitas metas e ações não foram realizadas por falta de recursos da SMS, especificamente para a AF. Há necessidade da realização de concursos para auxiliares de farmácia e também mais farmacêuticos, bem como melhorias nas áreas físicas das FD e dispensários, incluindo a sala de atendimento do farmacêutico em todas US. Há necessidade de um local específico para servir de almoxarifado somente para os medicamentos, com funcionários capacitados e incentivo para que os farmacêuticos possam realizar capacitações específicas na sua área.

10. No capítulo referente à **Regulação do SUS**, com relação à Meta nº 37 “Garantir que 77% das subespecialidades médicas tenham tempo de espera menor que 30 dias para consulta” não foi atingida, pois 66,29% (118) das subespecialidades têm tempo de espera menor que 30 dias (sem fila). A Meta 40 que busca instituir o indicador de tempo médio de observação em emergência hospitalar em 70% dos prestadores contratualizados, também não foi atingida, pois 60% dos prestadores implantaram o indicador, falta implantar no Hospital de Clínicas, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina. Na Meta 41 que prevê o monitoramento dos indicadores hospitalares de qualidade dos hospitais contratualizados ao SUS pela Comissão de Acompanhamento de Contratos (CAC) foi atingido 100% de monitoramento conforme reuniões realizadas e cronograma das CAC. Em relação à Meta 47 que estabelece a contratualizar 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais aptos, conforme legislação vigente, no ano de 2016 encerrou com 85% da meta atingida. Conforme quadro 7 os Laboratório Felipe e Laboratório Moogen não estavam com seus contratos em vigência. A Meta 48 monitora a contratualização dos prestadores hospitalares vinculados ao SUS no Município. Foi atingido resultado de 62,5% desta meta, das 16 Instituições hospitalares que prestam serviços ao SUS, há 10 hospitais com contrato vigente e 06 sem contrato vigente. A Meta 57 “Atualizar mensalmente em 100% a base de dados do Cadastro Nacional de estabelecimento e Profissional de Saúde – CNES” foi atingida, conforme rotina mensal de atualização dos dados do Ministério da Saúde. Entretanto, reitera-se a necessidade de mensurar melhor esta ação, na medida em que ainda são verificados, em processos de fiscalização do CMS, dados em desacordo. Sobre a **Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados** a Tabela 161 informa que o total de consultas ofertadas foi de 341.901, destas, 33.932 foram bloqueios (9,92%). Os Centros de Especialidades ofertaram 53.101 e houve bloqueio de 13.810 consultas (26,01%), os Hospitais ofertaram 288.800 e houve bloqueio de 20.122 consultas (6,97%). No Total Geral houve redução de 17,21% nas consultas ofertadas em 2016 comparando com 2015, houve aumento no total dos bloqueios que passaram de 9% em 2015 para 9,92% em 2016. Em relação à **Regulação da Produção Hospitalar** a tabela 162 demonstra que na produção Ambulatorial cinco prestadores produziram acima do contratualizado tanto Financeiro como Físico e cinco prestadores produziram abaixo do contratualizado, tanto Financeiro como Físico. Na produção de internações, a Tabela 163 mostra que quatro prestadores produziram acima do Físico contratualizado e sete abaixo. No Financeiro, seis prestadores produziram acima do contratualizado e cinco abaixo. A Tabela 164 informa o Faturamento Hospitalar por origem do paciente. No Total Geral houve 177.667 AIH, com valor total de R\$ 368.956.857,44 e um valor médio de R\$ 2.076,68 por AIH. Com origem de Porto Alegre foram 102.506 AIH, num valor total de R\$ 163.935.959,05 e valor médio de R\$ 1.599,28 por AIH. Com origem em Municípios do Interior do RS foram 74.754 AIH, num valor total de R\$ 201.292.549,11 e valor médio de R\$ 2.692,73 por AIH. Com origem de outros Estados foram 407 AIH, num Valor Total de 3.728.349,28 e um valor médio de R\$ 9.160,56 por AIH. Comparando com o ano de 2015, em 2016 houve redução de 2,12% no número Total de AIH e houve redução de 3,87% no Valor Total gasto. A Tabela 165 informa sobre a regulação de internações hospitalares, por tipologia de leitos, realizada pela Central de Regulação de Internações Hospitalares de Porto Alegre. No total foram realizadas 21.588 internações, que representam as internações realizadas em leitos ofertados para uso da Central de Regulação. Destas, para a UTI Neonatal foram 348 internações (1,61%); UTI Pediátrica foram 559 internações (2,59%); UTI adultos foram 1.030 internações (4,77%); Infectologia 288 internações (1,33%); Psiquiatria 5.626 internações (26,06%); clínica médica 8.777 internações (40,66%);



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



Pediatria 1.932 internações (8,95%); e Traumatologia 3.028 internações (14,03%). A Central de regulação de internações Hospitalares de Porto Alegre contabilizou no ano de 2016 o Total de 90.394 solicitações de internações (urgência + eletiva), entre essas, 80.045 foram autorizadas pela equipe de Reguladores. Analisando somente os acessos de urgência, o sistema de regulação registrou 71.784 solicitações e 62.457 autorizações. Em relação às **Auditorias Realizadas**, no ano de 2016 foram realizadas 77 auditorias já detalhadas nos relatórios quadrimestrais. A Meta 56 pretende estruturar o componente do Sistema Nacional de Auditorias – SNA e não foi atingida plenamente. Foi implantado o Sistema de Auditoria (SISAUD) do DATASUS, com vias a auxiliar para a elaboração de relatório de auditoria específico, entretanto o sistema ainda apresenta algumas instabilidades e dificuldades no acesso.

11. O capítulo sobre **Ações e Serviços em Vigilância em Saúde**, inicia pela **Vigilância Epidemiológica**, sendo apresentada, na tabela 166 dados relativos à meta 5 da PAS 2016, que propõe a implantação do monitoramento dos resultados de exames de lesões intraepiteliais de alto grau do colo de útero para o acompanhamento das mulheres com esse diagnóstico nas unidades de saúde. Consta que a meta foi atingida, tendo sido implantado tal sistema de monitoramento, no entanto, os dados da tabela não permitem avaliar a sua efetividade, na medida em que não é informado o universo de casos que deveriam estar sendo monitorados e sim os que foram acompanhados no total de exames coletados. No item **Vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e outros agravos** a meta 1 busca “atingir 95% dos encerramentos oportunos dos casos de doenças e ou agravos de notificação compulsória transmissíveis que necessitam investigação epidemiológica segundo Portaria Ministerial 204 de 17 de fevereiro de 2016”, onde verifica-se que foi atingido o índice de 95,98%, o que representa um bom desempenho. Sobre *Hanseníase*, consta que apesar de um ligeiro aumento no número de diagnósticos realizados, mantém-se a problemática do mesmo ocorrer tardiamente, não sendo atingida a meta pretendida de que 50% dos casos sejam diagnosticados mais precocemente. Da mesma forma em relação à cura dos casos, embora os resultados tenham sido melhores do que em 2015, ainda não foi atingida a meta de 90%. Em relação à *Leptospirose* os dados demonstram uma redução de 37% no número de casos notificados e 39% dos casos confirmados. Consta também que houve redução da letalidade por este agravo, sugerindo uma maior sensibilização da rede de serviços, com atendimento precoce dos casos e boa resposta ao tratamento. Quanto a *Sarampo* e *Rubéola* não há casos de transmissão endêmica de rubéola desde 2008, tornando o país livre deste agravo. Sobre a *Dengue*, *Chikungunya* e *Zika Vírus*, a meta 21 propõe realizar vigilância e controle vetorial de 100% dos casos confirmados de dengue, de acordo com o Plano de Contingência da Dengue. Esta meta foi plenamente atingida, com investigação de 100% dos casos notificados, que no ano de 2016, corresponderam a 1.871 (219,83% a mais que em 2015). Entre os 355 casos confirmados, 3 foram considerados graves, porém não ocorreram óbitos. O relatório informa que houve aumento dos casos autóctones e que este foi o maior surto de dengue ocorrido no município até o momento. Destaca-se a consideração de que houve dificuldades na articulação entre a vigilância e a assistência em saúde para um atendimento integral ao cidadão, situação que deverá ser avaliada e melhorada para que o planejamento das ações coletivas e o acompanhamento individual dos casos sejam exitosos. Em relação aos casos de *Chikungunya*, os dados da Tabela 175 não correspondem aos do texto que a descreve. Além disso, é informado que não ocorreu nenhum caso confirmado em 2015, o que contradiz o próprio RAG 2015 e a referida tabela informa esse caso. Não foram confirmados casos autóctones. Da mesma forma, os dados referentes aos casos de *Zika Vírus*, descritos na Tabela 176 não correspondem aos referidos no texto que a descreve, e nem aos do RAG 2015, onde foi informado um (1 caso), importado, que não aparece na referida tabela. Quanto ao controle do *Aedes*, verifica-se uma redução bastante significativa no número de amostras coletadas, justificado pela mudança na forma de verificação dos índices de infestação, que é mais através de LIRA e sim pelo MIAedes. Consta também que a redução de coletas de amostras para a dengue foi substituída ou transferida para outra demanda prioritária, a Leishmaniose visceral. (esclarecer demais dados e fiscalização). Sobre *Meningite Bacteriana*, A Tabela 182 informa que o total de casos notificados em 2016 (265) foi menor do que os de 2015 (381), da mesma forma que o quantitativo de casos confirmados (81 em 2015 e 53 em 2016). Destaca-se a qualidade do sistema de vigilância que tem conseguido garantir o diagnóstico laboratorial em um percentual acima da meta pactuada. Em relação à *Influenza*, o quantitativo de amostras coletadas pela Unidade Sentinela, tanto em 2015 como em 2016 foi inferior ao preconizado, sendo que em 2016 foi ainda menor (-10,71%). O quantitativo de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, tanto notificados como os confirmados foi bastante superior ao do ano passado, sendo que é considerada a hipótese de que a vacinação, que teve uma boa cobertura, talvez não tenha sido capaz de proteger afetivamente a população, pela possibilidade de variação nas cepas virais circulantes e as da vacina. Pergunta-se, portanto, se a função de Unidade Sentinela não inclui justamente a identificação dos vírus circulantes para a produção



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



adequada dos imunizantes para a Influenza, e que esta estratégia não está sendo realizada com efetividade na cidade. Na Tabela 187 o total de casos notificados em 205 está diferente do informado na tabela anterior. Não há dados sobre óbitos por SRAG no ano de 2016. Sobre *Tétano*, o relatório informa a ocorrência de 1 caso de Tétano Acidental, que evoluiu para alta, sem registro de tétano neonatal. Sobre *Caxumba*, o relatório informa a ocorrência de vários surtos durante o ano, com uma grande incidência entre os adolescentes e adultos jovens, o que se supõe esteja relacionado ao próprio esquema imunológico adotado nesta população. Sobre *Leishmaniose Visceral humana*, o relatório informa a ocorrência de um caso confirmado autóctone, na cidade. Destaca-se a atuação conjunta da rede assistencial e as equipes de VS. Segue-se a **Vigilância Ambiental**, que primeiramente informa sobre *Vigilância de roedores e vetores*, que teve como principal demanda as investigações entomológicas nas áreas com transmissão de Leishmaniose. Destaca-se ainda a informação sobre a identificação de vetores positivos para Doença de Chagas na região Sul da cidade. Embora ainda no capítulo sobre Vigilância ambiental, é apresentado o item referente a *Imunizações*. A Tabela 192 informa sobre a população menor de 1 ano, onde é possível verificar que as coberturas vacinais foram menores do que as obtidas em 2015, em todas as vacinas previstas. Destaca-se a dificuldade relatada sobre os sistemas de registros e de informações, o que extrapola a responsabilidade municipal, no entanto, também é apresentada a dificuldade de manutenção das equipes de salas de vacinas, situação que já vem sendo apontada nas análises da SETEC. Sobre a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, a Tabela 193 informa que, em 2016, a cobertura total atingida foi satisfatória (98,31%), melhor do que no ano anterior (85,75%), sendo que apenas o grupo das gestantes não atingiu a meta preconizada de 80%. Quanto à vacinação contra o Papiloma Vírus Humano – HPV, a tabela 194 descreve as coberturas atingidas, embora não seja apresentada a meta a ser coberta. Verifica-se uma redução importante se comparados os resultados em 2015 e em 2016, justificado por dificuldades de convencimento da população alvo sobre a importância da vacina e esclarecimentos sobre efeitos adversos. No item relativo à *Vigilância em Saúde Mental*, a meta 14 da PAS previa elaborar o Plano de Implantação da Vigilância em Saúde Mental, o que não foi concluído em 2016. Seguem-se as **Ações e Serviços em Vigilância Sanitária**, onde cabe destacar positivamente o cumprimento da meta 23, que propôs elaborar o ranqueamento de risco na avaliação dos estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde, o que foi finalizado no último quadrimestre do ano. Da mesma forma a meta 24, que prevê a investigação de 100% dos surtos notificados com doenças transmitidas por alimentos foi plenamente atingida. Destacam-se as atividades da Vigilância de Alimentos, onde consta o total de vistorias realizadas, das quais 97 resultaram em interdição de estabelecimentos, número inferior ao verificado em 2015, supondo-se uma melhora nas condições sanitárias dos estabelecimentos da cidade. Da mesma forma, é relativamente inferior o quantitativo de produtos apreendidos e inutilizados, corroborando a hipótese de melhorias nos serviços e produtos oferecidos aos consumidores, na área de alimentos. Na Tabela 200 são apresentadas as metas anuais de fiscalização da Equipe de Alimentos, sendo que todas foram atingidas, e algumas superadas, como é o caso dos supermercados, hipermercados e dos restaurantes, o que se destaca positivamente. Quanto à Vigilância de Serviços de Saúde e de Interesse à Saúde, destaca-se também o cumprimento de praticamente todas as metas, demonstrando bom desempenho, e salienta-se a preocupação externa no relatório quanto ao não atendimento de forma plena da fiscalização de serviços de alta complexidade como Banco de células e tecidos germinativos, pela redução do quadro especializado nesta área, em razão de aposentadoria. Destaca-se positivamente também a atuação do grupo descrito como “grupo dos hospitais”, que atua em áreas críticas e de garantia da segurança dos pacientes em ambiente hospitalar, especialmente em relação ao controle da infecção hospitalar. Na fiscalização sanitária das Escolas infantis, repete-se a preocupação com a redução iminente do quadro técnico, por aposentadoria. Sobre as demais ações, verifica-se que de modo geral, as equipes tem trabalhado na busca de garantir qualidade e segurança aos usuários e consumidores de serviços e produtos de interesse à saúde. Destaca-se a preocupação com a redução do quadro de servidores, já estabelecida e que vem a se estabelecer em curto prazo, devido às aposentadorias de parte importante dos quadros técnicos da VS. Destaca-se, nesse sentido, que a área da VS é uma área especializada, que requer formação específica, e capacitação em serviço, o que aumenta a preocupação com a necessidade de substituição dos quadros que já possuem expertise para o manejo das diversas condições que podem afetar a saúde, a segurança e a vida das pessoas e comunidades. Destaca-se o apontamento sobre a informatização dos processos administrativos, que parece ter proporcionado agilidade e efetividade nas respostas da VS. Em todas as frentes de trabalho, foi atingida a meta de atender a 70% das reclamações e denúncias recebidas. Em relação à meta 22, de realizar bloqueio contra a Raiva em 100% dos casos positivos, o relatório informa que a mesma foi plenamente atingida. Cabe destacar a informação contida na Tabela 242 acerca da arrecadação de multas por parte da VS que, em 2015, correspondeu ao valor de R\$727.683,84 e em 2016 foi de R\$ 661.909,23. Conside-

ando que tramita na Câmara Municipal Projeto de Lei que visa atualizar e melhor distribuir os valores a serem cobrados em casos previstos na legislação sanitária, é importante que esses valores retornem ao FMS, como forma de financiamento direto das ações em VS, inclusive com reposição do quadro de pessoal.

12. No capítulo sobre **Políticas Públicas**, inicialmente são tratadas **Políticas Públicas em Saúde de Cuidados Transmissíveis**, na temática *HIV/AIDS*. A Meta 8 pretende reduzir casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo para 89/100.000 habitantes. Em 2015 essa meta já havia sido atingida, com redução do número de casos, ficando a taxa em 72/100.000 habitantes. O relatório informa que em 2016 esse índice reduziu ainda mais, ficando em 63,6/100.000 habitantes. Isso é bastante positivo. Na distribuição dos casos por raça/cor se observa que a redução ocorreu tanto na raça branca como na preta/parda, embora tenha sido mais significativa na população branca. Na distribuição dos casos por GD, as maiores concentrações de casos estão na GD PLP e GD C. Na incidência por sexo, predominam os casos em pessoas de sexo masculino com variações entre as GD. Com relação à faixa etária, o maior número de casos de Aids em indivíduos maiores de 13 anos encontra-se nas faixas etárias de 25 a 44 anos correspondendo a aproximadamente 60% do total de casos (534). Destaca-se positivamente a redução significativa de casos (20,87%) entre jovens (13-24 anos), muito provavelmente pelo reflexo de todas as ações planejadas e desenvolvidas exclusivamente para esta população ao longo do ano (Projeto Fique Sabendo Jovem e Projeto Galera Curtição). Avalia-se positivamente as estratégias adotadas, tanto no que diz respeito à descentralização da testagem e tratamento dos casos, como as de abordagem comportamental, que estão demonstrando eficácia. A Meta 9 pretende reduzir a mortalidade por AIDS para 26,0 /100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo/faixa etária. Em 2015, a meta já havia sido superada, com o índice de 23,69/100.000 habitantes. Em 2016 esse índice reduziu mais, ficando em 22,9/100.000 habitantes. O que também é muito positivo. Sobre *Hepatites Virais*, a Tabela 246 demonstra que o número de casos diagnosticados reduziu em comparação a 2015 sendo investigados e confirmados 100% dos casos, atingindo a meta proposta. Em relação à *Tuberculose*, a Meta 10 pretende diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose. Pela primeira vez esse índice foi atingido, com o diagnóstico de 82% dos casos novos estimados de tuberculose, superando a meta proposta. Quanto à distribuição por raça/cor a ocorrência de casos novos foi menos tanto na raça branca como na negra, no entanto a redução foi mais significativa entre as pessoas brancas. Quanto à distribuição por sexo, predominam os casos entre os homens e quanto a faixa etária, a mais atingida é entre 30-40 anos. Com relação à meta pactuada no SISPACTO da proporção de 75% de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, a mesma não foi atingida. A meta 12 pretende reduzir a mortalidade proporcional de coinfectados por TB e HIV para 25,0%, com equidade raça/cor/etnia/sexo/faixa etária. O relatório informa que em 2015 a proporção foi de 27% e em 2016 a meta foi alcançada, uma vez que o resultado foi de 24, 38%, havendo uma discreta diminuição. Sobre as **Políticas Públicas em Saúde de Cuidados Não Transmissíveis**, a Meta 2 pretende implantar 100% do plano de controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis DANT com recorte raça/cor/etnia/sexo, na RAS com foco em Controle do Tabagismo, Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida, monitoramento da violência, e doenças crônicas não transmissíveis prioritárias (HAS, DM, DRC, Obesidade, Neoplasias Malignas). O Quadro 10 descreve o demonstrativo de atingimento da meta que somou 60% de cumprimento. No entanto, na Tabela 1 a meta 2 consta como atingindo um percentual de 56,7%. A Tabela 262 informa sobre a distribuição do Coeficiente de óbito por Doenças Cardiovasculares segundo raça/cor/etnia e sexo, onde evidencia-se o predomínio no sexo masculino, no entanto sem grandes diferenças entre raça/cor/etnia. Já em relação ao Diabetes, predominam os óbitos entre homens na raça negra e entre as mulheres predominam na raça branca. Na **Política de Atenção Psicossocial**, entende-se que as duas metas existentes são insuficientes para avaliar a Política de Saúde Mental. A Meta 13 prevê ampliação de acesso em CAPS, aumentando em 15% o número de acolhimentos e acompanhamentos em CAPS. Os CAPS ad conveniados com o Hospital Mãe de Deus são os únicos que são porta aberta e que atendem segundo o critério de território adscrito. Salienta-se que os CAPS do município não estão funcionando segundo o princípio da regionalização. É preciso retomar os critérios de atendimento. Reforça-se a necessidade de rever o funcionamento dos CAPS como porta aberta e população/território adscrito em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. A discussão de caso funciona atualmente como barreira de acesso e é preciso que a rede possa articular os serviços de atendimento especializado para garantia de atendimento ao usuário. Em relação ao cumprimento da meta, salientamos a necessidade de especificar os números de atendimentos por tipo de CAPS, pois os números brutos não ajudam a compreender as especificidades de cada tipo de CAPS e da organização territorial. Com relação aos leitos hospitalares e processo de chamamento público aberto em 2016, o processo citado foi impugnado devido à falta de apresentação de concorrentes de acordo com os critérios estabelecidos. Indica-se a priorização de contratualização de leitos para infância e adolescência nos hospi-



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



tais públicos (HMIPV, GHC e HCPA). Foram fechados 50 leitos no Hospital Parque Belém e 17 leitos no Hospital Porto Alegre. Os leitos fechados deveriam ser repostos com contratualização em outras instituições. Salientamos também a necessidade de revisar os conveniamentos vigentes, para pactuação das demandas em Saúde Mental, consolidando um relatório geral da situação dos leitos de atenção integral em SM. Sobre o “Programa Crack é possível vencer” o repasse de recursos para CAPSad já foi realizado, mas os serviços ainda não foram criados. Foi concluído o documento orientador da Política de Atenção Psicossocial pelo GT instituído para esse fim, com a participação de gestores, trabalhadores e controle social. No entanto, o mesmo não foi apresentado em Plenária, que já foi desmarcada diversas vezes, com a justificativa da ausência de um Coordenador da Saúde Mental. Com relação ao “GT Linha de Cuidado em Saúde Mental”, o documento não foi concluído pelo entendimento do próprio grupo a respeito da necessidade de finalizar primeiro a Política de Atenção Psicossocial, a fim de alinhar as diretrizes da mesma. Destacamos que o referencial utilizado para o estabelecimento das linhas de cuidado foi questionado pela gestão municipal atual, que solicitou um protocolo baseado nos agravos prevalentes em saúde mental. A meta 14 prevê elaborar o plano de implantação da vigilância em saúde mental. Não foi atingida. Em relação à **Política de Saúde Bucal** a Tabela 275 informa sobre a primeira consulta odontológica programática, realizada na atenção primária, em que houve uma queda de 11,78%, em relação ao ano de 2015. Vale lembrar que houveram dificuldades no preenchimento das informações em um novo sistema de informação da APS, o SISAB/e-SUS AB. A partir do mês de setembro de 2016, devido à atualização de nova versão do e-SUS, os dados de produção do terceiro quadrimestre foram prejudicados. Separadas por Gerências Distritais, todas apresentaram quedas, menos a NEB, onde ocorreu um aumento das equipes de saúde bucal, passando de 155 em 2015 para 158 em 2016. Em contrapartida no comparativo do total de consultas realizadas na Atenção Básica por Cirurgião Dentista, por Gerência Distrital houve um aumento positivo de 22.1%. A meta de 6% de cobertura não foi atingida, ficando em 4,04%. Quanto ao percentual de exodontias em relação aos procedimentos básicos selecionados, o parâmetro/meta de 5% que, em 2015 foi praticamente alcançado (5,9), em 2016 se distanciou, ficando em 7,21%. Isso se deve ao aumento no número de equipes de saúde bucal, resultando em maior cobertura e maior realização de procedimentos, em função disso a meta de 5% foi ultrapassada. Nos serviços de urgência, apesar da redução no número de exodontias em relação ao ano de 2015, houve aumento percentual em relação aos procedimentos básicos selecionados. O percentual de procedimentos periodontais sofreu uma queda de 38,59% em relação ao ano de 2015, reduzido em todas as Gerências Distritais. Mais uma vez, esta queda se deve ao não lançamento dos dados no terceiro quadrimestre em função da impossibilidade de migração de dados entre os sistemas. As atividades de Educação Permanente, tiveram diversas temáticas em cada Gerência Distrital, e foram construídas a partir do GT-EPS, que está vinculado a um Projeto de Extensão da Faculdade de Odontologia da UFRGS, o qual também foi responsável pela organização da 6ª Semana Municipal de Saúde Bucal. Ainda na educação permanente, houve o projeto maio vermelho, mês de Luta contra o Câncer Bucal, em que as atividades e capacitações foram realizadas pela Faculdade de Odontologia da UFRGS, Faculdade de Odontologia da PUCRS, Telessaúde RS/EstomatoNet e Comitê das Entidades de Classe da Odontologia (CECO), com cursos de abordagem e tratamento do tabagismo, com habilitação dos cirurgiões-dentistas para a condução dos grupos de Tabagismo e para o tratamento dos usuários. Também houve a capacitação de profissionais para atendimento de urgência na Atenção Básica, pela Faculdade de Odontologia da UFRGS e CRO-RS, e "conduta na drenagem extra-oral de abscessos odontogênicos", desenvolvido em parceria com o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). Sobre **Práticas Integrativas em Saúde – PIS**, a SETEC considerou, primeiramente, a meta nº 36 da PAS 2016, que prevê implementar em mais 25% o Plano Municipal de Práticas Integrativas em Saúde – PIS, sendo informado na tabela nº 1 um percentual de implementação do referido Plano de mais 23,8%, o que corresponderia a um percentual de 95,2% de cumprimento da meta, grau IV de realização, isto é, o máximo. No entanto, na avaliação da SETEC, esse resultado não corresponde ao efetivamente realizado, como já apontado em avaliações parciais durante o ano. Destaca-se, nesse sentido, que as ações propostas, em seu enunciado textual, não cumprem de forma efetiva implementação de um Plano, na medida em que muitas delas identificam momentos de um processo e não a sua instalação permanente ou concreta, como é o caso do anunciado concurso público para chamamento de profissionais, que ainda não foi sequer aberto. Da mesma forma, o anunciado cronograma apresentado, na verdade não é um cronograma, com etapas e prazos, e sim um rol de ações.

13. No capítulo relativo a **Políticas Públicas em Saúde dos Ciclos de Vida, Política de Saúde da Criança e do Adolescente**, a meta 29 propõe aumentar para 40% a taxa de primeira consulta de acompanhamento do recém nascido em até sete dias de vida. A Tabela 278 utilizou dois parâmetros para medir esta meta, que foram os dados SINASC e os do Pré-Nenê. De qualquer modo a meta não foi cumprida, sendo que há necessidade de se

caracterizar esta primeira consulta do RN, na medida em que já foi evidenciado na produção das consultas em Atenção Básica que a puericultura é realizada majoritariamente pelo enfermeiro e não pelo médico. Sobre o Teste do Pezinho as taxas de cobertura na AB continuam boas (82,4% em 2015 e 85,41% em 2016, captados entre 3 e 5 dias de vida) e nas maternidades/hospitais ficaram em 94,5%. Em relação à Meta 19, que propõe atingir a taxa de amamentação em 40% das crianças menores de 6 meses de vida nas Unidades de Saúde onde o Prontuário Eletrônico do Cidadão está implantado, não pode ser medida por problemas na migração de dados entre sistemas de informação. Sobre a taxa de Aleitamento Materno Exclusivo em crianças na primeira consulta do Programa Pré-Nenê, o índice alcançado foi de 79,2%. Sobre Imunização, a Meta 17 propõe ampliar a cobertura da vacina contra a poliomielite (3ª dose) para 85%. A tabela 283 indica dados provisórios de cobertura em 64,4%. A meta 18 propõe Ampliar a cobertura da vacina pentavalente (DTP/Hib/HepB) para 80% e a tabela 284 informa que os dados provisórios indicam uma cobertura de 71,12%. A cobertura de BCG apresenta dados provisórios de 91,88% de cobertura e a tríplice viral, igualmente com dados provisórios, chegou a 72,2%. Sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) a meta 3 propõe realizar avaliação antropométrica em 22% dos alunos das escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola. A Tabela 287 demonstra que a meta foi superada, atingindo um percentual de 28,5%. O desempenho desta ação nas escolas indígenas também foi bom. Sobre a meta 4, que pretende realizar triagem da acuidade visual em 22% dos alunos das escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola, consta que também foi atingida e superada (33,1%). Sobre a meta 15, que pretende realizar atividades educativas em saúde bucal para 35% dos alunos das escolas públicas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental pactuadas no Programa Saúde na Escola, os resultados foram satisfatórios, atingindo 92,17% da meta. O percentual de escolares cobertos por escovação dental supervisionada apresentou uma redução de - 25,83%, e isto se deve à redução de recurso do programa e conseqüente desabastecimento nos insumos destinados ao programa. Vale lembrar que estes dados não são fornecidos pelo sistema de informações vigente – e-SUS AB. Na tabela 295 são descritos os dados relativos às avaliações de saúde bucal realizadas por cirurgiões dentistas dentro das atividades do PSE. Em relação à meta 6 que pretende reduzir para índices iguais ou menores que 2,5% a transmissão vertical do HIV, com equidade segundo raça/cor o relatório confirma a tendência de queda sistemática, tendo atingido em 2016 o índice de 1,7%, muito positivo. Em relação ao critério raça/cor, a maior incidência de gestantes HIV é da raça negra. A meta 7 propõe reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita para 20/1000 nascidos vivos, com equidade segundo raça/cor/etnia. O índice atingido em 2016 foi de 27,2. A meta 20 propõe manter o coeficiente de Mortalidade Infantil em menos de 10/1.000 nascidos vivos. A meta foi atingida, sendo obtido o índice de 8,9. Sobre gestação na adolescência, a taxa passou de 13,5% em 2015 para 12,6% em 2016. Em relação à **Saúde da Mulher** a meta 28, que pretende aumentar o percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de Pré-natal para 76%, foi praticamente atingida, com um índice de 75,25%, que corresponde a 99% da meta. Isso é bastante positivo. Com relação aos partos, a tabela 315 descreve os tipos de parto por tipo de hospital: SUS, Misto, Não SUS. Destaca-se a crescente proporção de cesáreas nos hospitais não SUS, que atingiu, em 2016, 81% dos partos, indicador que cai para 35% nos hospitais mistos e 38% nos hospitais SUS. Sobre a meta 31, que propõe aumentar a razão de mamografias realizadas para 0,17 em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, foi alcançado o índice de 0,13, representando 76% da meta, resultado um pouco melhor do que o de 2015. Em relação à meta 30, que propõe aumentar a razão de exames de rastreamento do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos para 0,38, consta que o índice alcançado foi de 0,34, menor do que o registrado em 2015, embora represente 92% da meta. Avalia-se que há necessidade de reforço das ações de prevenção do câncer de mama e colo do útero na atenção básica, e sugere-se novamente a implementação de Linha de Cuidado aos moldes da Rede Cegonha. Sobre saúde sexual e reprodutiva, os dados do relatório permitem avaliar que a população tem tido acesso adequado a todos os métodos contraceptivos. Destaca-se ainda o trabalho efetivo de investigação de 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil, que vem caindo nos últimos 5 anos. Destaca-se que o relatório não traz dados sobre mortalidade materna, a não ser os constantes no quadro de metas da PAS. Sobre **Saúde do Homem** a meta 44 propõe aumentar para 0,15 a razão entre testes de dosagem de antígeno prostático (PSA) solicitados pela Atenção Primária à Saúde na faixa etária de 45 anos ou mais. Consta que a meta anual foi atingida (0,15). A Tabela 321 informa que o número absoluto de óbitos por Neoplasia de Próstata (102) foi menor do que em 2015 (145). Sobre **Política de Saúde da Pessoa Idosa**, as Tabelas 323 e 324 referem-se respectivamente às internações hospitalares de idosos por fratura de fêmur e por fratura de colo do fêmur. Os dados permitem identificar um leve aumento no número de internações, sendo que em relação à fratura de colo do fêmur, ocorreu uma redução, levando a concluir que os idosos sofrem mais com as causas externas, o que é corroborado pelos dados

do relatório, onde consta que dos 171 óbitos por quedas ocorridos em 2015, 154 eram idosos (90%). Destacam-se novamente as ações e intervenções de forma intersetorial e de abordagem integral, como é o acesso a óculos, Casa Segura, entre tantos outros relatados no RAG. Em relação ao acesso às consultas médicas pelos idosos, o relatório informa que houve redução do percentual de 20% preconizado, no entanto, em função dos problemas relativos aos sistemas de registros de consultas na AB, esse dado pode ser inverídico. Sobre **Políticas Públicas em Saúde de Equidade Étnico-racial**, em relação à **Política de Saúde da População Negra**, a meta 35 pretende implantar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 25% dos serviços de saúde. De acordo com os dados da tabela 327, a meta foi alcançada e superada (26,19%). Destaca-se que o indicador escolhido para medir o alcance da meta é a existência de promotores de Saúde da População Negra nos serviços. Na GD LENO os serviços de AB que ainda não tem promotores são os gerenciados pelo GHC. Essa política não pode ser entendida como da SMS e sim da cidade de Porto Alegre. Em relação à **Política de Saúde dos Povos Indígenas**, destaca-se a consolidação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), da integração de ações de educação permanente e de resgate da cultura ancestral. Sobre a **Política de Saúde da Pessoa com Deficiência**, a meta 34 propõe “*Implantar 25% do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência*”. De acordo com os dados apresentados, a meta atingida foi de 22,12%, o que correspondeu a 88,48%. A Comissão da Pessoa com Deficiência sugere que a realização da qualificação e capacitação dos profissionais da RAS para o acolhimento, atendimento e marcação de consultas e exames sejam feitos com prioridade para a Pessoa com Deficiência, de acordo com a Lei Estadual nº10.819, de 13/01/2010 e Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência nº13.146, de 06/07/2015, Artigos 9 e 18. Em relação à **Política de Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade**, a meta 32 propõe realizar atendimento à saúde para 100% dos ingressantes no Presídio Central e na Penitenciária Madre Pelletier. O relatório informa que no PCPA a proporção de ingressantes atendidos foi de 61,9%, distante portanto da meta, influenciado pelo grande número de ingressos no primeiro quadrimestre, que suplantou a capacidade das equipes. Já no Presídio Feminino, a cobertura atingida foi de 96,8%. Sobre **Política de Saúde da População em Situação de Rua**, o relatório descreve diversas ações desenvolvidas de forma intersetorial. No âmbito da SMS destaca-se o conjunto de ações relacionadas ao reordenamento do CR Centro, implantação do Fórum RAPS na GD NHNI e ações dirigidas aos usuários adolescentes dos Abrigos Residenciais.

14. Sobre o **Financiamento do SUS**, a análise da SETEC considerou a legislação vigente, em especial a EC- 29 e a Lei 141/2012, 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 o Relatório apresenta dados e análises qualificadas, que permitem identificar os principais problemas de financiamento para o SUS municipal. Em relação à meta 53, que pretende monitorar a utilização de 20% dos recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), a mesma foi alcançada pelo sexto ano seguido, fechando 2016 com um índice de 20,5% de recursos municipais aplicados em ASPS. Sobre a meta 54, que propõe monitorar e acompanhar a aplicação de recursos do Fundo Municipal de Saúde conforme LC 141/2012, a mesma foi cumprida plenamente. Já em relação à meta 55, que propõe adequar o Fundo Municipal de Saúde à legislação vigente, nada foi efetivamente realizado. Essa é uma situação que novamente precisa ser destacada, enquanto um problema importante no que tange à gestão dos recursos financeiros do SUS municipal. A Tabela 331 descreve ingresso e despesa por fonte, onde se verifica que, pela primeira vez, no comparativo com o ano anterior, a única fonte de receita que aportou mais recursos foi a municipal (7,65%). A fonte federal teve variação negativa de - 6,81%, o que correspondeu em valores absolutos a menos R\$49.098.434,00 do que o transferido em 2015. Esse dado significa efetivamente uma sobrecarga do município, que acaba por ter que suportar as despesas, em especial as da folha de pessoal, dos contratos e convênios firmados, restando pouca margem para cumprir o planejamento em saúde. Essa situação, de subfinanciamento por parte dos gestores federal e estadual, está nas justificativas apresentadas para as dificuldades de cumprimento de diversas metas, bem como as dificuldades sentidas pela população no acesso aos serviços e aos insumos terapêuticos em saúde. Pela primeira vez, o RAG apresenta um quadro com o descritivo de recursos oriundos de Emendas Parlamentares Federais, as quais, a partir do Orçamento Impositivo, deverão ser executadas pelo Orçamento da União. Serão R\$1.348.200,00, dos quais R\$600.000,00 estão destinados à Santa Casa de Misericórdia. Os demais recursos destinam-se à aquisição de equipamentos e material permanente para Unidades de Saúde e para o CSVC. É informado ainda que em 2016 já foram executados R\$420.100,00 de um total de R\$ 700.00,00 de Emenda Parlamentar para aquisição de aparelhos de ar-condicionado. Outra informação nova no RAG é o demonstrativo financeiro do IMESF. Sobre esse demonstrativo, a COFIN/CMS teve esclarecimentos da direção do IMESF, que demonstraram que o não cumprimento, por parte da SMS, dos valores previstos no contrato, na



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



verdade é aparente, na medida em que os repasses ao órgão são feitos na medida do cumprimento das metas, as quais, por sua vez, não são de autonomia e governabilidade do Instituto. Além disso, verifica-se que a pretendida expansão prevista para 2016 efetivamente não foi autorizada pela PMPA, resultando num repasse de recursos a menor do que previsto.

15. No capítulo sobre **Controle Social**, a meta 61 pretende constituir as instâncias descentralizadas do CMS/POA em 60% dos serviços de saúde. O índice alcançado, de acordo com os critérios que foram definidores deste indicador, foi de 54,75%, portanto bastante próximo ao pretendido. Isso representa 97 conselhos constituídos.
16. **Conclusão:** O Relatório Anual de 2016 segue o Roteiro acordado, apresenta as metas da PAS 2016, que serviram de base para a análise da SETEC a respeito do desempenho anual da gestão. Em relação à avaliação do cumprimento das metas, a SMS utilizou a mesma metodologia já adotada em 2015, que é a estratificação sobre o nível de cumprimento de metas do PLANEJASUS, o que foi acolhido pela SETEC para a análise do cumprimento das metas. Entretanto, cabe destacar que algumas metas não puderam ser adequadamente medidas, por problemas de sistemas de informação, como é o caso do Aleitamento Materno, por exemplo. Outras, possuem indicadores mal definidos, que são de difícil aferição, e sobre os quais não se considerou o informado como efetivamente atingido. Desta forma, houve discordância de avaliação em relação à apresentada pela SMS nas páginas 23 a 27. Na avaliação da SETEC, das 62 metas estabelecidas, a meta 19 não foi mensurada, as metas 36 e 50 foram mensuradas de forma equivocada, sendo atingido um percentual superior ao informado. Desta forma, puderam ser classificadas 59 das 62 metas, proporção igual à realizada em 2015. Em relação às 59 metas classificáveis, 5 ficaram no primeiro nível de cumprimento, correspondendo a 8,5%. 10 atingiram o terceiro nível, correspondendo a 17% e 44 atingiram o quarto nível, correspondendo a 74,5%. Este resultado indica que o desempenho do terceiro ano de execução do PMS 2014-2017 atingiu um grau bem mais satisfatório de realização, mas que há necessidade de serem revisadas as metas e os indicadores propostos para o cumprimento das prioridades estabelecidas no referido Plano, bem como aprimorar o método de aferição das metas. No âmbito da gestão em saúde, destaca-se positivamente: os processos instituídos de acompanhamento e monitoramento dos contratos com os prestadores públicos e privados; o processo bastante consistente de informatização da saúde, mesmo considerando-se as dificuldades com alguns sistemas; a execução do cumprimento, por parte do município, do percentual proposto no PMS, e que é superior aos 15% mínimos previstos na legislação do SUS; melhoria na gestão dos recursos do FMS, com maior transparência nas informações; bons resultados no campo da regulação dos serviços, repercutindo positivamente no acesso e redução do tempo de espera da população usuária; a expansão da rede de controle social, que tem tido a adesão importante das Gerências Distritais de Saúde. No âmbito da atenção e da vigilância à saúde, destaca-se positivamente: as ações de investigação e controle realizadas pela Vigilância em Saúde, em todos os seus âmbitos, que tem permitido um efetivo controle das doenças e agravos transmissíveis, bem como os sensíveis à Vigilância Sanitária; ações relacionadas ao PSE se mostraram ampliadas, atingindo e superando metas; as reduções importantes na mortalidade e incidência de HIV e AIDS; os bons indicadores da Rede Cegonha, que repercutem em toda a Linha de Cuidado Mãe-bebê e buscam humanizar o parto e puerpério, bem como a ampliação de cobertura do pré-natal e do acompanhamento do recém-nascido; as metas atingidas na área da Saúde Bucal, tanto na Atenção Básica como Especializada; ações transversais relativas à saúde da população negra, das PcDs, povos indígenas, privados de liberdade e população em situação de rua, com estruturação dos Planos de Ação; bom desempenho nos indicadores e na produtividade dos PA e SAMU; Implementação do Plano de Ação da Assistência Farmacêutica, que já teve impacto positivo sobre a organização, controle e informação sobre essa política na cidade; manutenção das ações relacionadas à política de saúde para a população idosa. Em contrapartida, como aspectos negativos, salienta-se no âmbito da gestão: não foi dada a prioridade prometida para o dimensionamento de pessoal na SMS, situação que ainda se arrasta em busca de parâmetros e indicadores; também se mantém a situação insuficiente em relação ao acompanhamento funcional, bem como dos processos de educação permanente dos trabalhadores; não ocorreu a prometida instalação da Mesa Municipal de Negociação do Trabalho no SUS; o desempenho da SMS na execução da planilha de obras prevista para o ano foi aquém do pactuado, comprometendo de forma importante o planejamento, tanto no que concerne à expansão da rede de APS, como a qualificação de estruturas que necessitam de reformas que garantam as condições mínimas adequadas para o trabalho em saúde, embora se identifique o esforço das equipes envolvidas na elaboração dos projetos e na manutenção predial; persistem as indefinições em relação ao papel e modelo assistencial dos Centros de Especialidades, situação que redundam em problemas de gestão, com altas taxas de bloqueios das agendas médicas; os Hospitais próprios ainda não formalizaram seus contratos de metas. No âmbito da Atenção e Vigilância à



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



Saúde, destaca-se negativamente: a insuficiência nas ações desenvolvidas para o controle da tuberculose; a insuficiente cobertura de exames de mamografia, estratégia essencial no controle e prevenção do câncer de mama. Em relação aos aspectos financeiros, se evidencia que o Fundo Municipal continua não operando conforme determina a legislação vigente, na medida em que não são transferidos os recursos da fonte municipal.

II - DECISÃO DA SECRETARIA

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

HELOISA HELENA ROUSSELET DE ALENCAR

Coordenadora da Secretaria Técnica