

## 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:** 25/04 – 20/06 – 27/06 – 04/07

**ASSUNTO:** Relatório de Gestão 2017

**ENTIDADE:** Secretaria Municipal de Saúde

**PARECER Nº:**

**19/18**

**APRESENTAÇÃO:**

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

**AVALIAÇÃO:**

Reprovado – Reunião Plenário 05/07/18

#### I – RELATÓRIO

Trata-se da análise do Relatório Anual de Gestão de 2017, que foi solicitado pelo CMS através de ofício em processo SEI nº18.0.000030218-6 visto que não foi entregue ao CMS como previsto na legislação vigente. 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 da representante da SMS na SETEC, bem como de subsídios de algumas comissões temáticas que analisaram o Relatório. O formato do Relatório contemplou o que foi acordado na SETEC e o Parecer a seguir não enfatizará os aspectos descritivos do Relatório e sim a análise e apontamento dos aspectos relevantes, que mereçam destaque. Assim, a análise dos documentos apresentados permitiu as seguintes considerações

1. Na apresentação é informada a população estimada de Porto Alegre para o ano de 2106, (1.481.019), no entanto a estimativa para o ano de 2107 de acordo com o IBGE é de (1.584.941), como já apontado na análise do segundo quadrimestre de 2017.

2. No item **organização e funcionamento da secretaria**, estão destacadas: a revisão da estrutura organizacional da SMS, alterações nos regimentos relativos a insalubridade e afastamentos para estudo e cedência de servidores, a retomada do dimensionamento de pessoal nos hospitais, a ampliação do horário de atendimento de duas unidades de saúde da atenção primária e a abertura de clínica da família no bairro Restinga que estão descritas como estratégias de otimização da força de trabalho e melhoria dos resultados em saúde, salientando que as mudanças qualificadas como positivas ocorreram em um período de contenção financeira para o SUS nas três esferas de gestão que de outra sorte permitiu o aproveitamento máximo do uso do recurso das emendas parlamentares, habilitando serviços existentes, repondo insumos, medicamentos e equipamentos especialmente nas unidades da atenção primária. Na atenção hospitalar e especializada está destacada a contratualização com os prestadores que foi revisada e atualizada e em muitos efetivada pela primeira vez, aqui destaca-se o protagonismo do CMS que a partir de seu trabalho de fiscalização ensejou a instalação de inspeção especial (GT Laboratórios) onde foram apontadas situações irregulares que foram corrigidas pelo gestor público, foram regularizados os instrumentos contratuais, resta avaliação da efetividade do monitoramento



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



dos contratos com relação às necessidades da população. (Processo nº1519-0200/15-2, auditoria nº 1.391/2014).

3. No item **Legislação e normas** está descrito um link que dá acesso ao site da SMS onde estão dispostos os relatórios quadrimestrais de gestão com a atualização da legislação. Na análise do 2º quadrimestre, destaca-se a PT SAS/MSNº878/2017 que habilita como prestador para Transplante de Medula Óssea – Alogênico não aparentado o Hospital Moinhos de Vento, que não é contratualizado e atua no SUS somente através do PROADI.

4. No item **Participação em instâncias colegiadas** é descrita a participação de integrantes do quadro técnico e político da SMS nas instâncias de pactuação gestão do SUS

5. No capítulo sobre **Programação Anual de Saúde – PAS 2017**, 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. **Gestão na Saúde:** a meta 51 que pretende realizar o dimensionamento de pessoal em 100% dos serviços hospitalares, vigilância em saúde, áreas de gestão e de apoio técnico administrativo está descrita como cumprida parcialmente, embora não esteja quantificada, sendo que no quadro de metas está descrita como não realizada. Destaque para a recomendação de construir diagnóstico de recursos humanos que aponte o quantitativo de servidores necessários para atender as necessidades em saúde da população consta no documento recomendações ao prefeito do ano de 2012. A meta 52 que pretende implantar a mesa municipal de negociação permanente no SUS, está descrita como não realizada, justificada pela dependência de definições com a gestão central da PMPA. A tabela 1 descreve o número de servidores efetivos por nível de cargo, onde se observa um decréscimo no número de servidores nos três níveis descritos, superior, médio e elementar, apresentando queda de -6,62, -9,97 e -13,14 respectivamente, no comparativo com o ano anterior. A tabela 2 descreve quadro dos trabalhadores com cargos em comissão, que permanece inalterado com 30 cargos, nos contratos temporários houve aumento de 29 trabalhadores, equivalente a 170,59%, já o quantitativo de trabalhadores terceirizados, apresentou redução de 74 postos equivalente a -8,89%. Nas tabelas 3 e 4 estão os demonstrativos de trabalhadores da SMS por esfera de gestão e por movimentação de pessoal, onde se observa a redução dos trabalhadores nas três esferas no comparativo com o ano de 2016, com menos 472 trabalhadores, sendo que o afastamento total de servidores foi de 539 e no ano de 2016 foram 145, variação de 371,72%, destes, 429 servidores saíram por aposentadoria, representando 79,59% dos afastamentos. Relativo aos ingressos também houve decréscimo no comparativo com o ano anterior, em 2017 foram 67 ingressos/nomeações e em 2016 foram 137 ingressos/nomeações. A tabela 5 estabelece o comparativo dos afastamentos temporários dos servidores, apresentando o total de servidores e o total em dias de afastamento com os respectivos motivos. No ano de 2017 houve aumento do número de servidores que se afastaram (3.246), sendo que em 2016 foram (2.775), no entanto aumentou o número de servidores em licença aguardando aposentadoria (679 em 2017 e 261 em 2016). Os cargos mais afetados com as LTS foram os auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos especialista e clínico geral, psicólogo e motorista, as áreas mais afetadas foram HPS, HMIPV, CGAB e CGSMU, as causas dos afastamentos não estão descritas, embora já tenha sido

recomendado no relatório que sua identificação poderia ensejar que a SMS realizasse trabalho preventivo junto a seus servidores. Neste aspecto cabe destacar que na análise do RAG 2106 foi apontada a necessidade da urgência da Secretaria Municipal de Saúde constituir um modelo de acompanhamento funcional próprio e não centralizado na SMA como está constituído até hoje, assim como foram elencadas as patologias que causaram os afastamentos, quais sejam: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, seguido por transtornos mentais e comportamentais, lesões e envenenamentos. IMESF na tabela 9 se observa aumento de 16 cargos de nível superior equivalendo a 4,43% e 11 cargos de nível médio, representando 2,52%, já no nível elementar houve decréscimo de -0,74%. A tabela 10 demonstra aumento dos contratos temporários (7=50%), empregados públicos (6=0,35%) e médicos do PMM e PROVAB (2=1,90%), mantendo-se os números de terceirizados (86) e cargos em comissão (3). A tabela 11 apresenta o comparativo do quantitativo de movimentação de profissionais ingressantes e afastamentos permanentes por GD, onde se observa uma redução no número total de ingressantes e aumento no número total de afastamentos. A tabela 12 apresenta o comparativo do número de trabalhadores afastados de modo definitivo, onde se observa que houve variação percentual de 98,52% (68-2016 e 135-2017), sendo que as demissões representaram percentual significativo 133,92%. A tabela 13 apresenta o número de afastamentos temporários onde se observa aumento no nº de servidores como o nº de dias, sendo que as licenças por acidente de trabalho tiveram redução de 37%

**7. Infraestrutura de Apoio:** O relatório descreve que a Coordenação de Apoio Técnico Administrativo vem trabalhando no sentido de manter a infraestrutura dos serviços otimizando recursos financeiros, controlando e fiscalizando contratos. Destaca-se a substituição de linhas analógicas pelo sistema voip, gerando uma economia de R\$ 200.745,25, também na telefonia móvel foram reduzidas 11 linhas, das 18 existentes em 2016. Com relação aos gastos com energia elétrica, houve economia de R\$ 8.917,26 no ano. Com relação a energia elétrica houve economia de R\$ 91.471,21 de economia na sede e R\$1.752.191,66 nos demais setores da secretaria municipal como: HPS, PALP, SAMU, CGVS e Gerências Distritais. O quadro 4 descreve uma economia total de R\$ 3.629.130,38. Meta 58: A meta 58 pretende cumprir 17% do percentual de obras previstas na pactuação do ano, de modo que estão descritas e foram priorizadas as obras que estavam com processos licitatórios encaminhados, sete, sendo que o total das obras priorizadas foram 38, de acordo com a pactuação da PAS de 2017. Nesta meta é importante salientar que as obras da US São Carlos, Farmácia Distrital Modelo, Farmácia Distrital Bom Jesus e reforma Pequena Casa, não estavam previstas na planilha de obras da PAS, contrariando a legislação vigente, mesmo que não tenham sido contabilizadas para aferição da meta e tendo sido apontada na análise do primeiro quadrimestre. No capítulo de informatização da saúde a meta 49 pretende adquirir 400 equipamentos de informática, está informado que houve a aquisição de 170 equipamentos com recursos de emendas parlamentares, atingindo a meta em 42,5% da meta. A meta 60 propõe desenvolver e implantar 8 sistemas de informações, e-SUS, SIHO (pronto atendimentos e hospitais próprios), GERINT, GERCON modulo APACH/ Exames/Retorno das consultas, Sistema de Gerenciamento de laboratórios (GERLAB), DIS, Sistema de Alvarás de Saúde e Sistema BI. O SIHO foi implantado o módulo ambulatorial no Pronto Atendimento Bom Jesus, no Pronto



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



Atendimento Lomba do Pinheiro e no PA Saúde Mental do IAPI, o DIS GMAT nas farmácias distritais, o GERINT na rede de atenção à saúde e na regulação do estado, contratou-se também com a PROCEMPA durante 10 meses a contratação de um DATA MART para os indicadores de notificação de agravos, questiona-se o valor do desenvolvimento do GERLAB, visto que foi informado seu pleno desenvolvimento pela PROCEMPA em 2016, também questionado na análise da assistência laboratorial.

**8. Rede de serviços, referências e produção.** Atenção Primária à Saúde. Atenção Especializada Ambulatorial. Entendemos que as metas número 2,3,4, 5,15, 17, 18, 19, 26, 27, 28 29, 30, 31,43,45,53, 56, 58, 62, abaixo correspondem as principais atribuições da APS, das quais colocamos ao lado a avaliação referente a realização da meta apresentada no RAG. Sendo que dessas 20 metas, somente 40% do total atingiu percentual de cumprimento entre 90 e 100%, que podemos considerar como desempenho ótimo ao que foi proposto. Cabe destacar que as metas 5, 44, 45 e 56 que constam como atingido 100% da meta pactuada, questionamos as fontes utilizadas para o cálculo do indicador e sua fidedignidade, em especial, relativo a atualização da base do CNES, verificamos numa amostra pesquisada, elevado grau de inconsistência, o que no nosso entendimento invalida o cumprimento apresentado da meta. As metas referentes ao Programa Saúde na Escola nº 3 e 4 alcançaram 100% de cumprimento em contraponto à meta 15 que alcançou 57,74%, que em nossa avaliação pactuaram metas subdimensionadas, refletem as dificuldades preocupantes da Atenção Primária em garantir ações em saúde, mesmo com um recorte no segmento infanto juvenil. As metas 19, 28, 29 e as metas referentes à saúde da criança no 1º ano de vida, refletem que a Puericultura, tem que ser fortalecida no sentido da integralidade do cuidado e na priorização do acompanhamento no 1º ano de vida, somada a não mensuração da taxa de aleitamento materno que pode indicar piora no cuidado dessas crianças. Também a diminuição das ações de puericultura avaliada no relatório de gestão 2016 reforça essa preocupação. Aponta-se o monitoramento incipiente do Programa PRÁ NENE nos últimos anos não sendo aportadas outras estratégias nesse sentido. Destacando a garantia da prioridade de acesso a 1ª consulta de acompanhamento do recém-nascido, mesmo com a proposição de uma meta subdimensionada ainda assim não atingimos plenamente. Paradoxalmente, consegue-se garantir percentual muito satisfatório com relação às consultas de pré-natal preconizadas, o que nos indica a necessidade de revisar os processos de trabalho na continuidade do cuidado. Merecem especial destaque as metas referentes as questões estruturantes de acesso, no nosso entendimento, relevantes para o fortalecimento da APS. A meta 26 de cobertura de saúde da família, a meta 27 - 1ª consulta odontológica programática, a meta 43 - percentual de cobertura da população para procedimentos periodontais e a meta 62 – referente a acolhimento nas unidades, mesmo sendo metas ainda pouco robustas, as mesmas foram atingidas somente de forma parcial. Cabe explicitar preocupação com as condições físicas das unidades de saúde, apontando que a meta 58 – referente à pactuação das obras – é incipiente para a melhoria, mesmo das demandas apontadas como emergenciais, sendo que não houve nenhuma construção de unidade de saúde no período e, conforme a resolução 09/2013, no que se refere ao enfrentamento dos “vazios assistenciais”, principalmente com recorte de equidade às ocupações nas regiões mais vulneráveis como os loteamentos e condomínios residenciais.

Em relação ao suprimento de pessoal na Atenção Primária apontamos que houve uma estagnação, tanto referente a estatutários, como às novas contratações do IMESF, para a Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, vem sendo descumprido o art. 13 §1 e §2, relativo ao dimensionamento de pessoal e a reposição dos trabalhadores estatutários. Em especial, chama atenção à comparação entre o número de trabalhadores ACS e ACE, comparando 2016 e 2017 com decréscimo de 775 para 766 e 121 para 117, respectivamente. O que pode impactar diretamente a condição de acesso e continuidade do cuidado das populações mais vulneráveis e no tratamento acompanhado dos principais agravos em saúde.

Questionamos os dados apresentados no cumprimento da meta 26 sobre cobertura da Estratégia de Saúde da Família, conforme relatório apresentado teria 92% da execução da meta atingindo um percentual de 55,25% de cobertura. Chama atenção os dados associados quanto a estagnação do percentual de trabalhadores na APS, bem como a não criação de novas US, ao contrário, houve o fechamento da US Morro dos Sargentos.

A cidade conta com 140 US, sendo que 112 com ESF e 28 não possuem nenhuma equipe de estratégia de saúde da família, o que corresponderia a 80% das US com saúde da família, mas questionamos esse percentual na medida em que 23 US contam com ESF vinculadas (modelo misto) sem ampliação de equipe e não cumprindo na maioria das vezes os parâmetros pactuados na resolução 09/2013, não caracterizando expansão da Saúde da família, mas sim um incremento de equipes consistidas. Ao analisar as equipes indicadas como ampliação do número de equipes consistidas de 228 em 2016 para 237 em dezembro de 2017 - referentes às equipes ESF Modelo III, ESF Modelo IV, ESF Modelo V, ESF Modelo VI, ESF Belém Velho II, ESF Assis Brasil I, ESF Assis Brasil II e ESF Calábria -, a partir do CNES e suas diferentes composições, fica explícito que não houve nenhuma ampliação, mas a utilização de grande parte dos trabalhadores da US, utilizando composição mínima das equipes de um ou no máximo dois ACS

por equipe e a maioria apresenta-se como equipe transitória com carga horária médica de 20 horas. Ainda apontamos o descumprimento da resolução 09/2013 que utiliza os parâmetros da PNAB/2011 e ainda que as discussões dessas “conversões”, não respeitaram o art.1º, 2º,3º,4º,5º, 6º e 7º. Ainda com relação à ampliação e fortalecimento dos componentes da AB no sentido da ampliação da integralidade destacando que a rede de APS da cidade ainda não possui alguns componentes como: academias de saúde e centros de convivência e cultura, além do baixíssimo investimento em NASF. Assim apontamos que não houve aumento do que já havia sido pactuado referente consultório na rua a partir da contrapartida do município para o Programa de Inserção Social, financiado pela SENAD. Referente ao NASF além de nenhum incremento, o que constatamos é que houve o fechamento de duas equipes já credenciadas nas regiões Lomba do Pinheiro e Sul Centro Sul, e a saída de trabalhadores sem a garantia da reposição nem das aposentadorias, houve um decréscimo da cobertura de 2016 para 2017 apresentando uma cobertura ínfima de 27% do total das equipes de saúde da família. O que indica uma fragilidade na diversidade dos componentes para o fortalecimento e qualificação da APS e gerando uma disparidade na composição da rede e das iniquidades. Ainda apontamos a meta 42 única meta referente à implantação de equipes, no caso de atenção domiciliar tipo II e III, que



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



atingiu somente 65% do pactuado, prejudicando assim a continuidade do atendimento domiciliar tipo I na APS e a equidade desses grupos prioritários, caracterizado principalmente por idosos e pessoas com deficiência.

**9. Rede de Atenção Psicossocial:** Saúde Mental: Para análise das ações e metas em saúde mental foi utilizado como referência o parecer da Comissão de Saúde Mental de 2016 com apontamentos sobre as metas 13 e 14 específicas de Saúde Mental, bem como o formato da apresentação da Rede de Atenção Psicossocial utilizado nos relatórios de gestão. Todos os apontamentos foram discutidos e consensualizados na Comissão de Saúde Mental, que destaca o distanciamento entre as prioridades que vem sendo apontadas a partir das Conferências de Saúde Mental e de Saúde, dos anos 2010, 2011 e 2015 respectivamente e as metas de saúde mental, que não correspondem às necessidades da cidade nem aos dados epidemiológicos. Apresentamos abaixo a análise realizada iniciando pelas metas, mas estendendo as sugestões alinhadas às diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial, reforçando que o entendimento de que a Política de Saúde Mental com base no modelo de Atenção Psicossocial, constitui porta de entrada do sistema e rede indispensável nas regiões de Saúde, conforme estabelecido no Decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8080/1990. Assim faz-se necessária à garantia desse lugar de coordenação da Rede de Atenção Psicossocial. Com relação à meta 21 do SISPACTO, só foi identificada posteriormente as reuniões. Assim a coordenação da Comissão fez a análise da mesma, a partir dos elementos que vem sendo discutidos ao longo dos últimos anos em relação ao Apoio Matricial em Saúde Mental. Meta 13- Ampliar em 15% o acesso de usuários aos Centros de Atenção Psicossocial- Nesta meta é importante salientar que havia sido pactuado com a gestão que essa meta só seria avaliada ao final do ano, também houve extensa discussão sobre a meta onde ficou pactuado a mudança do método de cálculo, que anteriormente considerava os acolhimentos como base de cálculo. Como o Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de porta aberta, entendemos ser redundante incluir uma meta sobre acolhimento. Interessa-nos avaliar se houve uma ampliação da vinculação de novos usuários ao serviço para atendimento. Conforme relatório de gestão apresentado à meta teria sido cumprido em 90,7%, sendo que foi apresentado um crescimento de 13,61% no acesso aos CAPS. Indicamos alguns problemas quanto a aferição dessa meta conforme tabela 295 sobre quantitativo de procedimentos de acolhimento inicial (via RASS) por tipo de CAPS, onde se identifica uma variação discrepante entre os diferentes CAPS por tipo, que variam desde o menor acesso no CAPSi Harmonia com uma média de 01 ingresso mês ao maior acesso de 67 ingressos no CAPS ADIII PLP, havendo uma discrepância comparando os diferentes CAPS. A análise apresentada sobre os dados da tabela coloca o sub-registro, sendo importante ressaltar que 05 dos 12 CAPS, tiveram seus registros zerados em 2016, o que prejudica a aferição. Sendo assim, mesmo havendo sido respeitada parte dos apontamentos foi consensual que a base de dados utilizada é bastante frágil e não fidedigna para aferição. Meta 14: - A meta que pretende laborar o Plano da Vigilância em Saúde Mental não foi atingida. Tendo sido questionado o fato da mesma ter sido vinculada a CGVS, sendo que essa demanda é oriunda da III Conferência de Saúde Mental de 2010 e foi incluída no PMS 2014/2017 a partir da discussão trazida pela GD LENO, que já havia iniciado em 2013 a discussão da prioridade da Saúde Mental no Grupo de Monitoramento.

Em 2016 havia sido retirada do PAS/2106, após o apontamento da Comissão de Saúde Mental, foi incluída novamente em 2017, mas não avançou na construção de um Plano de monitoramento em Saúde Mental. Reforçamos assim que a meta é de responsabilidade da coordenação de Saúde Mental e deve ser discutida nos Fóruns RAPS dos territórios e na Comissão de Saúde Mental, não reduzindo essa meta as notificações compulsórias de Saúde Mental, previstas (Portaria 204 MS/GM 17/02/2016) sobre as tentativas de suicídio e lesões autoprovocadas. Entendendo que devem constar informações sobre esses agravos no relatório de gestão, também por GD e com recorte de equidade. Indicamos a necessidade do estabelecimento de nota técnica e fluxo referente a essas notificações nos componentes de emergência hospitalar, SAMU, Pronto Atendimento, UPAS e plantões de emergência em saúde mental, sendo conclusão do próprio relatório na p.275 que existe uma subnotificação desses casos nesses pontos de atenção. Referente ao formato do relatório houve um avanço no sentido de unificar um bloco de Rede de Atenção Psicossocial, mas ele ainda aparece fragmentado. Dessa forma, apontamos no parecer de 2016 sobre o Relatório de gestão, a necessidade que as análises sejam de todos os componentes da RAPS por Gerência Distrital. Também ratificamos a necessidade de que sejam apresentados na RAPS os dados das internações por Instituição e em separado por faixa etária, garantindo o segmento infante juvenil, também com recorte de equidade. Os dados da tabela 162 sobre as internações por grupos tabela 162, demonstra o volume de investimentos no componente hospitalar, demonstrando que as internações em saúde mental num total de 8012 solicitações, num total de 6398 internações realizadas no ano, ficando em 2º lugar só perdendo para as internações da clínica médica, com 12361 solicitações e 8471 internações realizadas. Identificamos ainda que se faz necessário, discriminar as internações contratualizadas por tipo atenção integral ou psiquiátrica, bem como separar os dados das internações em Hospitais Psiquiátricos. E ainda discriminar as internações realizadas em saúde mental via compra de leitos. Desde 2016 pactuamos a priorização do fortalecimento da RAPS para o seguimento infante juvenil, em especial, na revisão do atendimento à crise. Implantou-se um fluxo de monitoramento via FORMSUS para monitoramento dos casos. Solicitamos que estes dados sejam apresentados do período de 2017, a fim de avaliar o cumprimento do teto de 24 horas de permanência de crianças e adolescentes nos Plantões de emergência em Saúde Mental, para isso necessitamos da média de permanência desse segmento nesses serviços. Solicitamos esclarecer referente a tabela 93 porque a fonte é Hospital Mãe de Deus, sendo que se refere aos atendimentos no PESH Cruzeiro, também se questiona a nomenclatura utiliza quanto as tabelas que aparecem como Pronto Atendimento em Saúde, quando correspondem aos Plantões de Emergência em Saúde Mental. No SISPACTO só existe uma meta referente à Saúde Mental, abaixo discriminada. 21- Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. Meta 1.800 e realizado 2.893: Indicamos que essa meta não pode ser aferida, sendo que não houve pactuação sobre o método de cálculo. Destacamos ainda que a base de cálculo deveria ser a mesma pactuada em todos os componentes da RAPS que realizam ações de matriciamento. O que não fica claro qual o método de cálculo, também apontamos que não existe na Secretaria Municipal de Saúde nenhuma nota técnica, portaria ou fluxo, definindo as diretrizes para as equipes de referência pelo matriciamento das Unidades de Atenção Básica, segundo a PNAB/2011 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são os componentes que utilizam como metodologia principal o matriciamento das equipes nas



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



áreas temáticas, sendo uma delas a Saúde Mental. Ocorre que pela ausência de diretriz da SMS, os diferentes Distritos organizam-se de maneira diversa e também possuem componentes da RAPS de forma díspar. Ainda importante destacar que pela existência das equipes de saúde mental (ESMA) e equipes especializadas de crianças e adolescentes (EESCA) no geral essas equipes é que realizam ações de matriciamento por estarem vinculadas aos territórios, ao contrário da maioria dos Centros de Atenção Psicossocial que não estão adequados a divisão georeferenciada das Gerências Distritais, dificultando assim sua referência territorial. Podemos observar que também referente às ações de matriciamento realizadas nas ESMA's e EESCA's, verifica-se que algumas equipes aparecem zeradas e nas demais uma discrepância entre equipes do mesmo tipo sem nenhuma justificativa, por exemplo, conforme tabela 297 e 298, respectivamente a menor produção em ESMA 209 e 1244 e entre EESCA 229 e 824. Nesse sentido, apontamos a necessidade de pactuação das diretrizes e competências sobre o apoio matricial nos diferentes componentes da RAPS, bem como o alinhamento teórico-conceitual sobre as atribuições de cada equipe e os tipos de ações de matriciamento. Foi feita a indicação de inclusão de uma ação no PAS 2018 para essa temática. Mas em relação ao SISPACTO que continua a ser avaliado em 2018, a meta sobre ações de matriciamento dos CAPS com AB, é urgente a definição desse parâmetro.

**10. Assistência Laboratorial.** A tabela 155 descreve um acréscimo na produção de exames de laboratório próprios do Município, totalizando 743 168 exames no ano de 2017, sendo que no ano de 2016 foi de 726 632, com aumento de 2%. Esta ampliação de exames realizados é resultado da alteração na logística de transporte de amostras e também da reorganização das cotas de USs com Referenciamento de mais unidades para o Laboratório Central. Está sendo estudado um modelo organizacional que compreenda a estruturação de postos de coleta na US. Mas isto vai depender muito da estrutura física adequada, que muitos postos não possuem e também de recursos humanos capacitados para esta coleta de exames e de um sistema de transporte adequado para assim poder aumentar a produção dos laboratórios próprios. Atualmente existem 12 laboratórios (tabela 157, pg.236) contratados para a realização de exames laboratoriais requisitados pela atenção básica e especialidades, com um quantitativo do chamado “teto contratado físico” 267.046 no valor de R\$ 1 388.635,79, não especificando quais exames foram realizados, quantos pacientes atendidos por mês, quantas cotas para cada laboratório. Pelos dados da tabela houve um acréscimo em 2017 de exames realizados pelos laboratórios privados e conseqüentemente o valor investido em relação a 2016, não havendo uma explicação direta sobre o aumento da demanda. A média mensal contratada em 2017 resultou em torno de 207mil, quantidade esta que ainda é significativamente menor que todo o teto físico contratualizados, que é de 267mil exames de análises clínicas mensais. A SMS não possui uma logística para referenciar os laboratórios contratados por GD, nem ferramentas de gestão adequados para medição do absentéismo dos usuários, não possuindo rastreabilidade dos usuários para mensuração dos dados das consultas médicas e exames relacionados. Não houve progresso no desenvolvimento do sistema GERLAB, por motivo de contrato com a PROCEMPA. Havendo a possibilidade de licitação para um novo sistema de gestão laboratorial até a metade de 2018, a fim de resolver as limitações e viabilizar o laudo via internet. Neste caso é necessário informar ao CMS os motivos que geraram a interrupção do

processo que construiu o GERLAB, que estava pronto e que substituiria o MADYA, segundo informações do gabinete da secretária- adjunta no final do ano de 2016, cabendo ainda indagar sobre os custos com a PROCEMPA, referentes a esse processo, considerando que as supostas irregularidades apontadas pelo GT dos Laboratórios, confirmadas e ampliadas pelo corpo técnico do TCE, geraram um prejuízo de cerca de R\$43.000.000,00 aos cofres públicos e até o momento não restaram esclarecidas, nem mesmo o andamento da sindicância instaurada pelo gabinete do secretário para investigar possíveis envolvimento de agentes públicos foi informado ao CMS. De outra sorte também não houve avanço com relação aos encaminhamentos indicados pelo GT e deliberados pelo plenário do CMS.

**11. Atenção em Urgências:** o relatório descreve que 2017 foi marcado pelo acompanhamento dos hospitais, com base na portaria 3.410/2013, com regularidade nas reuniões do Núcleo de Acompanhamento e Qualidade Hospitalar, integrando os hospitais ao GERINT, Dashboard das Emergências, Maternidades e Vaga Zero, melhorando os ajustes de metas e indicadores nos contratos. Destaque para a redução do tempo médio de permanência em leito clínico, que foi de 9,24%, correspondendo a uma redução de 3,76% no comparativo com 2016, de acordo com os perfis de internação. O relatório destaca a criação do hospital Santa Ana, para dar conta de pacientes com necessidade de internações prolongadas, por insuficiência familiar ou poucas condições de autocuidado, perfil destes pacientes tem baixa demanda de complexidade e alta demanda de cuidados multiprofissionais. O relatório destaca o esforço na gestão de processos que levou à compra de 11 veículos novos para o atendimento pré-hospitalar e o alinhamento dos Prontos Atendimentos às normas ministeriais através de visita de equipes do MS. Destaca-se que o PACS aguarda por adequações do projeto da obra e tem recurso de convênio de 12.000.000,00 desde 2007, em 2017 foram solicitadas por diversas vezes atualizações deste projeto, porém não houve retorno ao CMS no período. Embora a gestão indique este esforço, não houve avanço nesse sentido nos projetos de habilitação nos PAs da Bom Jesus e da Lomba do Pinheiro. A meta 39 pretende manter o tempo de espera para atendimento médico dos usuários classificados verdes nos PAs para até 3 horas, a tabela 85 apresenta tempo médio reduzido em todos os PAs. O menor tempo é do PACS com 1 h e 33 min e o maior tempo é da Moacyr Scliar com 2 h e 33 min, com melhora do tempo médio em 16,34%. As desistências nas unidades de Pronto Atendimento estão demonstradas na tabela 87, onde se pode observar variação negativa de 2,15%. A meta 46 pretende manter o tempo de espera por transporte dos pacientes atendidos nos Pronto Atendimentos, com indicação de internação nos hospitais da rede para 3 horas. A tabela 93 apresenta os dados relativos ao perfil dos atendimentos realizados no Plantão de Emergência em Saúde Mental, o enunciado da tabela está escrito como pronto atendimento em saúde mental, esta nomenclatura está equivocada, os dados também não podem estar corretos, pois há uma disparidade no número de atendimentos do ano de 2017 em relação aos realizados em 2016, a fonte citada é o hospital Mãe de Deus, o que não é aceitável, visto que o SIHO foi implantado no PACS desde 2016, inclusive descrito neste relatório no capítulo da informatização, o que permite apresentar o dado consolidado e fidedigno. Não constam os dados da UPA Restinga. SAMU: A meta que pretende manter as regulações necessárias e sem meios do Serviço de atendimento móvel de urgência do APH primário abaixo de 2%, atingiu percentual de 0,95 em 2017, cabe destacar que a meta de manter o indicador abaixo

de 2% é inferior ao que é considerável aceitável pelo MS (5%). A tabela 96 descreve a distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo causa e comparativos, onde se observa que o número de casos clínicos (-5,345%), de trauma (-7,49%) e de transporte (-2,0%) diminuíram, por outro lado os casos obstétricos (7,6%), psiquiátricos (4,45%) e orientações (9,59%) aumentaram. A tabela 97 apresenta o perfil das ligações ao SAMU, onde se observa que o número de ligações/trote teve variação de -18,98%, o que é positivo.

**12. Serviços de Atenção Hospitalar:** Hospital Materno Infantil Presidente Vargas: a tabela 98 descreve a capacidade instalada do hospital em relação a ocupação de leitos, onde se observa variação negativa de 0,8% no comparativo com 2016, sendo que o bloqueio de dois leitos está justificado pela falta de recursos humanos. A tabela 99 descreve a procedência de atendimentos na emergência pediátrica, sendo que houve redução do atendimento no comparativo com 2106 (-29,5%) nos pacientes procedentes de Porto Alegre e (-21,1%) de outros municípios, com redução significativa do total de atendimentos (-27,9%), justificado por não ter havido a implementação do número de leitos planejados na operação inverno. Também na emergência obstétrica houve redução de atendimentos (-18%) sendo (15,9%) procedentes da capital e 23,7% de outros municípios, está informado no relatório que a redução se deu pela ocorrência de germe multirresistente que ocasionou a interdição a enfermarias e bloqueio de leitos, porém nesse período foi providenciada reforma no Centro Obstétrico, que já estava planejada de modo a adequar às normas da vigilância sanitária. As tabelas 101 e 102 dispõem os dados da classificação de usuários por profissional e por risco, sendo que se observa redução significativa na classificação realizada por enfermeiras -73,6%, justificada pelas aposentadorias de enfermeiras obstétricas sem reposição. Relativo aos desfechos clínicos na emergência pediátrica houve variação negativa -30%, sendo que as internações agudizadas tiveram variação discreta de 0,4%, avaliado por provável aumento de chegada de pacientes mais graves. Nas transferências para outro hospital se observa variação de -92%. Os desfechos no atendimento da emergência obstétrica por alta tiveram variação de -26,8%, por internações agudas e agudizadas 7,3% e por transferência após internação -77,8%, estes dados estão justificados pelas restrições já mencionadas. A taxa de ocupação de leitos pediátricos teve aumento de 33% e a de leitos obstétricos 10% em 2017, justificados pelo número de leitos na operação inverno ter sido menor, tendo levado à superlotação da emergência. A tabela 106, demonstra o percentual de atendimentos ambulatoriais, onde se observa que embora o número de atendimentos de pacientes procedentes do interior represente 35% do total, ocorreu variação de 15%, proporcionalmente maior que nos atendimentos de pacientes de Porto Alegre com 3,1%, sendo que houve aumento de 7% no total de atendimentos ambulatoriais do HMIPV. A tabela 107 apresenta a produção geral do hospital, com variação de 3,7%, destaque para a redução de exames radiológicos -13,4%, justificados pela precariedade e inoperância dos aparelhos de RX desde 2016, outros exames de imagem -76,5, por outro lado se observa que mesmo com todos os problemas de germe multirresistente, houve aumento na obstetrícia, alojamento conjunto, centro obstétrico e patologia da gestação, o que é positivo, também houve aumento total nas cirurgias de 6,7%. O aumento expressivo de procedimentos de eletroconvulsoterapia, 99, com variação de 4850%, na tabela 107 deverá ser revisto, considerando que na tabela 122 constam dados de apenas 09 pacientes. A taxa

de ocupação hospitalar se manteve alta, mesmo nos casos em que havia poucos leitos ativos como a UTI NÉO justificada pela permanência de pacientes de maior gravidade, na internação psiquiátrica o tempo médio aumentado está justificado pelas situações sociais complexas que as elevam. Houve aumento na taxa de mortalidade variação de 37,5%. Relativo aos serviços especializados destaca-se o centro de referência em assistência infanto juvenil CRAI, com variação de 28% doas acolhimentos de Porto Alegre, sendo que o maior número de acolhimentos é de pacientes do interior, representando 57% do total de atendimentos no ano. Esse dado é preocupante na medida em que refletem o cuidado às crianças e adolescentes refletidos nas políticas públicas e na sociedade em geral. Destaca-se também a cobertura de triagem auditiva neonatal e nascimentos de 97%. A tabela 125 descreve os indicadores da rede cegonha com a maior parte dos indicadores pactuados atingidos, no entanto o nº de dias Centro Obstétrico (CO) fechado, que está descrito 24 dias por superlotação, germe multirresistente e invasão de insetos, seguido pelo percentual de pele a pele e AM 1ª hora de vida, que estão justificados pela dependência de mães/bebês com patologias. O percentual de teste do pezinho até o quinto dia também está abaixo do pactuado >95, foi de 88,2, justificados pelos problemas ocorridos nas internações obstétricas já mencionados no relatório. Importante destacar a necessidade de investimentos em recursos humanos, especialmente no que diz respeito a substituição das aposentadorias, assim como na manutenção e substituição de equipamentos danificados e por vezes obsoletos, a fim de proporcionar ações em saúde de maior qualidade e de acordo com a função desse serviço, e pela riqueza dos dados apresentados merece análise própria e específica a ser realizada pelo CMS. Hospital de Pronto Socorro: a tabela 131 apresenta os dados relativos à procedência dos atendimentos de emergência, onde se observa que 74,40% são oriundos da capital e 22,60% de outros municípios, tendo havido redução no nº total de atendimentos de -3,29%. O relatório informa que em 2017 houve redução de leitos, 2 leitos na enfermaria do segundo andar e dois nas UTIs de trauma, justificado pelo deficit de recursos humanos por licenças, aposentadorias. Foi ainda fechado mais um leito na enfermaria do terceiro andar e posteriormente foi reformada uma área para receber pacientes encaminhados pela SUSEPE, o que acarretou a criação de dois leitos. A tabela 132 demonstra o número de pacientes por classificação de risco, onde se observa a redução do número total de atendimentos, embora tenha havido aumento no número de pacientes classificados vermelhos com variação de 141,12%. O número total de internações diminuiu em -1,85%, também diminuíram as internações em UTI queimados -32,18% e o nº de cirurgias realizadas -13,22%, assim como o nº de internações na enfermaria 2º pavimento -62,62% De outro modo aumentaram as internações em UTI pediátrica em 13,85% , UTI adulto 7,32 e enfermaria 3º pavimento 135,43%, as reduções foram justificadas pelo fechamento de 11 leitos em julho e 10 em setembro e outubro, no entanto em contrapartida houve o aumento de internações na enfermaria do terceiro andar que está justificado pela melhoria da gestão clínica, da implantação de instrumentos como NIR e chefia de Plantão, já a redução das cirurgias foi justificada pela falta de recursos humanos especialmente de técnicos de enfermagem. Destaque para o início do processo para credenciar o HPS como hospital-escola junto ao MS.

**13. Assistência Farmacêutica:** A Comissão de Assistência Farmacêutica, observou os seguintes itens considerados mais importantes: Na meta 45 Sistema DIS – implementação

foi finalizada em 10% das Farmácias Distritais. O Sistema DIS ganhou nova versão, com telas mais rápidas e mais informação, integrado ao Cadweb do MS. A COORAF elaborou o fluxo de cadastramento e atendimento das Instituições que recebem usuários de curta e longa permanência, para retirada medicamentos nas FDs. A implantação da integração DIS /GMAT nas US ficou para o último semestre de forma gradativa, numa construção com a Coordenação da atenção primária em saúde. A COORAF assumiu no final do 2º quadrimestre a gestão dos medicamentos no Almoarifado Central, sendo realizado análise situacional, reorganização do mobiliário e do espaço físico e algumas mudanças de fluxo de trabalho, liberação de veículos exclusivos para o transporte de medicamentos. Insumos da Diabetes um novo pregão eletrônico (15/04/2017), trouxe mudança de marca do Glicosímetro e redução de preço de fitas reagentes, lancetas e seringas de insulina. Houve aumento do número de processos analisados em torno de 18.8%, diminuindo o número de pacientes excluídos, representando o controle das listas de comprovação de retiradas de insumos pelos pacientes, bem como de melhor adesão ao tratamento e uso de insumos. Número de retiradas pelos pacientes no ano de 2017 em comparação a 2016 foi em torno de 1,6%, houve um aumento de 510 pacientes atendidos com KIT de manutenção para o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) em domicílio para o controle da Diabetes Mellitus, destaca-se o aumento do número de pacientes nas gerências LENO (19,3%), PLP (15,8%) e RES (12%) e redução na gerência centro (10%). A elaboração de pareceres e respostas técnicas junto a Assessoria Jurídica da SMS para as solicitações judiciais de medicamentos, observou-se aumento do número de pareceres de 6;4% e de 12,8% no número de medicamentos solicitados, havendo aumento de 45.5% nos pareceres de medicamentos do elenco especializado do MS para patologias fora dos protocolos clínicos. Houve também um aumento de 17,4% nos pareceres de medicamentos sem padronização. Muitos dos medicamentos solicitados foram prescritos pelo nome comercial, com indicativo de determinado laboratório farmacêutico, indo contra princípios do SUS. A Comissão de Cadastro de Marcas (CCMED) passou a ser chamada de Comissão de Avaliação de Medicamentos em Licitações (COMEL) que realizará a habilitação técnica, avaliação técnica das solicitações de troca de marca de medicamentos, prorrogação de prazo de entrega, cancelamento de contrato, atuará também na farmacovigilância e na avaliação permanente de fornecedores. Com relação a distribuição de medicamentos, neste ano de 2017 houve algumas dificuldades para manter o tempo de ressuprimentos adequados às US, especificamente no mês de maio, com problemas de transporte e recursos humanos. Relativo à dispensação e entrega de medicamentos: houve aumento do número de receitas atendidas nos serviços de farmácias, sendo de 5,5% nas FD e um aumento global do número de receitas atendidas de 2,5%. No que diz respeito a relação de unidades de medicamentos distribuídos, em média houve um aumento de 8,1% nesse indicador. Observou-se um aumento de 5,6% no número de receitas atendidas pelas FDs, sendo para receitas de controlados de 1,5% e 7,6% para os medicamentos básicos. Observou-se um aumento de 11,9% na média de receitas atendidas por hora pelas FDs e redução de 5,3% no tempo médio de atendimento da cada receita, sendo 5 minutos por receita. A capacidade de atendimento de receitas nos PA reduziu na comparação ao ano anterior (2016), destaca-se pela farmácia PA Bom Jesus na ordem de 36,7%, diretamente proporcional a redução do número de plantões. Em 2016 teve 83 plantões com número de receitas de 7441 e em 2017 com 58 plantões e número de receitas de 4711.

**14. PICS (práticas integrativas complementares em saúde)** Na tabela foi realizado um recorte para avaliar as especialidades de PICs no Gercon na rede de atenção especializada. Descreve alto número de bloqueios na homeopatia na UBS Murialdo: problemas relacionados com a profissional que realiza os atendimentos. Será que foi verificado o porquê destes bloqueios? Doença da profissional? Férias? Qual impedimento? Daí a gestão sugere que estas consultas sejam repassadas para outras especialidades (No RAG 2017 foi recomendado rever esta agenda para uma agenda de maior demanda que pode ser dentro da atenção primária). Será que não seria interessante colocar uma pessoa encarregada (tipo Coordenação das Pics) e aprovação do plano /política das PICs no Município de Porto Alegre(única capital que ainda não tem ,sendo que a PNPIC nacional é desde 2006 e a PEPIC estadual é de 2013)Esta política /plano está escrito desde 2009, e vem sendo atualizado em 2013,2014 e 2016 e até agora nenhum Gestor/Secretário da Saúde tomou a iniciativa de assinar ou dar andamento .Se tivesse uma Coordenação efetiva, saberíamos quantos serviços trabalham com alguma modalidade de Pics, quantos profissionais estão atuando na área. Não existe este levantamento até a presente data. Questiona-se porque os profissionais acupunturistas, que realizaram o exame para preencher as vagas dos que se aposentaram ainda não foram chamados? Enquanto isso na UBS modelo tem lista de espera para atendimento para homeopatia e o profissional homeopata está com desvio de função, atendendo acolhimento e somente um dia como homeopata. Inclusive as primeiras consultas não estão sendo direcionadas para o Modelo (somente reconsultas) e as primeiras consultas, somente para o Conceição. A gestão destaca que existem em todas agendas livres tanto na homeopatia como na fitoterapia, indicando maior demanda. Não será problema no direcionamento no Gercon?

#### **Ações e Serviços em Vigilância em Saúde:**

**15. Agravos Transmissíveis:** Meta 8 - A meta que pretende reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça cor/cor/etnia/sexo/ p/70/100.000 habitantes foi atingida demonstrando a incidência de HIV em 56,5/100.000hab, no entanto a população negra permanece em desvantagem, visto que apresenta percentual de 34,35% dos casos do ano e continua merecendo atenção e prioridade dada a proporção da população negra, que constitui 20% da população da capital, considerando que grande parte desta encontra-se em situação de vulnerabilidade sócio-econômica e é usuária do Serviço Único de Saúde (SUS). Cabe aqui indagar se a descentralização do atendimento aos usuários para Rede de Atenção Primária à Saúde apresenta-se como um avanço enquanto estratégia de ampliação e universalização do acesso no que se refere à testagem rápida (diagnóstico precoce), faz-se necessário avaliar se a ampliação do acesso ao atendimento (adesão ao tratamento), bem como a e priorização das populações mais vulneráveis, está sendo garantida. No relatório não temos nenhuma informação que possa agregar essa análise sobre o tratamento. Fique Sabendo Jovem: No ano de 2017, o projeto atingiu, aproximadamente, 2.320 indivíduos, os quais participaram de intervenções, oficinas e realizaram testes rápidos para HIV, sífilis e em algumas ações para hepatite C também, apresentando um incremento significativo de 2016 para 2017 de 768 para 2320 usuários atendidos. A apresentação de números absolutos não esclarece se o aumento se deu pela ampliação do atendimento para população em geral e não somente jovens, ampliação de agenda e/ou de profissionais envolvidos. Sugere-se que possa ser realizada uma agenda descentralizada vinculada a



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



ações nos diferentes Distritos de Saúde, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade e a população negra, em função aos dados apresentados de maior incidência. Meta 9 – A meta que pretende reduzir a mortalidade por AIDS p/20/100.000 hab. Com equidade/raça/cor/etnia/sexo/faixa etária, não foi atingida havendo aumento para 24,83/100.000 hab., no entanto no relatório está informado que a meta é reduzir para 26/100.000 hab. Houve erro na descrição do dado e conseqüentemente na avaliação, que deverá ser alterada. Em 2016 a mortalidade foi 22, 9/100.000hab e 2015 23,69/100.000 este dado preocupa, visto que houve aumento da mortalidade no comparativo com 2016. Hepatites Virais: A tabela 265 apresenta a meta que pretende atingir 90% dos casos diagnosticados de hepatites virais crônicas, onde se pode observar que 100% dos casos que foram notificados, foram investigados e confirmados, com aumento de um caso de hepatite A redução de 27 casos de hepatite B, assim como a hepatite C, que reduziu 25 casos no comparativo com 2016, o relatório destaca que a redução de 10% dos casos de hepatite B é consequência do aumento do nº de pessoas imunizadas no município, já a hepatite C, manteve um alto nº de casos novos, mesmo com decréscimo de 25 casos novos, representando variação de -1,96%, destaque para o tratamento disponibilizado no SAE Hepatites com índice de cura de 90%. Meta10 – A meta que pretende diagnosticar 80% dos casos novos estimados de tuberculose foi atingida, com 83% dos casos novos diagnosticados. A tabela 271, apresenta o nº de sintomáticos respiratórios avaliados através de baciloscopia de escarro, residentes em Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016. Cabe esclarecer a causas da diminuição significativa da realização da baciloscopia numa variação de -24,73% na rede ambulatorial e -48,50% na rede hospitalar. Sendo que houve um aumento de diagnóstico, também não deveria corresponder um aumento da realização desse exame na continuidade do tratamento?

A tabela 272 apresenta o total de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial e Testagem para HIV em residentes de Porto Alegre, entre os anos 2017 e 2016. Importante destacar um aumento de 48,42% nos casos novos confirmados de Tuberculose Pulmonar. Houve, também, aumento de 44,98% na realização de testes anti-HIV com aumento de 61,14% no número absoluto de casos positivos. Indicando a necessidade de estratégias combinadas. Indicamos que seja efetiva a ação para 2018 de apresentação do Plano de enfrentamento da TB para o município e dos fluxos de atendimento para o diagnóstico e tratamento dos casos de Tuberculose na rede de saúde, bem como reavaliar a localização estratégica dos CRTB a partir dos indicadores por território de modo a garantir a equidade. A meta 11 que pretende ampliar a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial para 75% com equidade/raça/cor/etnia/faixa etária, está descrita como atingida parcialmente pois a taxa de cura em 2016 foi de 56%, com melhora discreta no comparativo com 2015 que foi de 54%. A tabela 274 apresenta a taxa de abandono de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial por raça/cor e GD, residentes em Porto Alegre no ano de 2016, onde se pode observar houve aumento no comparativo com o ano anterior (24%-2016 e 27%-2017), destacam-se as GD com maiores taxas, RES-30%, CENTRO-28%, LENO-28% e PLP-25%. A tabela 275 apresenta a taxa de cura e abandono dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial na população privada de liberdade e na população em situação de rua por GD, residentes em Porto Alegre, de modo que a PPL apresentou em 2016 taxa de

cura de 51% e de abandono de 28% e a PSR taxa de cura de 20% e abandono de 42%, indicando que na população em situação de rua é onde ocorre a maior incidência sendo a mais vulnerável. A meta 12 pretende reduzir a mortalidade proporcional de coinfectados por TB e HIV para 25%/raça/cor/etnia/faixa etária, não foi atingida visto que o relatório descreve aumento para 26%, no comparativo com o ano anterior. A tabela 277 descreve a taxa de óbitos dos casos novos pulmonares positivos, coorte de tratamento 2016, sendo que a taxa de óbitos por TB é de (4,6%-2017 e 4%-2016) e a taxa de óbito TBXHIV é de (3,3%-2017 e 4%-2016). O relatório não descreve como está sendo feito o Tratamento supervisionado, apontamos a correlação entre a diminuição dos agentes de endemias, bem como dos ACS para a ampliação e universalização desse acompanhamento, origem dos diagnósticos de coinfeção, ambulatorios especializados, hospitalares e Atenção Básica.

**16. Agravos Não Transmissíveis:** a meta 2, que propõe 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 relatório não descreve a oferta de tratamento do tabagismo e das práticas físicas/corporais nas Unidades de AB, destaca-se a importância de descrever as formas de tratamento e as práticas ofertadas, bem como seja publicizada no mural das unidades que possuem tais ofertas de cuidado. A base de informações para o monitoramento dessas ações ainda é bastante frágil.

A tabela 282 apresenta o Coeficiente de óbito por Doenças Cardiovasculares DCV e suas complicações (CID 10 - I00 - I99) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2017 e 2016. Destaque para a maior ocorrência em indígenas e negros, necessidade de ações afirmativas para enfrentar essa iniquidade.

A tabela 284 - Coeficiente de óbito por Diabetes Mellitus DM e suas complicações (CID 10 - E10 - E14) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor/etnia e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2017 e 2016. Na tabela acima maior ocorrência de morte em negros em ambos os sexos.

Tabela 288 - Coeficiente de óbito por Neoplasias Malignas e suas complicações (CID 10 - C00 - C97) em adultos entre 30 e 69 anos, com recorte raça/cor e sexo (por 10.000 habitantes), entre os anos 2016 e 2017. A maior ocorrência entre os indígenas em ambos sexos, quais estratégias para o enfrentamento dessa situação em articulação com as equipes de populações específicas.

Destacamos a necessidade de visibilidade dos dados específicos sobre a incidência na população em situação de rua e as estratégias específicas de priorização do acesso a essas populações no CRTB e SAE, garantindo o tratamento nos casos de coinfeção, assim como a necessidade de articulação entre as áreas de IST's /AIDS com a Tuberculose na rede de atendimento. Apontamos também a dificuldades de acesso das populações mais vulneráveis aos exames, sendo necessária a possibilidade de descentralização principalmente do CD4 e CD8 para início de tratamento na Atenção Primária.

**17. Saúde da População Negra:** O relatório descreve a meta 35 que pretende implementar a política de saúde da população negra em mais 25% dos serviços de saúde e apresenta um resultado anual de 55% dos serviços propostos atingidos, a meta é balizada pela participação dos serviços no curso de promotor@s de saúde da população negra, nesse sentido se observa que deverá haver maior empenho dos demais setores da SMS em garantir a participação efetiva no curso de promotor@s, visto que constitui importante estratégia de implementação da PNSIPN. Observa-se a necessidade de desenvolver indicadores que possibilitem mensurar o resultado das ações, na medida em que a PNSIPN e a própria PAS preveem um conjunto de ações – complementares ao curso de promotor@s de saúde da população negra – com uma complexidade que ultrapassam a área de atuação de um setor no caso Equidade em Saúde, implicando em decisões institucionais com maior amplitude. O relatório demonstrou as parcerias estabelecidas com as instituições de ensino, bem como as articulações com organizações nacionais e internacionais da sociedade civil que empregam potência e força para a implementação da PNSIPN, tais como: Escola de Enfermagem da UFRGS e da Faculdade e Escola Técnica da Factum, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa do MS, da Secretaria Estadual da Saúde-RS, Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Identificamos a falta da descrição da distinção recebida pela política no Prêmio Destaque em Saúde do CMS do Álbum Seriado Crioulo Haitiano, que estabelece relevante ação para a população imigrante, porém descreve que o referido álbum foi entregue em todas as unidades de saúde. Conclui-se que a formação no curso de promotor@s oportuniza a atuação direta nas comunidades, dialogando de modo sistemático sobre a saúde da população negra, proporcionando o conhecimento e a visibilidade dos condicionantes e determinantes sociais das desigualdades raciais e seus efeitos sobre a saúde da população negra, para tanto se recomenda que a SMS estabeleça mecanismos que garantam a participação das promotor@s nas instâncias de controle social, especialmente na comissão de saúde da população negra do CMS.

**18. Saúde da população indígena:** relatório apresenta diversas ações e modo como se organizam os serviços de atenção à saúde indígena, informa sobre a troca da equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) e ingresso de nova auxiliar de saúde bucal, assim como descreve o processo de licitação para um veículo maior que proporcione a itinerância necessária à EMSI pelas cinco aldeias. Ocorreu a 5ª edição do Curso Promotores em Saúde da População Negra, sendo desenvolvido um módulo de “Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” para mais 70 promotores. Foi elaborado regimento interno da comissão de saúde da população indígena que ainda necessita ser apreciado pelo plenário do CMS.

**19. Saúde da Pessoa com Deficiência:** Ação 34. Implantar em mais 25 % do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência. Após análise da Tabela 350 (pág.489), sobre o total alcançado de cada ação proposta no PAS 2017, a Comissão da Pessoa com Deficiência entendeu que a ação “Divulgar o Plano de Atenção à Saúde da PcD nos Conselhos Distritais conjuntamente com o CMS” não foi realizada. Esta ação tem peso 0,5 e como não ocorreu, o total alcançado passou a ser 0 (zero). A meta esperada para este período era de 25% e o total alcançado (subtraindo os 0,5) diminuiu de 14,9% para 14,4%. A meta da PAS 2016 e 2017 era de implantar 25% do Plano Municipal de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência a cada ano. Em 2016 foi realizada 22,12% da meta e em



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



2017, 14,4% dela. O somatório da meta alcançou 36,52 do total dos 50% esperados. O total atingido em 2017 -14,4% da meta- representa 57,60% do programado para o ano. No entanto, embora o percentual tenha sido rebaixado com as alterações feitas, o grau de cumprimento da meta em questão permanece III.

**20. Financiamento:** Meta 53 que pretende monitorar a utilização de 20% dos recursos municipais em ações e serviços públicos da saúde (ASPS) foi alcançada em 2017 com a aplicação de 21,59% dos recursos em Saúde. Em 2016, o percentual de aplicação em ASPS havia sido de 20,5% dos recursos municipais. Meta 54 – A meta que pretende monitorar e acompanhar a aplicação de recursos do FMS, conforme preconizado pela Lei Complementar nº 141/2012 está descrita como atingida. Na análise do desempenho da meta foi afirmado que o monitoramento é constante, inclusive apontando situações de adequação de recursos que estavam onerando o tesouro municipal e foram alocados no FMS - utilizando recursos federais ou estaduais - para proporcionar melhor utilização dos recursos. Meta 55 – Adequar o FMS à legislação vigente. Embora esteja descrito no RAG 2017 que foram tomadas as providências iniciais para o cumprimento da meta, com abertura do processo (SEI 17.000048931-0), não houve o efetivo andamento do processo para a adequação do FMS à LC nº 141/2012 - Art. 14. Meta não cumprida. A tabela 351 apresenta o Demonstrativo de ingresso e despesa, por fonte (Municipal, Estadual e Federal). Pode se observar a variação negativa nos ingressos da fonte municipal de (1,44%) comparando 2017 em relação a 2016. As despesas realizadas na fonte municipal também apresentaram redução de 1,01% em relação a 2016. Nos ingressos de recursos via fonte estadual houve uma variação negativa mais significativa de 10,25% em relação ao ano anterior. Já na fonte federal a variação dos ingressos de recursos foi positiva de 7,32% em relação ao ano anterior. Essa ampliação de recursos foi objeto de esclarecimento no Relatório de Gestão do 2º quadrimestre de 2017, pois o motivo principal foi o ingresso de recursos para pagamento de prestador hospitalar por ordem judicial.

**21. Controle Social:** A meta 61 pretende constituir as instâncias descentralizadas do CMS em 60% dos serviços de saúde, visando o fortalecimento do controle social e da participação da comunidade no SUS. Tal ação resultou em 72 conselhos locais de saúde e processo eleitoral para constituição de núcleos de coordenação em dois CDS, destaque para o processo das Conferências Municipais de Saúde das Mulheres, que foi precedido de 29 conferências livres e de Vigilância em Saúde, que foi precedida de 31 conferências livres que também ocorreram em escala estadual e nacional com a participação da delegação de Porto Alegre, onde o CMS esteve representado. Destaca-se o ingresso de assessoria de comunicação para o CMS, cujo trabalho impulsionou a capacidade de comunicação do CMS entre suas redes e com a sociedade em geral. Também em 2017, o CMS representou junto ao MPE para requerer a recomposição de seu quadro funcional, visto que houve a aposentadoria de suas duas assessoras técnicas. Destaque para a decisão do TRF4 que determinou a prefeitura de Porto Alegre que incluía o CMS de Porto Alegre nas deliberações do município sobre novos contratos, convênios e projetos que venha a justar no âmbito do SUS, devendo ser assegurada a participação do CMS, nas ações e serviços de saúde ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI), o retorno ao CMS de auditoria realizada pelo TCU acerca dos apontamentos levantados pelo GT dos Laboratórios, cujas deliberações até hoje ainda não foram implementadas, a



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



comemoração dos 25 anos do CMS, onde estava previsto a elaboração do livro referente a essa data e que até o dia de hoje ainda não foi providenciada a sua publicação, como tem sido há 8 anos, Foram realizadas duas audiências públicas : Saúde Mental e Atenção Básica.

### **Conclusão:**

O relatório anual de 2017 é referente ao último ano de execução do Plano Municipal de Saúde 2014/2017, segue o roteiro previamente acordado na SETEC e apresenta as metas da PAS de 2017, que serviram de base para a análise do desempenho anual da gestão. As metas foram avaliadas considerando a metodologia já adotada em 2016, que é a estratificação sobre o nível de cumprimento de metas do PlanejaSUS. Nesse sentido se manteve o entendimento da SETEC na análise do RAG 2016 com relação à meta 19, que foi considerada não mensurável, as metas 36 e 50 foram mensuradas de forma equivocada, sendo atingido um percentual superior ao informado e há ainda as metas 05, 13, 44, 45 e 56 que foram consideradas com base de dados frágeis e não fidedigna para aferição. Portanto, das 62 metas, para efeito de cálculo, foram consideradas 54 e classificadas da seguinte forma: 08 metas no primeiro nível, equivalendo a 14,81%, 02 metas atingiram o segundo nível correspondendo a 3,70%, 07 metas atingiram o terceiro nível, correspondendo a 12,97% e 37 metas atingiram o quarto nível, correspondendo 68,52%. Destaca-se positivamente a crescente contratualização com os prestadores e o monitoramento de indicadores através das CACs, a substituição de sistemas de telefonia e troca de equipamentos que geraram economia de energia elétrica, também os processos informatizados na regulação, maior agilidade na utilização dos recursos de emendas parlamentares para uso em necessidades da rede de atenção em saúde. Ainda preocupam a AIDS, sífilis e a tuberculose, e é importante reprimir como destacado na análise que com relação à mortalidade por AIDS houve aumento de 22,9 para 24, 83/100.000hab. e aumento de 61,14% no número absoluto de casos positivos. A meta que pretende reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos com equidade segundo raça cor/cor/etnia/sexo/ p/70/100.000 habitantes foi atingida demonstrando a incidência de HIV em 56,5/100.000hab, no entanto a população negra permanece em desvantagem, visto que apresenta percentual de 34,35% dos casos do ano e continua merecendo atenção e prioridade dada a proporção da população negra, que constitui 20% da população da capital, considerando que grande parte desta encontra-se em situação de vulnerabilidade sócio-econômica e é usuária do Sistema Único de Saúde. A taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar foi de 56% em 2016 diante de uma meta de 75%, com melhora discreta no comparativo com 2015 que foi de 54%. A taxa de abandono de casos novos com confirmação laboratorial de residentes em Porto Alegre foi de 24%-2016 e 27%-2017 a taxa de cura e abandono dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial na população privada de liberdade e na população em situação de rua, residentes em Porto Alegre, apresentou para a Pop. privada Liberdade em 2016 taxa de cura de 51% e de abandono de 28% e a Pop.Situação Rua taxa de cura de 20% e abandono de 42%. Considerando que a tuberculose é a doença que mais emblematicamente caracteriza a determinação social da pobreza no processo saúde/doença de uma população, por isso é considerada uma doença negligenciada como o são as “populações mais vulneráveis, entre as quais estão as comunidades empobrecidas, populações em situação de rua, população negra, privadas de liberdade, indígenas e



Conselho  
Municipal  
de Saúde  
SUS Porto Alegre

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



pessoas vivendo com o HIV/AIDS, são as mais atingidas por essa patologia, aponta-se à tuberculose em consonância com a Política Nacional de Direitos Humanos” (resolução 444/2011-CNS) e consideramos que as ações desenvolvidas até então são tímidas e insuficientes e não correspondem a realidade dos indicadores demonstrados e tampouco são capazes de superar a realidade descrita no relatório. Com relação a gestão do trabalho em saúde continuam pendentes e sem medidas significativas da gestão no que diz respeito ao diagnóstico sobre o quantitativo de força de trabalho necessária para atender as necessidades em saúde da população, bem como não há previsão de Plano de Carreira, Cargos e Salários para a área da Saúde, como preconiza a legislação vigente (Lei 8080/90). A constituição de Mesa Permanente de Negociação dos trabalhadores, também prevista na legislação do SUS, continua apenas em tratativas, num processo moroso e pouco articulado com as instâncias e instituições implicadas em sua formação. O acompanhamento funcional continua sendo realizado de forma absolutamente precária e centralizada na GEAF/SMA, não existindo, dentro da Secretaria de Saúde, uma estrutura própria, que possa atuar efetivamente no acompanhamento e apoio das equipes, condição esta que é imprescindível para o bom desempenho do trabalho em saúde, que é, por si só, fator de stress e adoecimento ocupacional. É necessária uma estrutura que realize, de forma pró-ativa, o acompanhamento permanente das equipes, destacamos que a análise acima descrita foi enviada ao chefe do poder executivo de acordo com a lei 141, art. 41. recomendando ao gestor máximo que fosse dada prioridade ao diagnóstico de necessidades de pessoal por setor/segmento de atendimento/categoria profissional, para o dimensionamento e distribuição adequada dos trabalhadores da SMS. Implantação da Mesa Permanente de Negociação do Trabalho no SUS, para o estabelecimento de política municipal de gestão do trabalho em saúde no município. Constituição de Comissão paritária, com o acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde, para a elaboração de Plano de Carreira Único para os trabalhadores da Saúde no município, capaz de garantir a estabilidade das equipes de saúde e qualificação do trabalho e da carreira pública no âmbito do SUS municipal. Instituir estrutura específica, dentro da SMS, para o acompanhamento funcional, de forma permanente, com caráter de ação preventiva e de promoção da saúde, infelizmente até o presente momento, tais indicações não tomaram forma, pelo contrário, o que se observou em 2017 foi a tentativa da gestão municipal em desconstituir o plano de carreira dos servidores com o encaminhamento à Câmara Municipal de projeto que pretende retirar direitos adquiridos. De outra sorte a política de humanização também não logrou êxito, ainda não teve a devida priorização na SMS e a estratégia de implantação do Acolhimento ainda é incipiente, e esta é uma ação que pressupõe modelo de atenção voltado para as necessidades em saúde da população. Nesse sentido foi recomendado ao chefe do poder executivo que houvesse discussão permanente junto às equipes de toda a rede assistencial sobre os dispositivos da política de humanização no SUS, de forma que este aspecto se traduza em uma ação transversal e implicada na organização dos processos de trabalho, garantindo, para isso, que as ações de Acolhimento, em toda a rede de saúde, contem com espaços adequados e profissionais capacitados para esta ação. No entanto, de acordo com a análise apresentada pela Comissão de Atenção Primária se observa realidade bastante adversa, sendo que os dados apresentados no cumprimento da meta 26 sobre cobertura da Estratégia de Saúde da Família, conforme relatório apresentado teria 92% da execução da meta atingindo um percentual de 55,25% de cobertura. Chama

atenção os dados associados quanto a estagnação do percentual de trabalhadores na APS, bem como a não criação de novas US, ao contrário, houve o fechamento da US Morro dos Sargentos.

A cidade conta com 140 US, sendo que 112 com ESF e 28 não possuem nenhuma equipe de estratégia de saúde da família, o que corresponderia a 80% das US com saúde da família, mas questionamos esse percentual na medida em que 23 US contam com ESF vinculadas (modelo misto) sem ampliação de equipe e não cumprindo na maioria das vezes os parâmetros pactuados na resolução CMS 09/2013, não caracterizando expansão da Saúde da família, mas sim um incremento de equipes consistidas. Ao analisar as equipes indicadas como ampliação do número de equipes consistidas de 228 em 2016 para 237 em dezembro de 2017 - referentes às equipes ESF Modelo III, ESF Modelo IV, ESF Modelo V, ESF Modelo VI, ESF Belém Velho II, ESF Assis Brasil I, ESF Assis Brasil II e ESF Calábria -, a partir do CNES e suas diferentes composições, fica explícito que não houve nenhuma ampliação, mas a utilização de grande parte dos trabalhadores da US, utilizando composição mínima das equipes de um ou no máximo dois ACS por equipe e a maioria apresenta-se como equipe transitória com carga horária médica de 20 horas. Ainda apontamos o descumprimento da resolução 09/2013 que utiliza os parâmetros da PNAB/2011 e ainda que as discussões dessas “conversões”, não respeitaram o art.1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e 7º. Ainda com relação à ampliação e fortalecimento dos componentes da AB no sentido da ampliação da integralidade destacando que a rede de APS da cidade ainda não possui alguns componentes como: academias de saúde e centros de convivência e cultura, além do baixíssimo investimento em NASF. Assim apontamos que não houve aumento do que já havia sido pactuado referente consultório na rua a partir da contrapartida do município para o Programa de Inserção Social, financiado pela SENAD. Referente ao NASF além de nenhum incremento, o que constatamos é que houve o fechamento de duas equipes já credenciadas nas regiões Lomba do Pinheiro e Sul Centro Sul, e a saída de trabalhadores sem a garantia da reposição nem das aposentadorias, houve um decréscimo da cobertura de 2016 para 2017 apresentando uma cobertura ínfima de 27% do total das equipes de saúde da família. O que indica uma fragilidade na diversidade dos componentes para o fortalecimento e qualificação da APS e gerando uma disparidade na composição da rede e das iniquidades. Ainda apontamos a meta 42 única meta referente à implantação de equipes, no caso de atenção domiciliar tipo II e III, que atingiu somente 65% do pactuado, prejudicando assim a continuidade do atendimento domiciliar tipo I na APS e a equidade desses grupos prioritários, caracterizado principalmente por idosos e pessoas com deficiência. Na recomendação ao prefeito realizada em 2015, observamos que a definição, por parte da SMS, de unificar o modelo de atenção através da conceituação universal de todos os serviços da rede de APS como US, ainda não tinha, na prática, a sua ressonância, isto é, as equipes ainda não atuam de forma homogênea nos territórios, realizando as ações previstas, e unificando os processos de trabalho. Ressalta-se ainda aspecto que implica por vezes na insuficiência do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que precisam executar atividades administrativas nas Unidades de Saúde, por falta de assistentes administrativos, deixando de efetivar seu trabalho específico junto às famílias, recomendando ao chefe do executivo dotar as Unidades de Saúde da rede de APS de equipes completas, contando com a presença de assistentes administrativos. Garantir

programa de Educação Permanente das equipes e outras medidas que possam vincular de forma mais permanente os trabalhadores. Ainda é importante salientar que as políticas de saúde mental, priorizada na conferência municipal de saúde de 2015, embora tenha sido ressaltada no plano municipal de saúde até o momento não foi apresentada para deliberação do CMS. Do mesmo modo, a política de atenção primária à saúde também não foi apresentada ao CMS.

## II – DECISÃO DA SECRETARIA

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

---

MARIA LETÍCIA DE OLIVEIRA GARCIA  
Coordenadora do CMS de Porto Alegre