



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

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



SECRETARIA TÉCNICA

PARECER TÉCNICO

INTERESSADO: Conselho Municipal de Saúde		UF/MUNICÍPIO RS/POA
AVALIADOR: Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde		
DATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA: 13, 20 e 27 de junho, 04, 11, 25 de julho, 16 e 22 de agosto de 2012		
ASSUNTO: Relatório de Gestão do 1º quadrimestre de 2012		
ENTIDADE: Secretaria Municipal de Saúde		
PARECER Nº: 26/12	APRESENTAÇÃO: 1) Completa > não 2) Dentro do Prazo > não	AVALIAÇÃO :

I - RELATÓRIO

Para responder à consulta, nossas análises levaram em consideração a Resolução 36/2004 que determina prazos e conteúdos dos Projetos e Ações em Saúde para o município de Porto Alegre. Nesse sentido, o Relatório em análise foi entregue ao CMS em duas etapas: o Relatório descritivo das ações em saúde em 06/06 e o Anexo financeiro foi encaminhado somente em 02/07. Além disso, há uma discrepância entre os períodos a que se referem os dois documentos, pois o anexo financeiro é referente ao 1º trimestre de 2012. A justificativa sobre este aspecto é de que a mudança na periodicidade dos relatórios de gestão, de trimestrais para quadrimestrais, não foi ainda adaptada pelos sistemas informatizados de prestação de contas do governo estadual, o que não permitiu a emissão de relatórios padronizados por parte dos municípios em formato quadrimestral. Desta forma, a documentação recebida estava parcialmente completa. 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. O parecer a seguir apresentado, não enfatizará os aspectos descritivos do Relatório, e sim a análise e apontamento dos aspectos relevantes, que mereçam destaque. Assim, a análise dos documentos apresentados permitiu as seguintes considerações:

1. no capítulo da **Apresentação**, são feitas diversas considerações a respeito do processo de planejamento em gestão da SMS, que tem na organização regionalizada do sistema municipal de saúde o objetivo de aprimorar a oferta de serviços na cidade. É citada a ferramenta do SARGSUS como instrumento de informação para o Relatório de Gestão, e neste sentido cabe corrigir as referências na página 12 que tratam do RAG 2011, quando na verdade se trata de Relatório Quadrimestral. Para fins da formatação do Relatório e da análise aqui elaborada, é referido que o mesmo teve como base a PAS 2012 e o roteiro definido na Resolução CMS - 36/2011.
2. No capítulo sobre **Organização e funcionamento da SMS** é informado que no período em análise, por necessidade de adequar o cadastramento dos serviços sob a gerência da CAPSES no CNES, ocorreram problemas no enquadramento das produções dos mesmos, em especial da rede de saúde mental. Não é informado se esta mudança ocorreu por determinação do próprio município ou por pactuação nacional.
3. No capítulo sobre **Legislação** é informada a publicação, em março de 2012, da Portaria 802 da SMS, que define os critérios de concessão e o elenco de insumos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre aos usuários portadores de Diabetes Mellitus, o que não é do conhecimento do CMS/POA, uma vez que tal ação não teve a análise e aprovação deste colegiado, como prevê a legislação vigente. Também é informada a publicação em março de 2012, da Portaria 289, que institui o teste rápido na rede de atenção primária em saúde, para detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis e da Portaria 288, publicada também em março de 2012, que regulamenta os procedimentos e condutas para abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde



- com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, assuntos discutidos, analisados e aprovados pelo CMS/POA, tanto no âmbito da Comissão de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, como do Plenário.
- No capítulo sobre **Participação em instâncias colegiadas** deve ser corrigida a referência à CIR, que por vezes aparece ainda com a denominação de COGERE, bem como corrigida a denominação da SETEC/CMS.
 - No capítulo sobre **Habilitação a recursos**, é informado que não houve habilitação a novos recursos no período, o que cabe questionar, na medida em que no dia 19 de janeiro foi aprovado no Plenário o Termo de Compromisso Municipal firmado entre a SMS e a Secretaria Municipal de Educação para pactuação de metas do Programa Saúde na Escola (PSE) que objetiva o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde do escolar, para recebimento de recursos financeiros de fonte federal. No dia 9 de fevereiro foi aprovada a habilitação de nova equipe de Saúde Prisional e em abril a habilitação de Equipe de Saúde Bucal na USF São Gabriel.
 - No capítulo sobre **Gestão na Saúde** é salientada a apresentação ao MS e SES/RS da proposta de ampliação do número de leitos de retaguarda aos serviços de urgência. Também é referido que a ASSEPLA tem buscado integrar os planejamentos setoriais e evitar sobreposições de atividades, que é o que ainda se percebe na forma descritiva do Relatório, salientando a formulação da PAS 2012 e a constituição das Equipes de Monitoramento Regional no âmbito das Gerências Distritais de Saúde. Também é referida a alteração do organograma da SMS a partir do próximo período, o que cabe questionar, na medida em que se aproxima um novo mandato de gestão municipal. Sobre a **Gestão do trabalho em saúde**, mantêm-se o que foi referido no parecer do RAG 2011: “*destaca-se que a SMS ainda não dispõe de política de recursos humanos, pois não há diagnóstico do quantitativo de servidores necessários para atender as necessidades em saúde da população, bem como não há previsão de plano de carreira, cargos e salários*”. Não há referência à constituição de mesa de negociação dos trabalhadores como preconiza a legislação vigente. **E informado** que houve nomeação de 44 servidores a mais do que no 1º quadrimestre de 2011, sendo 137 técnicos de enfermagem e 44 médicos. Não são referidos os trabalhadores com contratos temporários. Em relação à meta 140 – repor 100% das vacâncias geradas por servidores municipais, é mencionado que estão sendo repostas mas não refere de que forma, isto é, se os profissionais serão do quadro ou terceirizados. Sobre os motivos relacionados aos acompanhamentos funcionais individuais observa-se que no período de estágio probatório concentra-se o maior número de busca ao GEAF. Não há maiores esclarecimentos sobre estas demandas e as propostas de solução, bem como não há comparativo com o quadrimestre de 2011, pois não há dados referente a este período. Também não há informações por gerências/unidades que originam a solicitação dos acompanhamentos funcionais. Somente a Unidade Básica de Saúde Calábria teve acompanhamento no 1º quadrimestre de 2011. Salienta-se as ações de Educação Permanente, expressas através do número significativo de capacitações e de pessoas capacitadas pela SMS, mais que o dobro o 1º quadrimestre de 2011. Há demonstrativo do avanço e consolidação da Integração Ensino e Serviço com o credenciamento e aprovação pelo Ministério da Saúde dos projetos PRÓ-Saúde das quatro maiores Universidades (UFRGS, IPA, UFSCPA e PUC) . Quanto aos **Estágios**, houve aumento de 34,78% no total de contratação de estagiários de nível técnico e superior em comparação ao 1º quadrimestre de 2011. No HMIPV identifica-se uma diminuição de estagiários de ensino superior (-24 vagas) e no quantitativo de alunos na modalidade de Prática Curricular (não remunerados) também verifica-se diminuição no total das vagas ocupadas (-26,11%), concentrada no ensino médio, sendo justificado pela variação provável da dinâmica do ensino privado. Nas ações de formação/especialização (residências no HMIPV e HPS) houve variação positiva de 7 vagas, não tendo comparativo nas residências externas (GHC, Escola de Saúde Pública, HCPA, UFCSPA, Hospital Ernesto Dornelles e Santa Casa) de 2011, sendo uma ação recente da CPES quantificar estes locais de ensino. Em relação à **Humanização da Assistência e da Gestão em Saúde**, verifica-se que dos 13 equipamentos de saúde que tem GTH constituído 9 identificam a importância de ações na saúde do trabalhador, 9 na cogestão, 2 nas ações de educação permanente e 2 na clinica ampliada, sendo que nenhum refere o dispositivo do acolhimento como importante para a humanização da atenção em saúde. Percebe-se ainda que somente 4 GTH tem plano regional de humanização. Em relação ao Acolhimento, são apresentados os Gráficos 1 e 2, que referem-se a pesquisa realizada em 2011, portanto fora do período em análise, e que deveria ter sido apresentada no RAG 2011. Nas tabelas 20 e 21, são apresentados dados relativos ao dispositivo “reuniões de



equipe” e “Conselhos Locais de Saúde” atuantes, onde não é possível ser feita comparação com outros períodos por falta de informações. No entanto, é informado que estes dispositivos terão atenção dos GTH. Da mesma forma, no gráfico 3, que descreve a participação nos GTH das diferentes categorias profissionais e dos usuários do SUS, também não há dados que permitam mensurar se houve impacto nas ações do Comitê Municipal de Humanização. Em relação aos relatórios específicos dos GTHs, consta somente o do HMIPV. Sobre a **Ouvidoria do SUS**, a Tabela 22 demonstra que apesar de ter ocorrido um número maior de atendimentos, a proporção das demandas através do 156 foi menor em 2012, se comparada ao mesmo período de 2011, ao contrário do atendimento presencial, que proporcionalmente foi o que mais aumentou. Não há uma avaliação sobre este fato. No quadro 6 é apresentado o levantamento dos principais tipos de reclamações, onde constata-se o elevado número de reclamações relacionadas à rede básica. Registra-se que no acesso ao 156 ainda não é apresentada a opção “saúde” no atendimento da gravação eletrônica. No item descritivo da **Assessoria de Comunicação** é apresentada a análise das principais notícias veiculadas através da imprensa, rádios, TVs, bem como campanhas, ações, eventos e materiais gráficos produzidos em 2012, realizados para promover ações em saúde desenvolvidas pela SMS ou para prevenção de agravos à saúde.

7. No capítulo sobre a **Rede de serviços e referências**, é informado que em relação à **rede de APS**, a cobertura pela ESF passou de 32,51% em 2011, para 39,6%. A ampliação se deveu ao acréscimo de 29 ESF do GHC, 5 ESB das USF do GHC e 5 novas Equipes do IC-FUC na região da GD LENO, 1 ESF na USF São Vicente Mártir e é informada ainda a mudança da USF Santíssima Trindade da GD NHNI para a NEB. Também é informado o aumento da cobertura por saúde bucal na ESF, onde o percentual de equipes cobertas no final de 2011 era de 48%, passando neste período a 67%, com o acréscimo total de 23 novas equipes. Cabe assinalar que não há referências sobre o quantitativo de equipes incompletas, fato recorrente nas denúncias recebidas pelo CMS, e que incide na cobertura efetiva do território, pois se as equipes não estão em pleno e efetivo exercício, ou seja, se elas não estão completas no seu quadro de trabalhadores, a demanda acaba sendo atendida nos serviços de urgência, como ocorre em Porto Alegre, além de que isso implica em redução no volume de recursos transferidos ao município, no componente PAB-variável. Em relação à **rede ambulatorial especializada**, consta a transformação do CAPS ad do IAPI em CAPS ad III e implantação de mais um Consultório na Rua, serviços que foram implantados sem a aprovação do CMS. Continua não sendo referido o CPAS ad Cruz Vermelha que foi aprovado em 2011. Em relação à **rede de Urgências e Emergências**, a única informação é de que foi “acrescido” um CAPS III AD no CS IAPI, o que já está citado no item anterior, não sendo este um serviço da rede de Urgências, uma vez que só existem dois serviços de urgência em Saúde Mental. Sobre a **rede de serviços ambulatoriais e hospitalares**, não há nenhuma referência, presumindo-se que a mesma não sofreu alterações em sua estrutura e fluxos.
8. No capítulo sobre **Infra-estrutura e apoio**, são informadas as obras realizadas, incluindo reformas com ou sem ampliação, e construções novas. É referido que foram realizadas 11 reformas do total de 18 previstas para o ano. No entanto, entre os prédios reformados, constam 6 que já foram informados como concluídos no RAG 2011, portanto na realidade, trata-se de apenas 5 reformas realizadas em 2012. Em relação às construções novas, das 8 previstas para o ano, é informada a execução de 5. No entanto, da mesma forma, 3 delas já constaram como executadas no RAG 2011, significando que o executado no período foram 2 obras novas. Em relação a este aspecto, existem obras e reformas realizadas que não constavam na previsão do RAG 2011, como é o caso das reformas da UBS Rubem Berta e Belém Velho e da construção da base do SAMU Bom Jesus. É informado ainda que no período foram contratados 30 novos postos de trabalho no setor de manutenção da SMS e o atendimento das demandas, se comparado ao mesmo período de 2011, aumentou em 350%. Também é informada a expressiva ampliação de aquisição de bens em geral e de informática, justificado pela implementação do processo de informatização. Em relação aos serviços terceirizados, em áreas meio, é informado o aumento de 47 postos de trabalho, onde salienta-se a função de Auxiliar de Almoxarifado, bem como a qualificação do trabalho através de mão-de-obra especializada. Em relação a aquisições de materiais e serviços, o total de valores empenhados no período superou em 11% o realizado no mesmo período de 2011, com destaque para o suprimento de materiais para a Saúde Bucal.



9. No capítulo sobre **Informatização da Saúde**, as informações foram apresentadas de acordo com a PAS 2012 e também descrevem as etapas previstas no Projeto INFOREDE. De acordo com estas metas, é possível verificar que há atraso em algumas delas, como é o caso da infra-estrutura de gerência de dados, que está a cargo da PROCEMPA, e depende da aquisição e instalação de 3 novos servidores. Este atraso repercute no cumprimento de outras etapas, como é o caso do sistema de regulação, que cumpriu somente 25% da meta prevista. O quantitativo de capacitações também está com algum atraso, no entanto, é possível perceber que o processo tem priorizado a aquisição de equipamentos e a conexão dos serviços à rede da SMS. Não há, no relatório, prestação de contas relativa aos investimentos financeiros do projeto, com exceção a uma referência genérica à aquisição de equipamentos de informática.
10. No capítulo sobre **Produção**, em relação à **Atenção Primária em Saúde**, mantém-se a análise do RAG 2011 quanto ao fato de que o aumento na cobertura da rede de serviços de atenção primária, através do aumento de equipes na Estratégia de Saúde da Família, não se refletiu no aumento quantitativo de atendimentos para a população de Porto Alegre. Na Tabela 34, referente à Produção na Atenção Primária a Saúde, nota-se redução preocupante nas consultas médicas de 17,35% em comparação com o mesmo período de 2011 (- 19.821 consultas). Portanto, a relação de aumento na cobertura da rede não se refletiu objetivamente no atendimento da população. É importante salientar, no entanto, que esta situação não é homogênea nas 8 Gerências Distritais de Saúde, fato que também é recorrente. Assim, enquanto as consultas médicas tiveram pequenos aumentos na GD PLP, SCS e NEB, há regiões, como é o caso do Centro, onde a redução chegou a 61,4% (-9.419 consultas). A avaliação apresentada pela SMS é de que esta produtividade, se mantida no decorrer do ano, está bem próxima ao alcance da meta pactuada. Por outro lado, verifica-se o aumento do número de pessoas cadastradas e as visitas domiciliares realizadas por ACS, sobre o que cabe considerar o ingresso das equipes do GHC, que certamente contribuíram para o cômputo destes dados. A principal justificativa apresentada pela SMS é a realização do concurso do IMESF, na medida em que muitos profissionais se ausentaram no gozo de férias e compensação de folgas, o que cabe questionar, pois o concurso afetou os profissionais de todas as categorias profissionais que compõem a ESF, e não apenas os médicos. Além disso, a liberação de férias e folgas é um processo gerencial, que deve ser administrado de maneira adequada, sem prejuízo importante à população. O que se verifica, na realidade, é a repetição de uma situação, para a qual, a cada relatório, se criam novas justificativas. Em relação ao IMESF cabe o registro de que o relatório não informa absolutamente nada a respeito de sua implantação e estruturação no município. Na tabela 35, intitulada “consulta médica em atenção básica”, a qual presume-se tratar da produção médica de consultas nas Unidades Básicas de Saúde, verifica-se um aumento de 17,07% no total de consultas em relação a 2011 (+ 52.263 consultas), entretanto apresentando a mesma desigualdade entre as regiões, como é o caso da GD NHNI e GD RES, que apresentaram mais de 50% de acréscimo, enquanto na GD GCC a redução foi de 32,28%, justificada pelas aposentadorias e licenças para tratamento de saúde e redução de cargas horárias. A avaliação da SMS baseia-se num outro parâmetro, da Portaria 1101/MS, segundo o qual a meta anual projetada não será atingida. Na tabela 36, referente à atenção especializada nos serviços próprios municipais, excetuados os hospitais, verifica-se uma redução geral no atendimento de 7451 consultas médicas, o que corresponde a 7,6%. Na região Centro, ao contrário das demais, esta produção teve aumento de 2.292 consultas, explicada como problemas de registros, pois as consultas ginecológicas da Atenção Básica foram computadas como especializadas, o que é justificado como razão para a queda da produção na Atenção Básica. No entanto, a queda significativa de produção médica no Centro não ocorreu na Atenção Básica e sim na ESF. Em relação às metas da PAS 2012, cabe registrar que a coluna do realizado em 2012 não foi utilizada com os indicadores previstos, e sim para a descrição de ações desenvolvidas. Em relação à meta 50, a informação do realizado difere do que é apresentado no capítulo sobre a rede de APS na pág. 62. Em relação à meta 51, a mesma está descrita de forma errada, e considera efetivado o Centro de Especialidades Camaquã com a lotação de dois especialistas (urologista e nefrologista), o que remete à necessidade de se definir com maior clareza a estrutura e missão destes serviços na rede de Porto Alegre. A meta 148, relativa à aquisição de mobiliários e equipamentos para as novas USFs implantadas foi atingida no período em análise.
11. Em relação à **Assistência Farmacêutica**, o Quadro 18 informa sobre as metas da PAS 2012, onde é possível verificar que a meta 105 está adequadamente atingida. Em relação às demais, no caso das



metas 103 e 104 o processo está em curso, e na 102 e 106 as informações não permitem identificar o alcance ou não das mesmas. Na Tabela 37 é apresentado o número de receitas atendidas tanto nos dispensários quanto nas Farmácias Distritais, e é possível verificar que a dispensação nas Farmácias Distritais se manteve estável, com um pequeno aumento geral de 7%. Entretanto, em relação à distribuição nos dispensários por Gerência Distrital, ocorreu um aumento importante na GD NEB e RES, em contrapartida à redução, também significativa na GD NHNI e LENO. As justificativas apresentadas para a redução na GD NHNI é relacionada à farmácia da UBS Farrapos, que não atendeu aos usuários durante o mês de janeiro de 2012, por equívocos da equipe de Enfermagem quanto à atribuição profissional para a entrega de medicamentos. Também são apresentadas outras justificativas que, no entanto, não incluem as discrepâncias entre as regiões. Na tabela 38, que apresenta um quadro geral das unidades de medicamentos distribuídas e o montante de recursos financeiros correspondente, chama atenção que embora tenha ocorrido um pequeno aumento na distribuição (+ 3,9%), o montante de recursos utilizados foi 37,5% maior do que em 2011, e o Relatório não informa sobre o aumento do preço médio dos medicamentos. Na tabela 39, que trata dos Medicamentos Estratégicos distribuídos pelo Ministério da Saúde, percebe-se que houve um aumento importante tanto nas quantidades como no montante de recursos financeiros correspondente, com exceção dos medicamentos para tuberculose. O relatório informa sobre participação da aquisição de medicamentos pelo Consórcio Metropolitano de compra compartilhada (GRANPAL), o que nunca tramitou pelo CMS/POA. Também relata sobre problemas e dificuldades setoriais, onde salienta-se a não informatização das farmácias e dispensários, além da insuficiência de pessoal e inadequação do espaço físico de algumas farmácias.

12. No capítulo sobre **Atenção Especializada**, são apresentadas ações em Saúde Bucal, Saúde Nutricional e Saúde Mental. Em relação à **Saúde Bucal** são apresentadas no quadro 20 as metas da PAS 2012. Em relação à meta 52, é informado que a mesma foi pactuada em 2011 e plenamente atingida no primeiro quadrimestre. No entanto, é informada ampliação da meta com a projeção de 1 Unidade com terceiro turno em Saúde Bucal para cada gerência Distrital ainda em 2012, o que totalizaria 8 serviços, e em documento anexado pela área técnica da CAPSES, é informada a implantação em 2012 de apenas mais 2 serviços com terceiro turno, totalizando 4 serviços na cidade. A pactuação referida não é de conhecimento do CMS/POA, e ao que parece, a meta original foi subestimada. Da mesma forma em relação à meta 55, que previa ampliação no número de equipes de saúde bucal na ESF de 32 para 35, a mesma já foi atingida ainda em 2011, demonstrando que a mesma tinha sido subestimada. Em relação a esta meta, a SMS informa que já estão constituídas 45 equipes e que deverá ser repactuada a meta para 2012, para um total de 55 equipes. Ora, se em 2011 já havia sido atingida a meta, por que a repactuação não ocorreu na formulação da PAS 2012? Em relação à meta de ampliação dos CEOs, é informado que serão mantidos os 5 que atualmente estão em funcionamento, sendo que o convênio com a UFRGS está sendo revisto com vistas à sua renovação. A análise dos cinco indicadores para monitoramento e avaliação do cuidado de saúde bucal do município de Porto Alegre, permitiu verificar que em relação ao acesso à primeira consulta, foi alterada a meta, que era de 13% até 2011, para menos da metade, ou seja, 5%. A justificativa apresentada é de que este indicador estava superestimado e que nunca tinha sido atingido na cidade. Portanto a redução da meta torna a avaliação mais realista. A SETEC questionou este fato, na medida em que o indicador não é uma medida de desempenho operacional exclusivamente, mas sim de acesso efetivo aos serviços básicos em Saúde Bucal, e nesse sentido, se um parâmetro estabelecido nacionalmente não é atingido nunca em Porto Alegre, isso demonstra o que vem sendo apontado sistematicamente nas análises do CMS em relação a esta política de saúde. Não há cobertura suficiente na cidade que garanta o acesso universal em saúde bucal à população de Porto Alegre. Em relação ao segundo indicador, também há diferenças em relação ao que era apresentado até 2011, pois este indicador era tratado de forma “não acumulativa” e neste relatório ele é apresentado como “acumulativo”, o que impede analisá-lo comparativamente, além de que fica confusa a sua interpretação. O terceiro indicador também teve sua meta anual reduzida, em relação a 2011, no entanto não é feita referência a este aspecto. Ele permite avaliar em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população. E embora seja avaliado pela SMS que a cobertura se mantém estável, ela é bastante aquém da meta proposta, não refletindo, ainda, o referido aumento no número de equipes



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



de Saúde Bucal na ESF. Com exceção do 5º indicador, referente à proporção de exodontias em relação aos atendimentos básicos, onde o índice atingido está dentro de um padrão aceitável, embora tendo piorado em comparação a 2011, em todos os demais as metas não foram atingidas, tendo, inclusive, ficado bastante aquém do proposto, permitindo avaliar que o desempenho da política ainda é extremamente deficitário. Em relação à **Saúde Nutricional** a Tabela 45 demonstra que ocorreu redução geral de 4,6% nos procedimentos de nutrição, excetuando-se as GDs NHNI, NEB e SCS, com as justificativas recorrentes de falta de profissionais, e o Relatório indica redução de 2 profissionais em relação a 2011. Outro fato que merece destacar é a menção de que profissionais nutricionistas estão se dedicando à tarefa de matriciamento e preceptoria, como uma forma de justificar a redução do atendimento. Nesse sentido, cabe salientar que a estratégia de matriciamento e integração ensino-serviço, na medida em que foi aprovada e definida como fundamental para a qualificação da atenção básica, deve ser garantida através do incremento destes profissionais na rede ambulatorial, para que não haja desassistência da população. Quanto às consultas do período, a Tabela 46 mostra uma redução importante de 40,2%, fato que ocorreu em todas as Regiões, com as mesmas justificativas. Ao contrário, houve importante incremento nas visitas domiciliares (+38,1%), que ocorreram em praticamente todas as GDs, com exceção da SCS e NEB. Na Tabela 48 chama atenção a ausência de dados sobre o primeiro trimestre, das refeições servidas na Casa Harmonia. Em relação à **Saúde Mental**, destaca-se a informação constante no relatório de que os dados informados sobre os procedimentos em Saúde Mental não são registrados de forma homogênea, em parte relacionados aos próprios sistemas de informação utilizados, em parte por não haver um entendimento claro por parte dos profissionais. Desta forma, os dados informados não permitem uma avaliação correta do desempenho dos serviços, em especial do CAPSi-GHC. Em relação ao CAPS Harmonia, houve um incremento no nº geral de atendimentos de 39,84%, destacando-se a proporção de atendimentos na modalidade “Intensivo”, que teve um acréscimo de 190,91%. Já o CAPSi-HCPA mantêm-se com uma produtividade irrisória, sendo informado, inclusive, entre os motivos deste desempenho, o fato de estar localizado dentro da estrutura hospitalar, contrariando o que ditam as Normas referentes a este tipo de serviço, bem como à dificuldade de acesso por parte dos serviços a ele referenciados, uma vez que é o serviço que estabelece o perfil dos usuários a serem atendidos, isto é, ao que parece, o serviço não se submete à regulação do município. Em relação ao CAPS Centro, a produção no período foi inferior a 2011 (-21,32%), e é informada a exoneração de médico psiquiatra, vaga que ainda não foi reposta. A reabertura do acolhimento a novos pacientes no serviço se deveu à presença de residentes, o que também é citado em relação ao CAPS-GHC que, apesar de ter equipe reduzida, garantiu um aumento da produtividade contando com o trabalho de residentes. Já o CAPS Cruzeiro teve redução significativa no atendimento (-50%), com as justificativas recorrentes de falta de pessoal. Por problemas administrativos também foi menor a produção do CAPS-HCPA. Em relação aos CAPS ad, é informado que ainda não foi credenciado o serviço próprio da SMS (GD-GCC), por ainda não contar com a equipe completa. Já o do GHC, que já está cadastrado, não informa a totalidade de seus procedimentos e houve redução na produtividade se comparado a 2011 (-15,86%). O CAPS ad IAPI apresentou pequeno aumento na produtividade, cabendo entretanto salientar a proporcionalidade nas diferentes modalidades, onde percebe-se nítida migração do tipo “intensivo” (-59,63%) para “não-intensivo” (+195,28%). Em relação ao CAPS Vila Nova não há parâmetros de avaliação, pois ocorreram problemas de informação. O relatório apresenta dados sobre os atendimentos realizados pelos Ambulatórios especializados em Saúde Mental por Gerência. No entanto, eles não tem um formato homogêneo, diferindo as informações. Na maior parte deles não há comparativos com 2011, não permitindo avaliar os resultados apresentados. A produtividade dos NASCAs aparece incluída neste item do relatório, permitindo inferir que para a SMS estes equipamentos de saúde compõem a rede de Saúde Mental e não de Atenção Especializada e Integral a Crianças e Adolescentes, como apresentado e aprovado junto ao CMS. Em relação à produção de atendimentos apresentada não há como avaliar, pois não há referências a 2011 e os dados são apresentados também de forma heterogênea. Em relação à Oficina Geração POA, o relatório informa um importante incremento em todos os tipos de procedimentos realizados (+65,97%), mesmo em se tratando de período de férias, o que parece não ter afetado o trabalho desta equipe. Em relação aos atendimentos em Saúde Mental que necessitaram de internação hospitalar, entre os adolescentes, a maior causa foi devido ao uso de cocaína e outras substâncias psicoativas e o total de internações nessa faixa etária se manteve



próximo ao de 2011. Já em relação aos adultos, houve aumento mais significativo no total de internações (+28,91%) e as principais causas foram transtorno afetivo bipolar, seguido de transtorno por uso de cocaína e esquizofrenia.

13. No capítulo sobre **Ações e Serviços em Vigilância em Saúde**, a primeira parte refere-se ao **Controle das Doenças Transmissíveis** e as tabelas e demonstrativos das ações pactuadas são apresentadas com base nas Metas Anuais constantes na PAS 2012. Com relação à política de HIV-AIDS e Hepatites Virais cabe destacar a implantação do Teste Rápido em HIV e Sífilis, que ainda está em período de adequação, avaliação e monitoramento das primeiras ações. O relatório informa sobre algumas dificuldades inerentes ao processo de implantação desta ação, bem como das estratégias e providências para solucioná-las. Em relação à Tuberculose, as metas da PAS são anuais e em relação à meta 19, que refere-se à capacidade de diagnosticar casos novos, a meta para o ano é 80% dos casos estimados. A Tabela 84 informa que no 1º quadrimestre foi atingido 83,2% desta meta. O relatório identifica ainda que há duas Gerências com desempenho insuficiente na busca de novos casos: Centro e NHNI. Na segunda parte, sobre **Ações e Serviços em Vigilância Sanitária**, são apresentadas metas relativas à **Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde**, onde a meta relacionada ao número de reclamações recebidas e atendidas, que é de 70%, foi plenamente atingida. A meta relativa ao cadastramento, inspeção e licenciamento de indústrias de cosméticos e saneantes reembaladoras foi atingida parcialmente pois nem todas as empresas foram licenciadas pelas dificuldades de se adequarem à legislação. Da mesma forma, em relação à meta de licenciar e fiscalizar 100% das indústrias de saneantes e cosméticos que solicitam alvará sanitário ou quando houver denúncia, 12 foram fiscalizadas no período, mas apenas 1 foi licenciada. Em relação às drogarias, a meta de inspecionar 20% delas foi atingida e em relação ao número de reclamações atendidas, além de ser superior a 2011, foram todas atendidas superando a meta de 70%. Em relação às farmácias de manipulação, no período foi atingido 28,89% da meta, que é anual. As metas relacionadas à inspeção e licenciamento de serviços de nutrição parenteral, bem como às relacionadas ao cadastro, inspeção e licenciamento das distribuidoras e transportadoras de medicamentos e congêneres, são de avaliação anual e os dados parciais ainda não permitem verificar o seu pleno cumprimento. No entanto, há referências no relatório às dificuldades das empresas em se adequar à legislação para fins de recebimento do alvará sanitário. Quanto à **Vigilância dos Serviços de Interesse à Saúde**, a meta de atender 70% das reclamações e denúncias recebidas foi atingida e superada (+123%) se comparada ao mesmo período de 2011. Em relação às outras metas, que são de avaliação anual, os percentuais atingidos demonstram que as ações previstas estão sendo desenvolvidas. Destaca-se a meta 36, que não foi atendida sob a justificativa de que Porto Alegre não possui hospital maternidade exclusivo, neste caso sugere-se mudar a meta, substituindo por 100% das maternidades. Nas metas relativas à inspeção de estabelecimentos de longa permanência para idosos e serviços de alimentação em creches e escolas infantis, embora também sejam de aferição anual, observa-se que estão em andamento e com percentual acima do realizado no mesmo período de 2011, com a observação de que há demanda provocada pelo Ministério Público. Na Tabela 97, embora a meta seja anual, o desempenho realizado até agora é bastante inferior ao realizado em 2011. Destacam-se as ações desenvolvidas pela Equipe de Vigilância de Alimentos, que aumentou em 189,56% o número de vistorias realizadas, no comparativo com 2011, sendo que a meta de investigar 100% dos surtos alimentares notificados foi atingida. A meta anual que pretende inspecionar 20% dos restaurantes e similares no mínimo 1 vez ao ano está próxima de ser alcançada, considerando que já foram vistoriados 510 estabelecimentos, 40% a mais que em 2011, e sugere-se a possibilidade de ampliar a meta na próxima pactuação, considerando a importância da ação. Do mesmo modo verifica-se em relação à inspeção das áreas consideradas de risco de supermercados e hipermercados, onde a meta pactuada foi de 30% dos estabelecimentos, que são no total 84 em Porto Alegre. De acordo com a pactuação deveriam ter sido vistoriados 25 estabelecimentos, no entanto já foram visitados 113, bem acima do esperado no ano e 61% a mais que em 2011. Esta meta não deveria ser ampliada? Já em relação à inspeção em escolas que manipulam e servem alimentos, embora a meta seja anual, observa-se que apenas 1 das 11 escolas municipais e das 32 estaduais foi vistoriada. Destaca-se o registro que desde 2008 não são realizadas palestras sobre boas práticas de alimentação, e neste caso, sugere-se que seja acrescida como meta, na revisão da PAS. Entre as **Ações e Serviços em Vigilância Ambiental** foram atingidas as metas relativas à investigação dos casos suspeitos de raiva



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

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



em morcegos e bloqueio vacinal em cães e gatos, bem como implantadas ações de vigilância ambiental em 33% das 9 comunidades indígenas. Foram também atingidas as metas relativas à pesquisa de triatomíneos e vigilância de flebotomíneos em áreas de Leishmaniose. Destaca-se o número de desratizações que foi maior que em 2011, com variação de 19,66%. Na **Vigilância da Água** houve aumento no número de reclamações (6,44%) e o número de vistorias realizadas também aumentou em 31%. Com relação às metas pactuadas relativas à qualidade da água, que são anuais e semestrais, observa-se que estão sendo cumpridas. É importante salientar a análise da água a partir da detecção de gosto e cheiro em função da proliferação de cianobactérias no Lago Guaíba, porém as análises das cianotoxinas somente devem ser feitas quando sua densidade estiver acima de 20.000 cel/ml, o que ocorreu na cidade em abril, mas foi realizada e não foi detectada a presença de microcistina e outras cianotoxinas na água. As metas pactuadas em **Vigilância Ambiental** relativas à fiscalização de 100% das solicitações de licença para funcionamento de estações de Rádio Base e a fiscalização em ambientes livres do tabaco em 100% das denúncias, foram alcançadas. Com relação às notificações de outras doenças e agravos no SINAN, o relatório informa o mesmo número de 2011 (7) e relata que há dificuldades dos hospitais sentinelas em realizar esta ação. Não há análise sobre o declínio do número de notificações do VIGIAR, bem como as reuniões técnicas em saúde do trabalhador não tiveram a participação da equipe neste período e sobre elas não são apresentadas metas.

14. No capítulo referente à **Regulação do SUS**, são inicialmente apresentadas as metas da PAS 2012, onde é possível observar que em relação à regulação de 90% das internações em leitos de UTI, e regulação de 90% das internações oriundas das emergências, o relatório informa um dado com base em outro indicador, isto é, é informado que 46% dos prestadores estão com seus leitos de UTI e Emergências regulados, sem ser informado a que percentual de internações isso corresponde. A tabela 115 permite verificar que os grandes Hospitais (Clínicas, São Lucas, GHC e Instituto de Cardiologia) ainda não estão integrados ao sistema informatizado de regulação. Excetua-se a Santa Casa que já tem estas internações reguladas pela SMS. Em relação à meta de alcançar a proporção de 50% de internações de caráter eletivo, a proporção atingida já é de 20%, o que pode demonstrar a melhor regulação e controle sobre o mascaramento da “urgencialização” no acesso da população aos serviços hospitalares, entretanto na Tabela 120 fica demonstrado que houve uma queda no total das Internações Reguladas, que passaram de 12.048 em 2011 para 9.905 em 2012 (-17,8%). Em relação à regulação das primeiras consultas, cuja meta anual era de regular 95% da oferta das mesmas, o relatório informa que 100% dessas consultas já estão reguladas pelo Sistema Informatizado. Em relação a esta meta, na tabela 116, que informa sobre a Regulação de Serviços Ambulatoriais Especializados de Média e Alta Complexidade, o total geral de consultas iniciais reguladas pela CMCE ofertado pelos hospitais foi maior em 2012 do que no mesmo período de 2011 (+ 2.618 consultas). Também é informado que a meta de controlar 100% das transferências de consultas foi atingida, sendo possível a reutilização de consultas que não serão utilizadas desde que comunicado em tempo hábil. Em relação à meta 128, que pretende reduzir o percentual de bloqueios das agendas pelos prestadores para 5%, os dados apresentados informam que este percentual já foi reduzido de 8,5% em 2011 para 7,6% em 2012, sendo positiva e demonstrando a provável realização da meta prevista. Este controle certamente deve ter contribuído para o aumento da oferta de consultas no período. Cabe ressaltar, no entanto, que não foi possível avaliar os bloqueios das agendas nos Centros de Saúde da SMS por falta de dados do ano de 2011 e o percentual de bloqueios desses serviços ultrapassa em muito o dos prestadores contratados. Na Tabela 117 é possível identificar ainda que nos Centros de Especialidades, da capacidade total de 35.763 consultas ofertadas, foram bloqueadas 9.551 (26,7%) e foram agendadas somente 17.688, que corresponde a 49,46% do total da capacidade ofertada, identificando uma grande ociosidade, além de falta de gestão sobre os fatores que geram os bloqueios. Sobre a contratualização dos prestadores hospitalares, é informado que apenas o Hospital Parque Belém ainda não está contratualizado e em relação a este tema, cabe destacar que as Comissões Permanentes de Acompanhamento dos Contratos não tem ainda cumprido com o que estabelece a legislação, pois não tem sido realizadas as reuniões periódicas previstas. A meta relativa à contratualização dos prestadores de serviços ambulatoriais ainda está aquém do estabelecido na PAS 2012 e os dados apresentados indicam dificuldades no atingimento da mesma. A Tabela 119 demonstra a produção e o respectivo faturamento hospitalar dos prestadores próprios e não próprios



onde pode-se verificar que houve aumento no total de procedimentos contratados, que passou de 50.928 em 2011 para 57.173 em 2012 (+6.245), sendo que em relação aos realizados, o aumento não seguiu a mesma proporção (+2.430). Verifica-se que, com exceção do Hospital São Lucas, que ultrapassou em 8% a produção contratada, todos os prestadores apresentaram uma produção inferior ao quantitativo contratualizado, cabendo salientar a situação do Banco de Olhos que não chegou a 3%, bem como do Hospital Cristo Redentor e Beneficência Portuguesa que produziram apenas a metade do que foi contratado. O relatório justifica que a produção do Hospital de Clínicas, que ficou em 66,47% do previsto, deveu-se à resistência inicial daquele prestador em submeter-se ao processo de regulação estabelecido pela gestão municipal. Esta situação precisa ser modificada, na medida em que o contrato de gestão, que garante uma remuneração fixa e regular aos prestadores de serviços, deve ser cumprido dentro do que preveem os respectivos contratos, sob pena de glosa, o que parece não ter ocorrido ainda, no período analisado.

15. No capítulo relativo aos **Hospitais Próprios**, sobre o **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**, inicialmente são apresentadas as metas da PAS 2012 onde, excetuando-se o serviço de atendimento ao paciente disfágico, que já estava implantado em 2011, as demais encontram-se em fase de projeto ou de testagem, como é o caso da Fase III do Serviço de Triagem Neonatal. Sobre as informações de produtividade do Hospital, conforme Tabela 121, houve aumento de 4% nos atendimentos ambulatoriais, que passaram de 29.765 em 2011 para 30.850 em 2012, e em relação à procedência dos pacientes, houve aumento para os pacientes de Porto Alegre (+2%) e também do Interior (+7%). Em relação às internações também houve aumento de 14%, passando de 1.789 em 2011 para 2.034 em 2012, sendo +13% para os pacientes de Porto Alegre e +16% para pacientes do Interior. Na Tabela 123, que descreve os quantitativos de atendimentos por Unidade Assistencial, o total informado difere do apresentado nas duas tabelas anteriores. De acordo com ela, houve aumento de 23% no total de atendimentos, que passou de 120.992 em 2011 para 148.906, e o que influenciou consideravelmente foram os Serviços de Apoio com aumento de 30%, passando de 89.753 em 2011 para 116.263 em 2012. Sobre este fato não há nenhuma análise explicativa no relatório. Na tabela 124 são apresentados os atendimentos hospitalares em que se verifica um aumento no número total de partos realizados em relação a 2011 (+196), sendo também observada, positivamente, a redução da taxa de cesarianas de 49,3% em 2011 para 36,75% em 2012. Em relação ao Centro de Referência em Assistência Infanto-juvenil – CRAI, a Tabela 125 informa que houve aumento de 14% no total de atendimentos, passando de 2.003 em 2011 para 2.148 em 2012, com destaque para as consultas em pediatria (+18%). Quanto ao Serviço de Triagem Auditiva Neonatal, houve redução na Taxa de cobertura de -11%, passando de 94,73% em 2011 para 84,43% em 2012. Sobre este fato não há nenhuma análise explicativa no relatório. Na Tabela 127, intitulada Indicadores Gerais de Produtividade, destaca-se alguns pontos positivos, que superaram as metas previstas, como o número de atendimento efetivo/dia, número de procedimentos ambulatoriais realizados (+12%), taxa de ocupação geral de leitos de 83,6% (a meta é de 70%) e a taxa de ocupação dos leitos da UTI Pediátrica de 89,2% (a meta é de 70%). Sobre a Taxa de Ocupação dos Leitos da UTI Neonatal, cuja meta é de 70%, causou estranheza o índice apresentado de 134,2%, uma vez que leitos de UTI requerem infraestrutura como as saídas de O2, etc. Sobre este fato também não há nenhuma análise explicativa no relatório. Quanto aos Indicadores Gerais de Qualidade, descritos na Tabela 128, destaca-se como positiva a redução da média de permanência de 6,28 dias em 2011 para 5,69 dias em 2012, apesar de ter ficado abaixo da Meta 3,5. Também a Mortalidade Institucional, embora tenha ocorrido aumento de 8 para 10 comparando 2012 com 2011, manteve-se abaixo da meta, que é de 13. Como aspecto negativo destaca-se a Infecção Hospitalar que passou de 34 em 2011 para 49 em 2012, apesar de a meta ser 80. Sobre o **Hospital de Pronto Socorro**, no Quadro 54 são apresentadas as metas da PAS 2012, onde destaca-se positivamente a redução da taxa de permanência geral em 12,39%, embora esta medida não esteja exatamente relacionada ao indicador estabelecido para a meta. Também é informada a execução de 18,5% da obra da emergência, que tem como meta anual 20%, e a execução parcial da meta de aquisição das casas lindeiras da Rua José Bonifácio. As demais não foram atingidas. Em relação aos Indicadores de Desempenho, a Tabela 130 demonstra positivamente que houve redução na Taxa de Ocupação de Leitos, que passou de 98,78% para 91,58% e redução na média de Permanência, que passou de 7,1 para 6,22. Negativamente, destaca-se redução no número de boletins atendidos/dia, que passou de 549,76 para 536,94 e redução no



número de cirurgias realizadas/dia, que passou de 4,88 para 4,24. Na Tabela 131, também é possível perceber que houve redução no Total Geral de atendimentos passando de 65.971 para 64.970, e em relação à procedência dos pacientes houve redução em -4,3% de pacientes de Porto Alegre e aumento de pacientes do Interior em 13,8%. No demonstrativo dos atendimentos realizados pelas diferentes Unidades, na Tabela 133, praticamente não houve variação no Total Geral e destaca-se a redução dos pacientes Neurológicos e Cardiológicos.

16. No capítulo sobre **Atenção em Urgências e Transporte de Pacientes**, são apresentadas inicialmente as metas da PAS 2012, onde constata-se que houve redução no Tempo Médio de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) que no 1º quadrimestre de 2011 era de 20 minutos e em 2012 passou para 16 minutos, embora a meta seja reduzir para menos de 12 minutos. Além desta, as informações indicam o provável alcance das metas até final de 2012. Em relação à produtividade da rede de Urgência, na Tabela 134 é informado o total geral de atendimentos e das desistências nas **Unidades de Pronto Atendimento**, onde verifica-se que houve redução no total geral de atendimentos, de 108.576 para 105.302 (-3%). Também houve aumento de 39,7% nas desistências, que passaram de 11.082 para 15.014 e o maior aumento nas desistências ocorreu no PACS, passando de 3.759 para 8.280, um aumento de 102,8%. Em contrapartida, a maior queda nas desistências foi no PA da Lomba do Pinheiro (-39,3%). Se analisa-se a produtividade na Clínica Médica (atendimento de adultos), a Tabela 135 indica que o número total de atendimentos manteve-se estável em torno de 67.320. Houve aumento nas desistências, que passaram de 9.684 para 14.017 (+44,6%). O maior aumento nas desistências foi no PACS, que passaram de 3.376 para 8.017 (+108,2%). A maior queda nas desistências foi no PA Lomba do Pinheiro, reduziu de 2.713 para 1.456, (-40%). No atendimento Pediátrico, a Tabela 136, informa que houve redução no total de atendimentos de 41.255 para 37.932. (-8,1%), houve redução nas desistências, que passaram de 1.398 para 997 (-22,4%) e a maior queda nas desistências foi também no PA Lomba do Pinheiro e PACS, respectivamente -31,8% e -24,7%. Sobre Classificação de Riscos nos Pronto-Atendimentos, a Tabela 137 descreve o perfil de atendimentos no PACS, ressaltando-se que neste serviço ainda não foi implantado o Protocolo de Manchester. Houve aumento no total geral da CR, de 23,8%, sendo que a maior incidência é na Verde, em torno de 90%, seguida de Amarelo em torno de 9%. O maior aumento foi no Azul (340%) e a maior redução foi no Vermelho (-50%). Ainda não foi implantada a cor Laranja. No PA Bom Jesus, onde já foi implantado o Protocolo de Manchester, a Tabela 138 demonstra que praticamente não houve variação do número total de CR, que manteve-se em torno dos 23.000. Houve redução de 17,9% nos Verdes e aumento nos Amarelos. A cor Laranja iniciou em 2012. No PA Lomba do Pinheiro houve redução no total geral da CR de -5,2%. Os maiores aumentos foram no Amarelo e Vermelho, respectivamente 211,4% e 100%. Ainda não foi implantada a cor Laranja. No PA Restinga houve redução no total geral de CR de -3%. A maior redução foi no Amarelo e Azul, respectivamente -9,2% e -7,8%. A cor Verde manteve-se em torno de 80% do Total Geral. Na Tabela 141 constata-se que houve pouca variação no Grau de Risco Global (GRG) nos PAs, que ficou entre 2,0 e 2,2. Em relação ao **Plantão de Emergência de Saúde Mental (PESM)** a Tabela 142 informa sobre o PESM-PACS, em que houve aumento de 13,7% no total de boletins emitidos e de 5% no total de pacientes atendidos. Houve aumento das desistências, que passaram de 6,5% para 7,1%, bem como no percentual de pacientes que permanecem internados em Sala de Observação, que passou de 27,3% para 28,1%. Por outro lado, houve redução no percentual de pacientes transferidos para Internação Hospitalar de 80,5% para 75,3%. Sobre o PESM-IAPI, a Tabela 143 informa que houve aumento de 19,3% no total de boletins emitidos. Na Sala de Observação, houve aumento de 16,4% no total de pacientes atendidos sendo que o percentual de pacientes que permanecem internados em Sala de Observação reduziu de 30,9% para 29,6%. Existe um erro no Total de Pacientes Atendidos em 2012, pois se o Total de Boletins Emitidos foi 3.544 e houve desistência de 1,7% o Total atendido não pode ser 3.544. O percentual de Transferência para Internação Hospitalar passou de 99,1% para 100%, demonstrando que há diferenças no modelo de atendimento dos dois serviços de emergência em Saúde Mental. Com relação ao **SAMU**, a Tabela 144 informa sobre o Perfil das Ligações, em que o total geral aumentou de 130.092 para 143.447 (+10,3%), cabendo salientar que os trotes se mantêm em torno de 30%, embora tenha ocorrido redução de 10% e as regulações efetivas tiveram uma redução, correspondendo a 18%. Na Tabela 145 sobre Tipos de Atendimentos, registra-se aumento de 5,6% no total de atendimentos, passando de 10.570 para 11.160, sendo que as maiores demandas corresponderam aos casos



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

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



clínicos 43% e Traumatologia 37%. Salienta-se positivamente o aumento em 58,9% dos atendimentos psiquiátricos e a redução em 42,6% dos atendimentos obstétricos. No Quadro 56, que descreve o Coeficiente de Mortalidade dos Atendimentos Pré-Hospitalares, houve um aumento deste índice de 26,6% para 29,6%.

17. 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:
 1. O relatório financeiro encaminhado é referente ao 1º trimestre de 2012, uma vez que a SMS justifica que os sistemas informatizados da contabilidade estadual ainda não estão adequados para um formato quadrimestral. A SMS encaminhou correspondência enviada por parte da gestão estadual comunicando que durante o ano de 2012 a prestação de contas financeira será ainda trimestral. No entanto, não foi informado a respeito de qualquer tipo de pactuação a este respeito no âmbito nacional ou estadual, visto que esta periodicidade não cumpre o que dispõe a Lei 141, que passou a vigorar a partir de 13 de janeiro de 2012 e que determinou a periodicidade quadrimestral para as prestações de contas no âmbito do SUS. O Relatório financeiro está composto de novos demonstrativos, e foi acrescentado por solicitação da SETEC o componente relativo ao SIOPS, isto é, da aplicação dos recursos municipais em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). Na análise dos documentos, podem-se verificar diversas discrepâncias entre a informação que consta no relatório, especificamente em relação ao nome do fornecedor, e a que foi realmente efetuada, fato constatado quando da análise dos empenhos junto ao sistema de informações sobre despesa orçamentária (SDO). Assim, podem-se verificar problemas no processamento das informações, o que deve ser encaminhado junto ao FES/SES/RS e TCE, para que seja melhorada a captação e transposição de dados no sistema MGS, adotado no Rio Grande do Sul. Esse problema compromete a fidedignidade do referido sistema, além de exigir trabalho desnecessário por parte dos órgãos de controle, onde se incluem os Conselhos de Saúde.
 2. **Recursos da fonte municipal** – Em relação ao que determina a EC 29 e a Lei 141/12, é informado que o percentual aplicado em ASPS foi de 15,35%, correspondendo a um valor total de R\$ 110.692.864. Também deve ser salientado que pela primeira vez aparecem rendimentos financeiros relativos a estes recursos e que correspondem à contrapartida municipal para Assistência Farmacêutica Básica, conforme acordo no Ministério Público Estadual, para o qual o Município abriu conta bancária do FMS no vínculo 40, onde foi informado que deposita regularmente a sua parte. Entretanto, ainda não são transferidos ao FMS os recursos dessa fonte de financiamento, como preceitua a legislação vigente. Em relação às despesas com pessoal, elas somaram o valor de R\$ 96.899.836,00, o que corresponde a 87,54%. O pagamento de horas extras correspondeu a 4% deste total, o que cabe salientar na medida em que se trata de período de férias da maior parte dos trabalhadores. Do restante dos gastos desta fonte de recursos, cabe ainda destacar entre as despesas de custeio a restituição de transferências e convênios recebidos da União, no valor de R\$ 91.648,82, por uso indevido dos recursos, de acordo com a Auditoria Nº 9523/2005 do DENASUS. Há também as despesas com cooperação relativas ao pagamento de convênio com o PACTO, no valor de R\$ 20.066,67, despesas com convênio junto à entidade Marta e Maria no valor de R\$10.890,00 e às relativas a um Convênio com a Companhia Jornalística J. C. Jarros (Jornal do Comércio), no valor de R\$ 50.490,00, que não são de conhecimento do CMS/POA e cujo esclarecimento não foi encaminhado à SETEC. R\$ 1.138.025,00 foram transferidos à Fundação Universitária de Cardiologia, por conta do Incentivo Municipal da Estratégia de Saúde da Família, que não teve aprovação do CMS/POA, e as despesas com serviços regulares de processamento de dados, pagos à PROCEMPA, totalizaram R\$ 6.428.331,29. Entre as despesas de investimento, que somaram o valor de R\$ 1.184.042,86, estão contempladas compra de equipamentos, mobiliário e outros materiais permanentes, além das despesas com obras relativas a reformas no Bloco A do HMIPV, contrariando Resolução do CMS, construção de nova sede para a USF Santíssima Trindade e USF Wenceslau Fontoura, construção da USF Fradique Vizeu, aquisição de terreno para a instalação da nova sede da USF Planalto, além de reformas em prédios diversos da SMS. Em relação ao que estabelece a legislação vigente, no entendimento da SETEC não devem ser consideradas como ASPS as despesas não



- previstas e aprovadas pelo CMS, bem como as que não são devidamente comprovadas como despesas em saúde.
3. **Recursos da fonte estadual** - foram transferidos no primeiro trimestre de 2012, por parte do FES/RS o total de R\$ 6.855.389,71, volume bastante superior ao repassado no mesmo período de 2011 (+ 1551,35%), embora seja a parcela menos significativa no financiamento do SUS municipal. As receitas maiores estão vinculadas às Emendas Parlamentares, no valor de R\$ 2.000.000,00 para aquisição de equipamentos para a modernização do serviço de diagnóstico por imagem do HPS e no vínculo 4230-Hospitais Públicos, com repasses para implementação de UTI Neonatal e parcelas do Programa de Apoio aos Hospitais. Considerando os saldos do período anterior, do total de recursos disponíveis, foram executados somente 17,7%. Entre as despesas, as de maior volume foram as transferências para a Fundação Universitária de Cardiologia e a contrapartida da Farmácia Básica. Sobre algumas despesas coube destacar: 4011 – Incentivo à Atenção Básica - compra de gêneros de alimentação no valor de R\$ 85.247,48, que não foi esclarecido pela SMS; 4020 – Gestão Plena – locação de imóveis para a Unidades de Saúde Murialdo, que possuem outro recurso para ser utilizado para este fim (4071); foi informado pela SMS que o Convênio de Municipalização do Murialdo não previa mais recursos além dos que foram repassados, o que no entendimento da SETEC não corresponde ao que estabelece o Termo firmado em 2009.
 4. **Recursos fonte federal** - foram transferidos no primeiro trimestre de 2012, por parte do governo federal, o total de R\$ 133.291.826,50, volume 18,8% superior ao repassado no mesmo período de 2011, sendo esta a maior parcela no financiamento do SUS municipal. Considerando os saldos do período anterior, do total de recursos disponíveis, foram executados 51,25%. Em relação às despesas realizadas, coube destacar: 4530 – PACS – são apresentadas despesas justificadas como convênios IMESF em nome de Marcelo Alexandre Dallagnol, sobre as quais não foram enviados os esclarecimentos solicitados. Cabe salientar que a Lei nº 11.062, que instituiu a Fundação IMESF, prevê o estabelecimento de contrato de metas, o qual, se existe, não é do conhecimento do CMS. 4590 – Teto financeiro MAC – não foram esclarecidas as despesas com fornecimento de lanches para os servidores do HPS, num valor de R\$ 64.462,84, despesas pagas à Associação Hospitalar Moinhos de Vento, no valor de R\$ 318.080,00, relativa ao Convênio nº 46.121, o qual não tramitou pelo CMS, pagamento de consultoria especializada a Margarida Maria Martimiano Ramos, no valor de R\$ 18.000,00, despesas com contratação de serviço terceirizado de endoscopia no HMIPV. Em relação a outras despesas deste vínculo foram enviados pela SMS esclarecimentos insuficientes, como é o caso do pagamento de 3 diárias para enfermeira da FUC participar do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, cuja justificativa foi a de que tal despesa foi autorizada pelo Senhor Prefeito. Sobre o pagamento de serviços a Spinestahl Implantes Ltda. foi informado apenas que é “terceiro” em produção hospitalar. Em relação à Fundação Universitária de Cardiologia, neste vínculo, aparecem dois tipos de despesas, ora como “prestadores de serviços do SUS” e também como “serviços de terceiros pessoa jurídica”, não ficando claro do que se trata, pois as despesas relacionadas à gestão da ESF aparecem em outros vínculos. 4740 – Incentivo DST/AIDS – sobre as despesas de contratação de consultorias, foi questionado sobre a existência de relatórios de prestação desses serviços, sobre o que foi informado apenas que a Área Técnica acompanha o trabalho dos consultores. 4850 – Regulação, controle e avaliação – foi questionada a contratação de 2 consultores para o mesmo objeto: caderneta do jovem kaingangue. Não houve esclarecimento sobre isso. 4940 – as despesas com a reforma do HPS aparecem classificadas de 3 formas diferentes, o que também não foi esclarecido. Sobre a devolução de R\$ 21.862,22, neste vínculo, de recursos de convênios com o MS, a explicação é de que se tratava de Emenda Parlamentar e que pelo tempo decorrido e pelas mudanças tecnológicas observadas, os materiais previstos não seriam mais necessários.
18. No capítulo relativo ao **Desempenho dos Indicadores no Ciclo de Vida**, coube salientar, em relação a **Criança e Adolescente**, que a Tabela 146 informa sobre o Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), onde verifica-se que em relação à proporção de coleta no período preconizado (3 a 7 dias), o desempenho foi melhor que em 2011 (+14,4%), refletindo melhor empenho por parte dos familiares. Em duas Gerências (NEB e SCS) o desempenho foi inferior ao de 2011, e o relatório não traz análise a esse respeito. Em relação à Triagem Auditiva Neonatal, é informado que a taxa atingida foi de 109,1%, o que é de estranhar e o relatório cita que em abril, em consulta ao SIH, o número registrado de partos



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



foi bastante inferior ao de exames registrados no SIA, o que pode explicar esse índice. A Taxa de Aleitamento Materno Exclusivo na 1ª consulta do recém-nascido manteve-se estável em relação a 2011 e na faixa etária até 4 meses verifica-se um leve aumento na taxa de aleitamento exclusivo e redução do aleitamento misto na ESF. Em relação às coberturas vacinais, embora ainda não se esteja atingindo as metas preconizadas, que devem ser avaliadas no Relatório Anual, verificou-se um aumento na tríplice viral a partir de 1 ano, leve aumento na 3ª dose da vacina contra Hepatite B, aumento na BCG e uma discreta redução na 3ª dose de Sabin e de Tetravalente. As justificativas para as baixas coberturas são as recorrentes em relatórios anteriores. Na Tabela 155, que informa sobre a incidência de sífilis congênita, é possível verificar um expressivo aumento no indicador (+ 21,5%), justificado pelo aprimoramento do processo de vigilância epidemiológica da doença ocorrido no último ano. A análise em relação à incidência por raça/cor será feita com base anual de dados. As Tabelas 156 e 157 que tratam das internações por asma e IRA em menores de 5 anos não podem ser analisadas, por problemas de informações e deverão ser melhor avaliadas no RAG. Na Tabela 158, que descreve a meta de aumentar em 30% a taxa de primeira consulta do recém-nascido até os 7 dias de vida, verifica-se uma redução de 15,1%, o que é justificado por problemas nos sistemas de informação, no entanto ela está coerente com a diminuição de cobertura efetiva da ESF. Em relação aos adolescentes, a Tabela 159 descreve as consultas realizadas por tipo de profissional, onde evidencia-se a grande procura de atendimentos por nutricionistas. Há uma informação de que os dados não estavam completos e que a sua análise deveria ser apenas anual. No entanto essa justificativa parece pouco relevante na medida em que se comparam períodos iguais e que os problemas relativos à alimentação de bancos de dados são as mesmas nos períodos comparados. Quanto às metas da PAS 2012 a maioria delas encontram-se em processo de revisão dos bancos de dados e deverão ser avaliadas no RAG. Em relação à **Saúde do Trabalhador** identifica-se um avanço na implantação do SINAN (sistema de informação em saúde do trabalhador) nos equipamentos de saúde em relação ao mesmo quadrimestre de 2011 conforme demonstrado na Tabela 161, relacionada à notificação dos agravos em saúde do trabalhador. No entanto está muito aquém do que prevê o Decreto nº 40.222 de 02 de agosto de 2000 que determina a obrigatoriedade da notificação de acidentes de trabalho por exposição acidental a agentes químicos, físicos ou biológicos quando ocorrem por ocasião da atividade profissional ou de trajeto, sugerindo uma grave omissão de notificação de agravos em relação ao trabalho justificada em função da falta de campos de informação dos Boletins de Atenção da rede uma vez que não é utilizada a ficha de notificação do SIST para todos os agravos, pois conforme explicado no relatório é “uma ficha bastante complexa”. Também não ocorreu a ampliação da rede de unidades sentinelas de notificação de agravos para 3, conforme previsto na PAS 2012. Não há dados detalhados de notificação de crianças e adolescentes em situação de trabalho assim como não foi efetivado o fluxo de notificações e ações nas Gerencias Distritais. Na **Saúde da Mulher** verifica-se aumento no número absoluto de morte materna, mas não há análise, pois os óbitos ainda estão sob investigação. A razão de mortalidade materna em 2011 aumentou de 27,3 em 2010 para 32,05 em 2011, e segundo o relatório ainda há necessidade de avaliar os próximos anos para verificar se a tendência é de aumento. O número de mães que realizam 7 ou mais consultas no pré-natal diminuiu em 1%(71-70) mas conforme o relatório não é possível apresentar análise pois são dados parciais e a meta para este indicador foi pactuada em 74%. O mesmo indicador também sofreu variação negativa nas GD, chegando a -51% na SCS, -63% na RES e -76% na NHNI e também não pode ser realizada análise, pois os dados ainda são parciais. Os métodos contraceptivos são ofertados de forma regular e a variação se deve à falta de um método, o que leva ao uso de outro. Houve variação negativa (-2,5%) na coleta de exames citopatológicos na faixa etária prioritária (25-69). A razão de exames realizados pactuada na PAS é de 0,16 e o alcançado foi de 0,12, apresentando variação negativa no comparativo com 2011. Com relação ao número de exames de mamografia na faixa etária prioritária, houve aumento de 5%, bem como houve aumento de 0,1 na razão de exames realizados, (0,14 p/ 0,15/1000), sendo que a meta pactuada é de 0,18. Em relação à **Saúde do Idoso**, o relatório descreve o significativo aumento da população idosa, verificado a partir do censo de 2010, que corresponde a 15% do total, sendo que 2,3% são de pessoas com mais de 90 anos. No quadro 61 são apresentadas as metas da PAS 2012, os dados não estão apresentados no corpo da tabela e sim no final do capítulo, apenas é informado na tabela que se busca estimular junto às Unidades de Saúde o uso da Caderneta do Idoso. Sobre as internações de



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

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



idosos por fratura de fêmur, os dados de 2012 demonstram uma redução, da mesma forma que as internações por AVC. Em relação à meta de criar um Centro de Atendimento à Pessoa Idosa, o qual ainda não foi apresentado e aprovado pelo CMS/POA, o relatório informa que já está em fase de obras. Os gráficos demonstrativos do acesso a consultas médicas básicas e especializadas demonstram uma certa estabilidade no acesso às consultas, que correspondem a 20% do total de consultas. No entanto, no Gráfico 10 é possível identificar uma diminuição na oferta total de consultas médicas na Atenção Básica, o que certamente se reflete no acesso da população idosa a essas consultas também. Já em relação às especialidades, a correlação está mantida. Em que pese a afirmação de que o acesso dessa clientela às consultas médicas está garantido e facilitado (filas próprias e agendamento por telefone), sabe-se que não é esta a realidade em toda a cidade, e seria interessante apresentar esses dados por Gerência. Em relação às primeiras consultas odontológicas, a SMS reconhece a timidez dos números, já que em 2012 o total de primeiras consultas foi menor do que em 2011 e os idosos ocuparam somente 6,1% das mesmas. Há referências a um Programa de Protetização em um futuro próximo, no entanto a Política de Saúde do Idoso ainda se constitui um desafio, pois deve se ter em mente que mais do que dados de atendimento deve-se trabalhar o respeito e o direito dos que estão envelhecendo ao atendimento, pois com suas limitações e necessidades precisam de profissionais devidamente habilitados para atendê-los.

19. No capítulo sobre **Populações Vulneráveis**, em relação à **Saúde da População Negra** a análise epidemiológica, embora tenha sido referida como estratégica para a reflexão da política, não aparece descrita por área temática como consta no relatório. Sobre as metas da PAS 2012 relativas à política, ainda não foi realizada a análise dos dados com enfoque nos quesitos raça/cor e etnia em 100% dos sistemas de informações como previsto na meta 107, embora se trate de meta anual. As duas metas seguintes (108 e 109) constam como não atingidas, mas como não há descrição do indicador, não é possível aferir o seu alcance até o momento, pois se tratam de metas anuais. O mesmo ocorre com a meta 115, que prevê a implementação de diretrizes clínicas em 100% das equipes que atendem mulheres afro descendentes em situação de vulnerabilidade. É importante salientar que a saúde da população negra foi destacada como ação mais votada na 6ª Conferência Municipal de Saúde, o que confere à política grau de alta prioridade, no entanto o cumprimento das metas ainda está aquém do esperado, considerando a promoção de equidade em saúde proposto neste relatório e priorizado pela população. Quanto aos **Povos Indígenas**, foram descritas ações realizadas para a implementação da equipe multidisciplinar de saúde da família indígena, como o encaminhamento do edital ao IMESF, realização de seminário sobre a atenção à saúde a respeito das diferenças culturais dos coletivos indígenas. Com relação às metas 112 e 113 de reduzir os eventos diarreicos em crianças indígenas menores de 5 anos e atender integralmente os portadores de diabetes e de hipertensão nas comunidades indígenas estão sendo atingidos com elaboração de instrumento e início de levantamento respectivamente, o que leva a concluir que a política começa a se constituir, embora não haja comparativo com o ano anterior, bem como não há análise dos indicadores das metas. Em relação à Saúde da **População Prisional**, como a implantação da Política iniciou no começo de 2011, não havendo registros na época, não é possível fazer comparações com o 1º quadrimestre de 2012. Mesmo assim, apesar das imensas dificuldades de aplicar um efetivo trabalho, principalmente de prevenção, no Presídio Central, é possível afirmar que hoje há uma oferta mínima de atenção à saúde neste local. Quanto à Penitenciária Feminina Madre Peletier, da mesma forma não há como comparar registros e ressaltar que já está sendo aplicado o Teste Rápido em HIV e Sífilis.
20. No capítulo sobre **Controle Social**, é descrita a rede descentralizada tendo sido omitidos os Conselhos Gestores do HPS, dos Hospitais do GHC e a Câmara Técnica do Hospital Parque Belém. Também é apresentado relatório das atividades do CMS e as pautas do Plenário. É importante de ser destacado o fato de a SMS ainda não ter providenciado instalações adequadas ao CMS e aos Conselhos Distritais de Saúde, bem como ainda não ter constituído as assessorias necessárias ao exercício do controle social, quais sejam: de comunicação, jurídica e contábil. Da mesma forma, a Comissão de Contratualização não tem contado com a participação efetiva e regular da gestão, e as CPACS não tem se reunido como prevê a normatização do SUS.
21. Conclusão: O Relatório de Gestão do 1º Quadrimestre de 2012, segue o Roteiro acordado, embora ainda careça de análises sobre os dados apresentados. São apresentadas as metas da PAS 2012, no entanto, em relação às mesmas, nem sempre são apresentados os dados e indicadores respectivos.



Conselho
Municipal
de Saúde
SUS Porto Alegre

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



Em relação às ações desenvolvidas, ressaltam-se positivamente a redução da mortalidade de mulheres em idade fértil e melhoria na atenção ao câncer de mama. Verifica-se melhor capacidade de gestão no âmbito da regulação dos serviços assistenciais contratados a prestadores privados, com destaque para a redução do bloqueio das agendas dos prestadores privados contratados e a ampliação da oferta de consultas especializadas. Destacam-se ainda as relacionadas a execução de obras e reformas e aquisição de equipamentos, além do excelente desempenho das equipes de Vigilância em Saúde. Em contrapartida, como aspectos negativos, salienta-se a baixa efetividade da rede de Atenção Básica, especialmente na ESF, que apesar do aumento físico de cobertura, isto é, o quantitativo de serviços implantados, a capacidade de atendimento não cresceu na mesma proporção pela conhecida falta de profissionais na composição das equipes. Também a demora na implantação do Protocolo de Manchester na rede de Pronto Atendimento fica evidente na discrepância entre os indicadores comparativos entre os serviços. Ainda se evidenciam problemas importantes relacionados à falta de pessoal, alegados em todas as áreas como justificativa para o não atingimento das metas propostas, como é o caso da cobertura vacinal, saúde bucal, saúde mental e saúde nutricional. O relatório sequer faz menção à implantação do IMESF e não são apresentadas as transferências de recursos financeiros para este novo órgão, que, segundo o que prevê a legislação deve ser estabelecido através de um contrato de metas. O relatório financeiro também evidencia que o Fundo Municipal continua não operando conforme determina a legislação vigente, sendo incluídas entre as despesas com ASPS, algumas que não estão em conformidade com a Lei 141/12, na medida em que não estão previstas no Plano Municipal de Saúde e não tem a aprovação do 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 da Secretaria Técnica