

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: 11, 18 e 25 de abril, 02, 05 e 23 de maio de 2012		
ASSUNTO: Relatório de Gestão do 4º trimestre e Anual de 2011		
ENTIDADE: Secretaria Municipal de Saúde		
PARECER Nº: <b>14/12</b>	APRESENTAÇÃO: 1) Completa > sim 2) Dentro do Prazo > sim	AVALIAÇÃO :

I - RELATÓRIO

Para responder à consulta, nossas análises levaram em consideração a Resolução 36/2004 que determina prazos e conteúdos dos Projetos e Ações em Saúde para o município de Porto Alegre. Nesse sentido, o Relatório em análise foi entregue ao CMS em duas etapas: o Anexo financeiro foi encaminhado em 03/02 e o Relatório descritivo das ações em saúde em 29/03. A documentação recebida estava completa, embora não sendo observado plenamente o Roteiro definido pela Resolução 36/2011, e algumas informações, especialmente em relação à execução financeira, foram aportadas posteriormente pela SMS. 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. Neste debate, restou acordado que o parecer não deverá ser descritivo do Relatório apresentado, devendo se deter na análise e apontamento dos aspectos relevantes, que mereçam destaque. Assim, a análise dos documentos apresentados permitiu as seguintes considerações:

1. no capítulo da **Apresentação**, quando é descrito o processo de elaboração do RAG 2011, é referido que o mesmo teve como base a PAS 2011, o que cabe contestar, na medida em que a PAS 2011 não foi apreciada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo que a própria SMS concordou em retirar a sua análise da pauta de debates do CMS por entender que o documento não cumpria de forma adequada os requisitos técnicos estabelecidos no PlanejaSUS, não devendo, portanto, ser considerada como referência para a análise em pauta.
2. No capítulo sobre **Organização e funcionamento da SMS** é informado que o CEREST passa a ser a instância de coordenação da política de Saúde do Trabalhador, não restando claro, entretanto, se isso implica em alterações da forma de seu funcionamento enquanto uma estrutura de prestação de serviços à população, de vigilância e monitoramento, bem como de assessoramento e capacitação desta mesma política em âmbito regional.
3. No capítulo sobre **Legislação** é informado que as principais Leis criadas foram: Lei nº 053/10, que criou o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família – IMESF; Lei Complementar nº 681 de 28 de setembro de 2011, que readequou o Código Municipal de Saúde no que se dispõe sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência e Lei 11.140, de 14 de outubro de 2011 que instituiu a Gratificação de Incentivo à Qualidade.
4. No capítulo sobre **Participação em instâncias colegiadas** deve ser corrigida a denominação da SETEC/CMS. Também é informada a Resolução CIB/RS nº 405/11 que aprovou a alteração de denominação dos Colegiados de Gestão Regional - COGERE do Estado do Rio Grande do Sul, que passam a ser chamados de Comissões Intergestores Regionais – CIR.
5. No capítulo sobre **Habilitação a recursos**, de acordo com o Roteiro aprovado, devem ser informados apenas os novos recursos a que o município se habilitou no período analisado. Neste sentido, não foi informado sobre os recursos advindos a partir da adesão ao Pacto, bem como em relação às ações de

média e alta complexidade (MAC) da assistência, e tão somente a habilitação das Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal da USF Paulo Viaro, no quarto trimestre.

6. No capítulo sobre **Gestão na Saúde** é apresentada a reestruturação da ASSEPLA, que deveria ter sido informada no capítulo 2, descrevendo o processo denominado "ParticipaSUS", que pretendeu capacitar trabalhadores, conselheiros e gestores das regiões de Gerências Distritais de Saúde, para o acompanhamento das metas estratégicas do PMS 2010-2013. Sobre a **Gestão do trabalho em saúde** 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, tampouco houve a constituição de mesa de negociação dos trabalhadores como preconiza a legislação vigente. Há referências inclusive ao Plano de Carreira Médica, vigente a partir do segundo semestre de 2011, que além de não ter contribuído para o aumento de profissionais da área, que inclusive diminuíram em 2011, constitui-se em ilegalidade, configurando ação inconstitucional, pois contraria a Lei Orgânica do Município de Porto Alegre, em seus artigos 33 e 34. Em relação aos **Atendimentos Funcionais** o relatório não descreve os principais problemas funcionais e tampouco propostas de solução. Na **Educação permanente em saúde** aparece a consolidação da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço, que se expressa através do número significativo de capacitações e de pessoas capacitadas pela SMS, mais que o dobro em 2011. Há demonstrativo do avanço e consolidação dos Distritos Docentes Assistenciais, indicando uma maior capacidade de gestão da SMS nesta área. Quanto aos **Estágios**, foram ofertadas 830 vagas de estágio de nível superior por projeto/programas pela SMS e utilizadas apenas 494, inclusive diminuindo a ocupação em relação à 2010 (527), o que nos leva a crer que há dificuldades no processo de contratação que não foram superadas em 2011. Por outro lado, houve aumento considerável no número de estágios não remunerados, na modalidade de Práticas, (1.950 para 2.396), reflexo da atuação da integração Ensino Serviço, pactuada na CPES, já referida. Sobre **Ética e Pesquisa em Saúde** houve aumento no número de requerimentos, pareceres emitidos e projetos apresentados (+ 24). Há um descritivo das linhas de pesquisa mais procuradas, mas não há um comparativo dos projetos em andamento e concluídos no período. Em relação à **Humanização da Assistência e da Gestão em Saúde**, as principais ações realizadas foram a constituição dos Grupos de Trabalho da Humanização, em 7 das 8 GDs, 2 hospitais e 3 PAs, e na CGVS, bem como atingir 50% dos serviços de saúde de APS com reuniões de equipe e Conselhos Locais constituídos. Não há descrição de ações no PA Restinga e não foram informadas ações desenvolvidas na CGVS. No caso das reuniões de equipe, 58,60% dos serviços da atenção primária as realiza e 43% destes serviços contam com Conselho Local de Saúde. Neste item não aparece o comparativo com o ano anterior, pois não há informações referentes a 2010. Estas ações são ainda incipientes e insuficientes, aquém da proposta da política de humanização com ações transversais. Sobre a **Ouvidoria do SUS**, estão disponibilizadas as informações relativas às demandas atendidas ou analisadas e às demandas não atendidas, onde há aumento tanto com relação à primeira (+ 1.623), e também com relação à segunda (+ 574). Não há a descrição das demandas por região da cidade nem as principais reclamações especificando as cinco primeiras, como propõe o Roteiro aprovado, inclusive no acesso ao 156 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 2011, realizados para promover ações em saúde desenvolvidas pela SMS ou para prevenção de agravos à saúde, com destaque para campanhas de prevenção das DSTs e AIDS, Dengue, Tuberculose, prevenção à violência, ações que proporcionaram o fortalecimento do SUS, como a vigilância de alimentos, saúde nutricional, produção de material gráfico para ações em saúde mental, saúde da população negra, saúde da mulher, saúde bucal, educação permanente, Inforede e ouvidoria. As ações tiveram como foco principal a efetivação das metas previstas no Plano de Saúde específicas e em parceria com as políticas já citadas.
7. No capítulo sobre a **Rede de serviços e referências**, é informado que em relação à **rede de APS**, a mesma foi ampliada, e a cobertura pela ESF passou de 25,36% em 2010 para 32,51% em 2011. Se consideradas as equipes de APS do SSC/GHC, a cobertura atingida é de 40,04%. Sobre este aspecto cabe considerar que a cobertura efetiva do território por equipes de saúde, só ocorre se as equipes estão em pleno e efetivo exercício, ou seja, se elas estão completas no seu quadro de trabalhadores, o

que não ocorre com a ESF em Porto Alegre, que passa períodos importantes com sérias falhas na constituição das equipes, especialmente em relação ao profissional médico. Situação que não se resolveu com a criação do IMESF. Neste capítulo, embora se trate da rede de APS, é informada também a rede ambulatorial especializada, onde consta a implantação de um CAPSi e um CAPSad, bem como Consultório de Rua, pelo GHC, serviços que não tiveram a aprovação do CMS. Não é referido o CPASad Cruz Vermelha que foi aprovado em 2011. Além destes, consta na planilha descritiva da rede própria 6 Centros Especializados, sendo que em 2010 o RAG informou a existência de 7. Sobre o Centro Especializado Camaquã, não é do conhecimento do CMS que este serviço se constitua num centro especializado. Em relação à **rede de Urgências e Emergências**, é informado que a mesma não sofreu alteração em relação ao trimestre anterior, no entanto, não há referências em relação a 2010. Na comparação com as informações do RAG 2010, é possível verificar que a rede de Pronto Atendimento se mantém a mesma e em relação ao SAMU não há informações. Sobre a **rede de serviços ambulatoriais e hospitalares**, o que cabe destacar é a ampliação de 82 leitos em 2011, sendo 35 leitos no Hospital Beneficência Portuguesa e 47 no Hospital Vila Nova que passou a ser 100% SUS. Também destaca-se o processo de reabertura do Hospital Independência, que em 2011 definiu a sua gerência administrativa através da Sociedade Sulina Divina Providência.

8. No capítulo sobre **Infra-estrutura e apoio**, são informadas as obras realizadas, onde constam as reformas de ampliação do CEO Bom Jesus; UBS Belém Novo; UBS Morro Santana; USF Alto Embratel; USF Ernesto Araújo; USF Ilha dos Marinheiros; UBS Pequena Casa da Criança; USF São Gabriel; CS Murialdo; CS IAPI, para a implantação do Ambulatório de oftalmologia; CS Vila dos Comerciantes, que incluiu o telhado, recepção, rede elétrica e Auditório com salas de aula e banheiros pelo projeto Pró-saúde. Também foi feita reforma na antiga sede da UBS Vila Jardim para a entrega do prédio que era locado. Foram instaladas Salas de Grupo, através de recursos do PRONASCI em 5 Unidades de Saúde (5ª Unidade, Restinga, Herdeiros, Vila Pinto e São Pedro). Foram concluídas as obras de construção de novos prédios para as Unidades de Saúde São Vicente Mártir, Wenceslau Fontoura e Santíssima Trindade, além da implantação da Base do SAMU Humaitá e das novas Unidades de Saúde Chapéu do Sol e Núcleo Esperança. Cabe salientar que diversas destas obras constam da planilha de investimentos aprovada pelo CMS, ao mesmo tempo que outras tantas não fazem parte da relação prioritária definida pelo CMS. Da mesma forma constam ainda no relatório as obras e projetos em andamento para o biênio 2012/2013, onde diversas delas também não constam da referida planilha, contrariando deliberações do Plenário do CMS.
9. No capítulo sobre **INFOREDE**, como se trata de relatório Anual, as justificativas apresentadas em relação ao Projeto de Modernização e Informatização em Saúde, para o ano de 2011, mantém coerência, pois a aplicação de um Projeto de tal dimensão, em uma rede de saúde tão diversificada e carente como a de Porto Alegre, é um desafio. Entretanto, se por um lado são compreensíveis as dificuldades a serem vencidas, por outro lado não se pode deixar de exigir, por exemplo, que a Empresa contratada para implementar a Informatização tenha a capacidade mínima para conduzir este processo. É importante lembrar que no relatório do 3º trimestre foi apresentada uma Planilha de Monitoramento da Execução do Projeto, e que não aparece no relatório anual, onde era possível verificar que a GSH não estava, aparentemente, dando conta do empreendimento. Em função destas dificuldades o CMS, através da abertura de Processo Administrativo, solicitou maiores esclarecimentos à SMS, o que até o momento não ocorreu. É importante ressaltar que na pg. 71 do RAG 2011, onde se afirma, em relação à empresa, que "...a medida que a empresa adequou-se às necessidades requeridas...." as preocupações do CMS com relação a adequação da Empresa ao porte do projeto se confirmam. Desta forma, e na medida em que se trata de uma prestação de contas, o RAG 2011 não informa de maneira adequada a execução deste Projeto, uma vez que foram contratadas metas de implantação que não são apresentadas no relatório. No lugar destas são trazidas metas da PAS 2011 que, conforme já explicitado na inicial deste parecer, não tem validade enquanto instrumento de avaliação, e além disso, as mesmas utilizam indicadores que não são compatíveis para informar o cumprimento das ações previstas.
10. No capítulo sobre **Atenção Primária em Saúde**, cabe retornar à Tabela 25, que apresenta o aumento na cobertura da rede de serviços de atenção primária, através do aumento de equipes na Estratégia de Saúde da Família, o que deveria refletir no aumento quantitativo de atendimentos para a população de Porto Alegre. No entanto, no Quadro 20, referente à Produção na Atenção Primária a Saúde, nota-se

redução preocupante nas consultas médicas e visitas domiciliares por ACS nas Unidades da ESF. Portanto, a relação de aumento na cobertura da rede, mostrada pela tabela 25, não se refletiu objetivamente no atendimento da população no ano de 2011. Os números apresentados pelas tabelas implicam em cuidado redobrado para justificar o investimento feito com recursos públicos. Por outro lado, temos a considerar o atendimento individual realizado por enfermeiros, que aumentou 17.062 no ano de 2011 em relação a 2010. A Tabela 32 mostra que apenas a Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro aumentou o número de consultas médicas, as demais tiveram resultados preocupantes chegando a gerência Restinga-Extremo Sul a uma redução de 22,43% no ano de 2011, no mesmo período em que ocorreu o aumento substancial de cobertura da ESF na cidade.

11. No capítulo sobre **Atenção Básica Especializada**, nomenclatura esta que não permite identificar com clareza o que se descreve, são apresentadas ações em Saúde Bucal, Saúde Nutricional, Assistência Farmacêutica e Saúde Mental. Em relação à **Saúde Bucal** são apresentados os cinco indicadores para monitoramento e avaliação do cuidado de saúde bucal do município de Porto Alegre, onde é possível avaliar que o desempenho da política ainda é extremamente deficitário. 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 2010, em todos os demais as metas não foram atingidas, tendo, inclusive, ficado bastante aquém do proposto. Além disso cabe salientar que em relação ao segundo indicador, que conforme informa o relatório, é “não cumulativo”, a tabela apresentada está errada, na medida em que apresenta dados de forma cumulativa. Outro destaque a se fazer é a apresentação das metas da PAS 2011, já salientadas anteriormente, mas em especial o que se avalia em relação à cobertura especializada pelos CEOs, pois o serviço que é atendido através da Faculdade de Odontologia da UFRGS é considerado implantado, e sabe-se que o mesmo é praticamente inoperante. Em relação à **Saúde Nutricional** é importante ressaltar que os relatórios regionais evidenciam a entrega em período hábil dos dados pelas regiões, o que indica uma melhora no gerenciamento no ano de 2011. Embora tenha sido atingido incremento de 19% nos procedimentos em geral, a redução registrada nas regiões NEB e PLP são evidenciadas pela falta de profissionais, fato recorrente no município e de competência integral da gestão e portanto sujeita à avaliação do Plenário do CMS. Embora tenha ocorrido aumento de 9,60% nas consultas do período, permanece o desequilíbrio regional, com variação positiva de 46,73 na GD-NHNI e de 40,05 na GD-Centro e um decréscimo de -46,91 na GD-PLP e -31,72 na GD-SCS, e não há comparativo de vulnerabilidade. Em relação às atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde nutricional, embora tenha ocorrido, na totalidade, aumento de 14,61%, na região SCS o relatório mostra que não houve a remessa de dados, portanto, aponta problema de gerenciamento. Novamente apresenta-se o mesmo desequilíbrio regional, pois enquanto se avançou 105,33% na região da GD-LENO, houve uma redução de 64,40% na região da GD-Centro. Quanto aos demais procedimentos, o documento não apresenta avanços significativos, embora mostre um aumento de 7,9% nas visitas domiciliares, permanecendo a falta de registros e/ou entrega de dados. Quanto às refeições servidas, ocorreu aumento nas refeições servidas apenas na Casa de Apoio Viva Maria. Nas demais unidades ocorreu redução na distribuição. Em relação à **Assistência Farmacêutica**, na Tabela 43 é possível verificar que embora tenha ocorrido, em relação a 2010, aumento no total das receitas atendidas num percentual de 8,54%, por outro lado ocorreram pequenas reduções nas gerências NHNI, GCC e LENO, onde esta redução foi de 17,29%, o que já é significativo. Com relação às farmácias distritais ocorreu um aumento de 7,89%, com redução pouco significativa na FD Macedônia. A Tabela 44 informa sobre os recursos financeiros aplicados na compra de medicamentos, demonstrando um acréscimo de 46,82% no período 2010/2011, no entanto a proporção de aumento em unidades distribuídas para a população correspondeu a apenas 13,43%. Na Tabela 45, o período apresentado é apenas o 4º trimestre, não sendo descritos os valores relativos ao ano de 2011. Em relação à **Saúde Mental**, destaca-se que no atendimento a crianças e adolescentes, é apresentada apenas a produção dos CAPSi, não se falando da atenção nesta área de uma maneira mais ampla. Neste sentido, são apenas referidos os NASCA como serviços que devem “modificar a sua ação, atendendo as faixas etárias de 0-18 anos incompletos e os agravos correspondentes à saúde integral, especialmente à saúde mental”. Os CAPSi apresentados, com exceção do do GHC, que ainda não está credenciado, apresentam produção decrescente na comparação com 2010. O do HCPA tem uma produtividade irrisória. Com relação às internações de adolescentes de 10 a 19 anos, o quadro 27 mostra que ocorreu redução

apenas por esquizofrenia (-27%) e Psicose não-orgânica (-52%). As demais causas de internação sofreram aumento, em especial os casos de depressão e uso de múltiplas drogas, esta última, somada às internações por uso de cocaína e crack corresponderam a 30% de todas as internações em Saúde Mental neste grupo etário. A Tabela 49 mostra o atendimento de consultas por profissionais de nível superior (não médicos) na atenção básica, indicando que isto ocorre em apenas três gerências distritais: NHNI, SCS e RES e com redução drástica, quando comparado a 2010, num total de -56,83%. Da mesma forma, nas consultas em Saúde Mental na atenção especializada a Tabela 50 traz a redução preocupante (-21,89%) nas 5 das 8 gerências que contam com estes recursos. A redução no atendimento é justificada pela falta de pessoal. Em relação às consultas médicas em Saúde Mental, a redução em relação a 2010 (-21,66%), também é justificada pela redução do número de psiquiatras na rede. A Tabela 56 informa que a taxa de cobertura por CAPS aumentou, sendo considerada pelo gestor como boa, e a informação sobre este aumento de cobertura é a implantação do CAPS ad da Cruz Vermelha, embora este não conste do item descritivo da rede especializada, como já apontado. Quanto à Oficina de Geração de Renda, houve redução no total de atendimentos, não ocorrendo inclusive visitas domiciliares institucionais. É justificada por uma diminuição dos encaminhamentos dos CAPS e aumento de usuários da rede básica e ainda algumas questões de fluxos destes encaminhamentos.

12. 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 2011, o que já foi questionado anteriormente. Cabe destacar a baixa cobertura da vacina Dupla adulto em gestantes (44,13%); o aumento do número de casos de hanseníase (40%), que embora seja uma baixa incidência, sugere necessidade de sensibilizar a rede de saúde para este agravo; com relação à política de HIV-AIDS e Hepatites Virais, embora o quadro epidemiológico se mantenha em patamares preocupantes, é importante ressaltar que no ano de 2011 houve uma retomada significativa da condução da mesma, principalmente em HIV-AIDS, pois a Equipe da Coordenação Técnica foi ampliada, com qualificação, tendo como um dos principais objetivos a descentralização, que iniciou com a aplicação do Teste Rápido, numa primeira etapa em gestantes, processo que começou na Gerência Partenon-Lomba do Pinheiro, e que tem como objetivo final disponibilizar este exame em todas as Unidades de Saúde, Pronto Atendimento e Equipes de Saúde da Família do município. É importante considerar que isto certamente desencadeará toda uma outra linha de necessidades, que vai desde a abertura de outra Equipe de SAE, como é o caso da Região Centro, em que as obras já iniciaram no final do ano, bem como revisão e melhoria na regulação das referências e contra referências para portadores de HIV/AIDS, que incluía a rede própria e a contratada. É importante também destacar a criação, embora esta informação não conste no item correspondente, do Comitê de Mortalidade em AIDS, em dezembro de 2011, que busca estudar a fundo as causas das altas taxas de óbitos por AIDS em Porto Alegre. Sobre as Hepatites Virais, no ano de 2011, embora também não conste no item respectivo, houve a designação de um profissional para coordenar e conduzir a área técnica, da mesma forma que a Vigilância em Saúde, apesar da dimensão do problema e do número escasso de profissionais, tem feito um trabalho dedicado e exemplar, principalmente no acolhimento e encaminhamento de pacientes. A EVDT estabeleceu, junto aos laboratórios, a notificação compulsória de todos os resultados reagentes e, com isto, os casos notificados, investigados e confirmados tiveram uma variação positiva em relação a 2010, de 71,43 para hepatite B e 61,55 para a hepatite C, sendo Porto Alegre, hoje, a capital de maior taxa de detecção para Hepatites Virais, conforme publicado no Boletim Epidemiológico ano II, Nº 01/MS. Em relação à Tuberculose, é sabido que em razão da alta incidência da doença em Porto Alegre, foi constituída, em 2010 uma Força Tarefa que tinha por objetivo construir uma estratégia de ação para combater a epidemia na cidade. A proposta foi entregue ao CMS em novembro de 2011. Neste item também são apresentadas as metas da PAS 2011, ao invés das que constam no Plano aprovado. Observa-se que a meta 25 não é informada, pois depende de questões gerenciais, no caso da informatização que ainda não se concretizou no caso da TB, dificultando a centralização das informações para uma avaliação mais fundamentada, além do que o banco de dados do SINAN ainda não está completamente atualizado. Outro grande desafio que está posto é a busca do “Sintomático Respiratório” onde, por exemplo, em 2010 não havia o registro/avaliação destes, em Porto Alegre, e em 2011 foram registrados/avaliados 7.412, atingindo 53% da meta, que era de 13.898 pacientes. Nos casos novos estimados, a meta de diagnóstico prevista pelo Ministério da Saúde é de 70%. Porto Alegre estabeleceu a meta de 80% a cada ano.

Conforme a tabela 74, a meta alcançada foi de 99% da meta estimada, mas se nos atermos a 6 Gerências Distritais, há uma variação geral negativa, de -119, que são das regiões com maior incidência de TB, com a ressalva da atualização de dados do SINAN. A SMS supõe que algumas gerências estão com dados muito díspares por possivelmente não terem alimentado o banco de dados no tempo devido, o que cabe questionar, pois é informada a consulta à base de dados de dezembro de 2011, no entanto o relatório foi entregue em março de 2012. No caso da Gerência Partenon - Lomba do Pinheiro, onde houve a maior redução do número de casos diagnosticados, há o Presídio Central, que mesmo fazendo parte daquela região/gerência, tem de ser avaliado de uma forma diferenciada (na tabela seus dados aparecem em separado). Na tabela 75, sobre Casos Novos de TB Bacilíferos Pulmonares, a meta atingida foi 100% dos casos esperados, e a variação em relação a 2010 ficou negativa em -152, sendo que nesta situação apenas a gerência Glória-Cruzeiro-Cristal não apresentou redução. Sobre as taxas de cura e de abandono, entre os casos novos bacilíferos, os números de 2011 ainda não são apontados pois tecnicamente a avaliação é feita sobre o ano anterior, no caso 2010, segundo o padrão da OMS. Tanto para a baixa taxa de cura quanto para a alta taxa de abandono é reconhecido pela gestão da SMS que isto se deve em grande parte à não descentralização do Programa de Controle da TB para a Rede Básica. Neste sentido, o relatório indica uma série de mecanismos e propostas para entrarem em ação já nos primeiros meses de 2012. Na segunda parte, sobre **Prevenção e Controle de Riscos à saúde decorrentes da produção e do consumo de bens e serviços**, a maioria das metas foi atingida. Na terceira parte, sobre **Vigilância, prevenção e controle de Doenças Não Transmissíveis e outros agravos**, coube destacar em relação ao Programa de Controle do Tabagismo, que é justificada a dificuldade de planejamento para 2011, o fato de o mesmo ter ficado sem coordenação em 2010. Há referência de parceria com a SMED, que deve iniciar somente no segundo semestre de 2012.

13. No capítulo referente ao **Sistema de Regulação Municipal**, no item relacionado à produção Hospitalar, não é possível realizar uma análise da quantidade total de serviços ofertados, pois a Tabela 97 é um demonstrativo do valor faturado pelos prestadores, donde chama atenção que isoladamente a Santa Casa foi o prestador com o maior volume de recursos, e na Tabela 98 são informadas somente as internações reguladas pelo Sistema Informatizado em 2011 e não há informações sobre os dados de 2010. Em relação à regulação das consultas e exames ofertados e regulados, cabe referir que na página 65 consta apenas um total de 300.000 consultas ofertadas pelos prestadores, destinadas 45% para o Estado e 55% para Porto Alegre. No Relatório de Gestão de 2010, foram apresentadas informações importantes para uma análise, como consultas criadas (ofertadas), bloqueadas, disponibilizadas e agendadas, bem como o percentual de não agendadas, que não constaram no RAG 2011 e que cumpriam de forma melhor o Roteiro previsto.
14. No capítulo relativo aos **Hospitais Próprios**, sobre o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, conforme Tabela 102, houveram reduções no número de atendimentos no Bloco Cirúrgico (-30%) e nos Ambulatórios (-11%), atribuídas à demissão dos 285 funcionários da FUGAST. Entretanto, conforme Tabela 101 e Tabela 103, houve aumento de 2% no total de internações e de 8% nos atendimentos realizados. Nas tabelas 104, 105 e 106, não foi possível fazer uma análise por falta de dados do ano de 2010. Na Tabela 107 existe um erro no número de Boletim/dia em 2011, onde o total (78.458/365) é igual a 214 e não 315, e faltam os dados de 2010. Nesta Tabela é informado aumento de produção de 7% na Sala de Emergência e de 2% nas Internações, bem como redução de -7% na Produção Geral/Dia, -25% nas Cirurgias/Dia e -12,5% em Aleitamento Materno. Na Tabela 108, destaca-se como positiva a redução da Infecção Hospitalar em -29,6%, a mortalidade em -25% e o aumento da Taxa de Ocupação de Leitos em 49%, embora com a ressalva de que no período, em função da demissão dos funcionários, houve fechamento de áreas de internação, o que precisaria ser considerado nesta avaliação. Aspecto negativo foi a redução das consultas ambulatoriais em -16%. Sobre o Hospital de Pronto Socorro, na Tabela 113 os Indicadores de Desempenho Anual demonstram que houve redução em praticamente todos os itens, com exceção da média de refeições distribuídas, em que houve aumento de 48,06%, cujo motivo são as refeições encaminhadas ao Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro, procedimento que teve início em abril de 2011.
15. No capítulo sobre **Atenção em Urgências e Transporte de pacientes**, é informado que em 2011 foi criada a Secretaria Executiva do Comitê Gestor de Urgência, que não constou do item 2, com objetivo de pactuar um trabalho em rede, estabelecendo fluxos e identificando soluções com representantes

das Emergências dos Hospitais Conceição, Santa Casa, Hospital de Clínicas, São Lucas e Cristo Redentor. Conforme Tabela 114, houve redução de 3,2% no total de consultas, reduzindo de 319.041 para 308.756. As desistências aumentaram em 15,1% passando de 28.563 para 32.863. Na Tabela 116, relativa aos atendimentos pediátricos, houve reduções de -4,6% no total de atendimentos e de -10,4% nas desistências. Sobre Classificação de Riscos nos Pronto-Atendimentos, conforme as Tabelas 117,118,119 e 120 a média geral da Classificação de Riscos nos PAs foi 87,2% de Verde e 8,7% de Amarelo. Na Tabela 121 de Classificação de Risco (CR), segundo o Grau de Risco Global (GRG), a pontuação é entre 1 e 5 e a média geral passou de 1,9 em 2010 para 2,1 em 2011. Em relação ao Plantão de Emergência de Saúde Mental (PESM) a Tabela 122 informa sobre o PESM-PACS, que houve redução de -6% no total de atendimentos, e em menores de 18 anos houve aumento de 57,8%. Em relação aos pacientes em Sala de Observação, houve aumento de 157% em Dependência Química, de 43,6% em Transtorno Bipolar e de 93,5% em Esquizofrenia. Sobre o PESM-IAPI, a Tabela 123 informa que houve aumento de 42,3% no total de pacientes atendidos, sendo que entre os menores de 18 anos este aumento foi de 48,3%. Em relação aos pacientes em Sala de Observação houve aumento na média de permanência de 1 para 1,4 dias, e o número total de pacientes neste tipo de atendimento se manteve estável. Com relação ao SAMU, a Tabela 124 informa sobre o Perfil das Ligações, em que o total se manteve em torno de 380.000 ligações, cabendo salientar que os trotes se mantém em torno de 30% e as regulações efetivas tiveram um aumento, correspondendo a 20%. Na Tabela 125 sobre Tipos de Atendimentos, registra-se aumento de 11,9% no total de atendimentos, passando de 30.186 para 33.777, sendo que as maiores demandas corresponderam aos casos clínicos 43,8% e Traumatologia 36,2%. No Quadro 51, que descreve o Coeficiente de Mortalidade dos Atendimentos Pré-Hospitalares, em 2011 este foi de 28,6 óbitos a cada 1.000 atendimentos. Se comparados aos indicadores dos anos anteriores, houve um aumento importante deste índice, pois em 2009 foi de 20,8 e em 2010, de 20,5.

16. Sobre o **Financiamento do SUS**, a análise da SETEC considerou a legislação vigente, em especial a EC- 29 e a Lei 141/2011, que a regulamentou. Também foram consideradas as normas e portarias do Ministério da Saúde e SES/RS, que disciplinam a aplicação dos recursos transferidos. Neste sentido, cabe considerar que:
17. o município informa que aplicou em Ações e Serviços de Saúde recursos próprios no percentual de 21,55%. No documento encaminhado ao Ministério da Saúde, para alimentação do SIOPS, o percentual informado difere deste valor, sendo que o percentual considerado efetivamente aplicado foi 21,13%. Isso ocorre em virtude de que a base dos dados que é utilizada para elaboração da planilha de execução financeira (Anexo II), não permite a exclusão de valores contabilizados no sistema de informações estaduais. A esse respeito, a diferença no valor percentual de aplicação encontrado corresponde a um valor nominal de R\$ 11.849.373,06, que deve corresponder aos valores transferidos à Associação dos Funcionários Municipais (AFM) para pagamento de serviços de "Assistência Médico-Hospitalar" aos servidores, entre outros. Entretanto, somente o valor correspondente a esta despesa totalizou, no ano de 2011, R\$ 12.377.278,88, que é superior ao que foi excluído no cálculo do percentual em análise. Além destes gastos, considerando o que estabelece a legislação já citada, não devem ser contempladas entre as despesas com ações e serviços de saúde aquelas que não cumprem o dispositivo de terem sido aprovadas pelo CMS, e/ ou as que não constam do Plano Municipal de Saúde. Neste sentido, somam-se ainda as despesas com transferências a entidades privadas, através de Incentivo Municipal à Estratégia de Saúde da Família, criado através de Portaria/SMS nº 131/2010, que não teve a aprovação do CMS, e que correspondeu ao valor de R\$ 2.882.355 transferidos ao Instituto de Cardiologia. Outra questão a salientar são as despesas com a PROCempa, que somaram, em 2011, R\$ 20.068.112,60, e não tem a sua cobrança efetuada através de notas fiscais que comprovem a efetiva execução dos serviços, permanecendo esta questão sem a devida explicação ao CMS, por parte da Secretaria Municipal da Fazenda. E sobre este último aspecto, cabe ainda salientar que a SMS contratou outra empresa para a tarefa de informatização da rede de saúde, projeto que já foi analisado anteriormente. Desta forma, sendo desconsideradas estas despesas, a efetiva aplicação em ações e serviços de saúde por parte da Prefeitura correspondeu a um valor nominal de R\$ 434.232.909,52, e ao percentual de 20,04%. Em relação às despesas com horas extras dos servidores municipais, esta correspondeu, em 2011, a R\$ 16.364.032,73 e a comparação com o ano de 2010 demonstrou que houve aumento de 18,93%, sendo que este aumento

foi mais acentuada a partir do 3º trimestre, justamente a partir da implantação do sistema informatizado de controle da jornada de trabalho, ou seja, o ponto eletrônico.

18. sobre as transferências estaduais, no ano de 2011, elas cresceram substancialmente se comparadas ao ano anterior. Ou seja, em 2010 o governo estadual repassou ao município de Porto Alegre um total de R\$ 5.244.657,06 e em 2011 este valor subiu para R\$ 24.721.962,00, correspondendo a um percentual de 371%. Em relação à utilização destes recursos, o Fundo Municipal de Saúde executou 51,49% dos mesmos, percentual superior ao de 2010, em que a execução correspondeu a 23,19%. A despesa mais significativa efetuada com estes recursos foi o repasse à FUC, seguido das obras e aquisições de terrenos do recurso da Gestão Plena, e a compra de medicamentos.
19. sobre as transferências federais, que totalizaram no ano de 2011 R\$ 481.279.009,00, elas representaram, proporcionalmente, um aumento menos significativo do que as demais (8,54%). O Fundo Municipal de Saúde executou 79,38% dos recursos disponíveis, percentual inferior ao realizado em 2010, que correspondeu a 83,42%. A maior parcela destas despesas correspondeu ao pagamento dos prestadores de serviços contratados, repasses à FUC e compra de medicamentos. Cabe ainda destacar as despesas efetuadas no âmbito da Vigilância em Saúde, que corresponderam a um percentual de execução de 58,65%, superior ao realizado em 2010, que foi de 34,7%. Cabe ainda salientar que a prestação de contas dos recursos repassados pelo Governo federal para o projeto PARTICIPA-SUS ainda não foi encaminhada ao CMS, como solicitado, tendo sido acordado que isto seria contemplado no RAG 2011, o que não ocorreu.
20. em relação a recursos de investimentos, foram executados o total de R\$ 7.680.618,74. Em outro capítulo do Relatório são informadas as obras realizadas, que não incluem os Hospitais e a Vigilância em Saúde.
21. Em relação ao que dispõe a legislação já referida, as despesas com ações e serviços de saúde devem ser executadas em sua totalidade, através dos Fundos de Saúde, o que ainda não ocorre em Porto Alegre, no que se refere aos recursos do Tesouro Municipal, bem como a gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde ainda são autorizadas e controladas através da Secretaria Municipal da Fazenda, engessando e dificultando a sua aplicação. A consequência deste fato, além do descumprimento do que prevê a legislação, é o acúmulo dos recursos financeiros que continuam se somando a cada ano, fato que se repetiu em 2011. Se comparado a 2010, o percentual de utilização dos recursos disponíveis, foi menor. Em 2010, ele correspondeu a 89,26%, e em 2011 foi de 87,09%. Desta forma, o saldo inicial em 2011, que era de R\$ 99.981.131,21, no final do ano restou em R\$ 140.625.498,75.
22. No capítulo relativo ao **Desempenho dos Indicadores no Ciclo de Vida**, coube salientar, em relação a **Criança e Adolescente**, que sempre a justificativa das baixas coberturas vacinais é a falta de pessoal, entre outras, e neste aspecto, o texto constante no relatório é exatamente o mesmo dos relatórios de anos anteriores, demonstrando que nada ocorreu no sentido de equacionar as causas deste grave problema. No quadro 55, que informa sobre a incidência de sífilis congênita, é possível verificar um expressivo aumento no indicador (+ 19,21%), aumento que ocorreu independente de raça/cor, no entanto com a incidência deste agravo sendo o dobro nas crianças negras, denunciando a necessidade de se qualificar o atendimento às gestantes negras, pois da mesma forma isso se evidencia com relação à incidência de AIDS em menores de 5 anos, agravo que também aumentou sua ocorrência em 2011, com evidente predomínio entre as crianças negras (7 vezes mais). Na página 191, há um quadro também de número 55, onde são apresentadas as metas da PAS 2011, já questionado, mas que se resume a discutir as modificações das metas. Em relação à Saúde Escolar, o quadro 56 informa o não atingimento das metas, fato que repete a situação de anos anteriores, e se justifica por problemas gerenciais, confessados como “dificuldades operacionais que dificultaram a ampliação da cobertura, como a inexistência de um local adequado nas escolas, a calibração dos aparelhos, e a logística de transporte da equipe e do equipamento”. Em relação à **Saúde da Mulher**, os indicadores de mortalidade, conforme a tabela 130, apresentam a diminuição do número absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que menos 63 mulheres morreram em 2011, comparativamente a 2010, representando uma variação de 11,5%. A principal causa é o distúrbio cardiovascular seguido das neoplasias, sendo a principal o câncer de mama. O número absoluto de morte materna manteve-se o mesmo em 2011, (6 óbitos), no entanto, observa-se redução da razão de morte materna, que mesmo não tendo atingido a meta, a redução constitui avanço, (32,9 para 32,1). A



meta pactuada é uma razão abaixo de 31/100.000. Todos os óbitos maternos são investigados, atingindo a meta pactuada, que é 100% dos casos. Do total de partos realizados, que teve variação para mais 2,6% em 2011, 46,69% foram normais e 48,12% foram cesáreos. Nos hospitais públicos o índice de cesarianas foi de 38,5%, acima do preconizado, que é de 27% para os hospitais de baixo risco e 35% para os de alto risco, e nos hospitais privados este índice foi de 84,2%. Sobre a saúde sexual e reprodutiva, a oferta de contraceptivos se mostra contínua e regular, com alguma variação no fornecimento do anticoncepcional injetável mensal para mais, em virtude da falta no mercado do anticoncepcional trimestral. Houve aumento no número de casos de morte por câncer do colo do útero em relação a 2010. O total de exames citopatológicos na faixa etária de 25-59 anos aumentou em 1% (+ 569 exames), mas não atingiu a meta, razão de 0,16 na população alvo, sendo mantida a razão de 2010 em 2011 (0,14). Houve aumento no número de exames de mamografias e de ecografias mamárias em 2011, assim como das mamografias realizadas na faixa etária de 50-69 anos. A razão de 0,17, que é a meta proposta, foi atingida. Houve queda da mortalidade pelo câncer de mama em relação a 2010, embora seja ainda pouco significativa. Em relação à **Saúde do Idoso**, verifica-se falta de programação de ações educativas e preventivas, bem como de oferta de atendimento especializado e exames complementares adequados. O Centro de Atendimento à Pessoa Idosa continua como projeto, sem a devida efetivação.

23. No capítulo sobre **Populações Vulneráveis**, o relatório descreve que o Prêmio Equidade em Saúde foi importante para promover a equidade em saúde da população negra, que é um dos objetivos desta política, mas com relação à implementação de uma política municipal de atenção à Doença Falciforme, é informado que a mesma será definida em protocolo, sem no entanto avaliar a situação, bem como não traz uma avaliação geral da implementação da política municipal de saúde da população negra, considerando sua prioridade, inclusive como proposta mais votada na 6ª Conferência Municipal de Saúde. Em relação à Saúde da População Prisional, é importante destacar que no ano de 2011 foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde o Plano Municipal de Saúde Prisional, que dentre as suas metas tinha a inclusão de 2 Equipes de Saúde no Presídio Central e 1 no Presídio Feminino Madre Peletier, o que se concretizou, já trazendo resultados expressivos, principalmente em relação a óbitos no Presídio Central, que neste ano de 2011 foram de apenas 4. É necessário chamar a atenção que a reorganização dos serviços de saúde nestes estabelecimentos penais está sendo retomada recentemente e é conhecida de todos a precariedade deste Sistema sendo que, devido às dificuldades operacionais, deve-se ter presente que os resultados deverão vir muito lentamente. Quanto aos Povos Indígenas, o relatório não fornece informações, justificado pelo fato de não ter implantado equipe multidisciplinar indígena. Como esta população é atendida por UBSs da rede, nos parece adequado que constassem as informações. Não constam no relatório as informações solicitadas no roteiro, referentes ao n de visitas domiciliares e a cobertura vacinal.
24. No capítulo sobre **Controle Social**, é apresentado relatório das atividades do CMS, do seu Plenário, Núcleo de Coordenação, Comissões, Secretaria Executiva, Assessoria Técnica, representações em outras instâncias do Controle Social, bem como a execução orçamentária do CMS, que correspondeu a 76,25% do seu orçamento, correspondendo a R\$129.599,00. Destacamos que por decisão judicial o orçamento do CMS foi estabelecido em R\$140.000,00, em 2009, e vinculado seu reajuste à arrecadação anual do município que em 2011 aumentou, e no entanto este valor não constou do orçamento municipal. Outra questão importante de ser destacada é 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. Enfim a SMS não consegue ou não tem interesse em cumprir nem mesmo o acordo judicial que fez com o CMS em novembro de 2009. No ano de 2011 foi realizada a 6ª Conferência Municipal de Saúde, com média de 200 participantes nas pré-conferências regionais.
25. Conclusão: O Relatório Anual de 2011, embora siga o Roteiro acordado, ainda não contempla todas as informações pertinentes, e neste sentido cabe salientar que para o ano de 2011, por acordo entre a SMS e o CMS, a PAS 2011, que deveria ter sido a base de análise para o desempenho anual da gestão, não foi encaminhada para deliberação do Plenário, não servindo, portanto, como base para este parecer. Em relação às ações desenvolvidas, ressaltam-se positivamente a reestruturação da área técnica de DST/HIV/AIDS, com visível qualificação da condução das ações nesta área, incluindo a atenção e o cuidado às Hepatites Virais, que ganharam visibilidade e ações efetivas. A redução da

mortalidade materna e melhoria na atenção ao câncer de mama também são ações que merecem destaque positivo, bem como a implementação da Política Municipal de Saúde Prisional. Verifica-se melhor capacidade de gestão no âmbito da regulação dos serviços assistenciais contratados a prestadores privados, onde também se destaca a ampliação do número de leitos disponíveis para o SUS. Destacam-se ainda as relacionadas a outras ações de gestão, como a Educação Permanente, o apoio na constituição de Conselhos Locais de Saúde, bem como a realização da 6<sup>oa</sup> Conferência Municipal de Saúde. Em contrapartida, o ano de 2011 foi marcado pelo explícito desrespeito ao Controle Social, na medida em que o Governo Municipal encaminhou à Câmara de Vereadores a Lei que criou o IMESF, que foi rejeitada pelo Plenário do CMS, e que efetivamente repercutiu de forma negativa na organização, funcionamento e capacidade operacional da rede de Atenção Primária em Saúde, fato este que se revelou na redução importante de consultas médicas e visitas domiciliares realizadas pelas equipes da ESF. A consequência direta deste problema se reflete na contínua sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência, em especial dos hospitais, pois concomitantemente ocorreu um aumento no tempo de espera nos Pronto Atendimentos, o que redundou em aumento significativo nas desistências por atendimento nestes serviços. É evidente a crise relacionada à falta de pessoal, alegada em todas as áreas como justificativa para o não atingimento das metas propostas, como também é o caso da saúde bucal, saúde mental e saúde nutricional. Em algumas delas se verifica, inclusive, importante redução na oferta de serviços, ao mesmo tempo em que se informa aumento de demanda nas emergências, como é o caso da atenção em saúde mental a crianças e adolescentes, especialmente relacionada ao uso de drogas/crack. O processo de informatização da rede de saúde também preocupa na medida em que diversas metas estão atrasadas, o que por sua vez se reflete na implementação do sistema de regulação da rede de saúde, sugerindo-se a este respeito, que sejam apresentadas, de forma objetiva as fases de implementação do projeto contratado à empresa GSH. Por fim, o desempenho da Ouvidoria demonstra que a SMS ainda não explora este mecanismo como importante espaço de cidadania e propulsor de políticas, garantidor de acesso e espaço privilegiado do olhar do usuário, contribuindo para avaliar e propor alternativas para qualificar a gestão e os serviços do SUS.

## **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

Ata aprovada na Reunião do Plenário do dia 21/06/2012