

## SECRETARIA TÉCNICA

### PARECER TÉCNICO

**INTERESSADO:** Conselho Municipal de Saúde

**AVALIADOR:** Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde

**DATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA:** 21/09/22, 28/09/22 e 05/10/22

**ASSUNTO:** Análise do Plano Municipal de Saúde 2022-2025

**ENTIDADE:** Secretaria Municipal de Saúde - SMS

**PARECER Nº:**

**01/23**

**APRESENTAÇÃO:**

1) Completa > sim

2) Dentro do Prazo > sim

**AValiação :**

Aprovado na Plenária do dia 19/01/2023

**UF/MUNICÍPIO**

RS/POA

**SEI**

**21.0.000116429-2**

## I - APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde para o período 2022/2025 (PMS 2022/2025) foi entregue ao CMS/POA em 12.11.21 através do processo **SEI 21.0.000116429-2**.

O processo de construção do PMS teve início com a formação de Grupo de Trabalho (GT PMS)<sup>1</sup> onde o CMS/POA se fez representar pelas Conselheiras Ana Paula de Lima e Maria Letícia de Oliveira Garcia onde apresentaram dois documentos produzidos pelo CMS: a Análise da Programação Anual 2019 elaborado pela SETEC e Retrocessos da Política de Saúde Mental no Município elaborado pela Comissão de Saúde Mental, objetivando subsidiar o debate e a elaboração das propostas. Quanto à sua estrutura, o PMS 2022/2025 atende aos dispositivos propostos pelo Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS) e divide-se em **três blocos**:

**1**-Análise Situacional, **2**-Objetivos, diretrizes e metas e **3**- Monitoramento e Avaliação.

O primeiro bloco subdivide-se em **14 eixos**: **1** - Caracterização Geral do Território; **2** – Determinantes Sociais de Saúde; **3** – Condições de Saúde da População; **4** – Políticas Públicas, Ciclos de Vida e Saúde das Populações Vulnerabilizadas; **5** – Caracterização dos Distritos Sanitários; **6** – Estrutura do Sistema de Saúde; **7** – Redes de Atenção à Saúde; **8** – Regulação; **9** – Vigilância em Saúde; **10** – Estrutura Organizacional; **11** – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; **12** – Sistema de Informação em Saúde; **13** – Situação Orçamentária e Financeira; **14** – Gestão em Saúde.

No segundo bloco consta a descrição de **01** diretriz, **09** objetivos e **64** metas.

No terceiro bloco consta a descrição dos documentos legais, como: DigiSUS, Relatórios Quadrimestrais de Gestão e Relatórios Anuais de Gestão.

## II. Metodologia:

A representação do CMS se fez presente em todas as reuniões do GT relativas à Análise Situacional. Foi pontuada a necessidade de destacar as pendências do PMS anterior, período 2018/2021, na medida em que o referido documento foi aprovado pelo plenário do CMS, **com ressalvas**, ou seja: condicionando a apresentação das políticas para a Aten-

1 Os documentos citados encontra-se no link <https://drive.google.com/drive/folders/11uYuPKge57LE2gYe8dCGiVRa-AKGMUQdO?usp=sharing>

ção Básica e a Saúde Mental no decorrer daquele período. À vista disso, o CMS também afirmou a necessidade de que as novas Metas estabelecidas dessem sentido de continuidade ao PMS vigente devido à importância da manutenção da Atenção à Saúde bem como à identificação e priorização dos problemas deste conjunto de ações que envolvem todos os níveis de governo, a fim de que possam expressar o que de fato deverá ser **implementado** para superar, reduzir ou mesmo eliminar ou controlar os problemas identificados na Análise Situacional.

Considerando o período de pandemia Covid 19, onde se viveu o isolamento social, o CMS apontou a necessidade de possibilitar a participação dos territórios nesta análise visto que as discussões acerca do PMS 2022/2025 ficaram restritas aos grupos de monitoramento, o que ocasionou dificuldades na compreensão de todos, principalmente dos conselheiros. Tendo em vista o atual cenário de fragilidade organizacional dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde foi necessário efetuar ajustes no cronograma de trabalho do PMS 2022/2025 a fim de contemplar as discussões nos territórios, no período de maio a junho de 2021, cujas reuniões tiveram como foco e produto a análise situacional dos Distritos Sanitários e a apresentação das diretrizes ao PMS **alinhadas às deliberações** das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, ocorridas em 2019. As reuniões com esta pauta foram realizadas em 10 Conselhos Distritais de Saúde e também ocorreram de forma colegiada no Fórum dos Conselhos Distritais de Saúde. Igualmente, os temas deliberados pelo Plenário do CMS no decorrer desse período foram incluídos na Análise Situacional deste PMS 2022/2025.

### III. ANÁLISE :

1. Primeiramente, cabe reportar a intempestividade desta análise e as razões que impossibilitaram o CMS de deliberar acerca do PMS 2022/2025: em 2018 o secretário da saúde promoveu a denominada **interdição** ao CMS de Porto Alegre que consistiu na adoção de medidas obstativas ao seu funcionamento retirando as condições materiais e logísticas para o pleno exercício do controle social na sede do CMS e em todas suas instâncias. Agindo desse modo, extrapolou as competências legais do Executivo sobre o Colegiado, explicitando uma postura autoritária, antidemocrática e de abuso de poder. Os integrantes do Núcleo de Coordenação tiveram seu acesso às dependências do CMS impedido, assim como foram proibidos de acessar documentos, e-mail e site do Conselho. Tais atos afetaram as atividades do CMS, bem como comprometeram o exercício do Controle Social, sobretudo a efetividade das atribuições legais do órgão e **têm repercussões até o presente momento**. O atual Secretário da Saúde aprofundou o ataque à democracia e ao exercício do Controle Social encaminhando à Câmara Municipal de Porto Alegre projeto de Lei que alterou o caráter deliberativo do colegiado e que está sob disputa judicial. ([http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=576&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=576&p_secao=8)).

2. Conforme citado anteriormente, o PMS 2018/22 foi aprovado com **ressalvas** e com a condição de que a gestão submetesse ao plenário do CMS as Políticas de Atenção Básica e de Saúde Mental. Com relação à política de Atenção Básica, a mesma foi apresentada em

18.08.2022 e a deliberação do plenário considerou o histórico das ações em saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica em Porto Alegre, mas **reprovou** a proposta apresentada pela gestão municipal consignando as seguintes considerações:

**2.1** A proposta exibida não respeita as resoluções e deliberações do CMS e das Conferências de Saúde;

**2.2** O modelo de Saúde da Família como diretriz do modelo de cuidado não tem sido respeitado, coexistindo vários tipos de equipes em uma mesma US;

**2.3** A organização dos processos de trabalho foi reduzida à lógica **consulta e procedimento**, em modelo de AB focalizado e não abrangente;

**2.4** A prioridade dada para a produção de quantitativo de consultas, em lógica biomédica que afronta os princípios da integralidade e da equidade e os atributos da longitudinalidade e da coordenação do cuidado;

**2.5** Não há informações atualizadas sobre o censo da população de rua, que segundo informações do Movimento Nacional das Pessoas em Situação de Rua, o número estimado deste segmento está muito abaixo da realidade, tendo demanda para 12 Equipes de Consultório na Rua;

**2.6** Identifica-se ausência da Atenção Domiciliar Tipo I no escopo das ações e responsabilidades das US, como uma atribuição fundamental da AB;

**2.7** Não há ampliação de US para atender aos vazios assistenciais, e sim a concentração de equipes numa mesma US como forma de encobrir as equipes incompletas, a rotatividade dos profissionais e a insuficiência de oferta de cuidado, frente à ampliação e complexificação das necessidades em saúde;

**2.8.** O trabalho dos Agentes comunitários de Saúde tem sido descaracterizado e submetido a essa lógica vigente, não havendo garantia da cobertura de ACS para a população adstrita das equipes de Saúde da Família.

Diante das considerações acima referidas, avalia-se que o conjunto de metas propostas neste PMS 2022/2025 não será suficiente para atingir o objetivo a que se propõe, sobretudo no que diz respeito à qualificação da Atenção Primária por meio da ampliação do acesso. Nesse sentido, destacaremos a seguir os aspectos que indicam, por vezes, a inviabilidade de tais propósitos:

**A)** A reedição da PNAB em **2017**<sup>2</sup> na qual diminui nº mínimo de ACS, promove o desfinanciamento dos NASF, abre possibilidades para novos rearranjos de equipes de atenção básica, retrocedendo para uma AB de pacote de serviços biomédicos de cunho curativista. Cria a modalidade de equipe de Atenção Primária (EAP), que deveria trabalhar com as mesmas diretrizes da ESF, porém sem a obrigatoriedade de uma equipe mínima e com a carga horária dos profissionais mais flexível, permitindo contratos de até 10h semanais.

**B)** Em **2018**, sem aprovação do CMS, a Secretaria de Saúde inicia a implantação de Clínicas da Família, extrapolando o número máximo de equipes por US previstas na própria PNAB e na Resolução CMS 09/2013 incidindo em unificação de US de um Distrito de Saúde de forma a romper com a descentralização das US, especialmente das equipes de Saúde de

2 PNAB 2012 - <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Família que historicamente na cidade foram sendo implementadas nos territórios mais vulnerabilizados. Como consequência, temos o aumento das barreiras de acesso da população à atenção básica, baixos índices de cadastramento das famílias e com isso a ampliação da população adstrita sobrecarregando as equipes, diminuindo a qualidade do atendimento e a responsabilização e vínculo das equipes com as pessoas e famílias. Paralelo a isso, a Diretoria de Atenção Primária interferiu no critério da territorialização das equipes abrindo as US para atender pessoas que não pertenciam ao território; inicialmente nas US com horário estendido e depois ampliando para todas as US. Nesse período, ocorreu o fechamento de Unidades de Saúde e não houve abertura de novas US para atender aos vazios assistenciais e às comunidades de reassentamentos e novos empreendimentos habitacionais.

**C)** A estratégia adotada pela Secretaria para atingir as metas de cobertura de Saúde da Família foi a de ampliar o número de eSF em US alterando de forma arbitrária o georeferenciamento dos territórios e impossibilitando a implementação, de fato, dos atributos da Saúde da Família, uma vez que as equipes novas não estabeleciam as microáreas sob sua responsabilidade, nem realizavam o cadastramento da população. Essa manobra foi utilizada para simultaneamente ampliar o repasse de recursos federais e maquiar o suposto aumento de cobertura de Saúde da Família na cidade.

**D)** Em 2019, a Portaria Saúde na Hora (Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019 <sup>3</sup>) foi publicada tendo como objetivo ampliar o acesso e a cobertura de Atenção Básica, criando três formatos de adesão que exigem a configuração de Unidades de Saúde que concentrem de três a seis equipes de ESF, sem a obrigatoriedade de ACS, e com o intuito de promover um revezamento dos profissionais para atender em turnos estendidos: 12h diárias semanais ininterruptas ou 11h diárias ininterruptas e 5 (cinco) horas diárias aos sábados ou domingos, possibilitando atendimento noturno e aos finais de semana. Esse modelo pode ampliar a cobertura de Atenção Básica nos municípios, mas acaba concentrando Unidades de Saúde em um único local e reduzindo o número de Equipes Simples espalhadas pelo território.

**E)** Também em 2019, a SMS fechou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) existentes e remanejou os trabalhadores dessas equipes para serviços especializados. Essa decisão ocorreu na contramão de todo o processo de construção, sobretudo do apoio matricial na AB, que vinha sendo construído desde 2009. A consequência de tais atos teve como principal efeito a fragilização da AB que voltou a contar somente com as equipes mínimas, sem nenhum suporte especializado gerando descontinuidade, em especial ao avanço das ações de saúde mental na AB e da qualificação da Atenção Domiciliar Tipo I, que antes era realizada conjuntamente entre as equipes de referência e equipes de apoio.

O fechamento dos NASF pôs fim ao matriciamento, estabelecendo o encerramento das discussões de casos para construção de cuidados compartilhados e iniciando a implementação da Regulação através do sistema GERCON. Passou-se a ter retrocessos na qualidade e efetividade do atendimento no sentido da integralidade do cuidado e a produzir de-sassistência na AB dos casos que deveriam ser atendidos com resolutividade na Atenção

---

3 Portaria Saúde na Hora - [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2019/prt0930\\_17\\_05\\_2019.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2019/prt0930_17_05_2019.html)

Básica, mas que passaram a engrossar as filas de espera das agendas de especialistas, via GERCON.

A Carteira de Serviços foi reprovada pelo CMS por entender que fere os princípios da universalidade e da integralidade, uma vez que determinadas US disponibilizariam diferentes ofertas assistenciais, e que esse arranjo se baseia numa concepção de atenção básica focalizada e não abrangente, restringindo assim as atribuições da AB. Além disso, essa proposta tem foco estruturante “biomédico” reduzindo as ações da Atenção Básica à consultas e procedimentos e estabelece que a organização dos processos de trabalho e das agendas sejam organizados em 80% de demanda espontânea. Com isso evidencia-se a redução da Atenção Básica para ações mais clínicas - lógica do “bater metas”, além de interferir na qualidade da atenção, inclusive do ponto de vista psicossocial, isso em um contexto de agravamento das condições de vida e adoecimento mental.

De outro modo, a 8ª Conferência Municipal de Saúde reafirmou a ESF como modelo de AB e a implantação de todos os seus componentes com cobertura de 100%, inclusive de ACS, contratados via administração direta municipal. Assim, podemos inferir que a SMS, diante das medidas adotadas e elencadas acima, afronta as deliberações da 8ª Conferência.

**F)** Outro impacto importante a ressaltar é a ausência de participação social nas novas ações. Na mesma toada, a SMS aposta no repasse de 96% das US para entidades privadas como solução para a resolução dos efeitos da ação julgada pelo STF, de inconstitucionalidade do IMESF. Esse processo é iniciado no final de 2019, mas o que deveria ser uma saída provisória - que foi implementada sem chamamento público - foi sendo ampliada, mesmo havendo uma Ação Civil Pública (ACP) sobre o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) do município, que exigia da SMS a apresentação de uma solução definitiva para a gestão da Saúde da Família e da Atenção Básica na cidade. Mesmo com todos os apontamentos técnicos feitos pela SETEC/CMS explicitando as irregularidades desse processo e as deliberações do CMS que reprovaram a implementação desses contratos, a gestão da SMS deu seguimento aos mesmos e ainda incidiu nas US que não tinham Equipes de Saúde da Família e eram compostas por servidores públicos, promovendo o maior desmonte já vivido da Rede de Atenção Básica em toda a cidade, ao retirar servidores públicos das US para outros serviços especializados e hospitalares, na medida em que manteve somente **05 US** sob gestão direta da SMS, com equipes compostas por servidores públicos.

**G)** Já em 2020, a Pandemia de COVID 19 explicitou questões profundas de desigualdades sociais e da violação de direitos básicos no país. Houve falta de testes, demora na chegada da vacina e desorientação dos governos sobre medidas de prevenção. Contudo, o processo de cuidado da AB foi reduzido à Pronto Atendimento: a Gestão municipal seguiu descumprindo o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) assinado entre os Ministérios Públicos e prosseguiu com as demissões do IMESF implementando o **empresariamento da saúde** com o repasse para as entidades como “solução” para a Atenção Básica na cidade.

**H)** Em 2021, mais uma medida compromete o modelo ESF: é criado o aplicativo **156 + Poa** e quando da apresentação ao Plenário do CMS, é destacado pelo órgão responsável que a ação pretendida ocasionará a perda do território, na medida em que faculta o acesso de

qualquer pessoa a qualquer território. Somado a isso, em 2022 é aprovada Lei Municipal nº 932, de 6 de janeiro de 2022, que diminuiu o número de Agentes Comunitários de Saúde na AB, utilizando o índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS 2019) como critério, contribuindo sobremaneira para o enfraquecimento do modelo de Saúde da Família e a redução da cobertura de ACS na cidade.

Diante da adoção de todas as medidas acima referidas, chegamos em 2022 com a constatação da ausência de um trabalho articulado com a política de Saúde Mental, alicerçada no cuidado em liberdade nos territórios e **a oferta de diferentes modelos de cuidado na AB, assim como composições de equipe e instituições diversas na gestão da Atenção Básica ficando evidente a desorientação de modelo único de AB na cidade, na medida em que coabitam essa variação ferindo diretamente os princípios da Universalidade, da integralidade e da equidade.** Os efeitos nefastos agravados com o cenário da Pandemia são a baixa efetividade da AB e o não cumprimento dos atributos essenciais da integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

É importante salientar que desde os anos de 2018 e 2019, quando da discussão e deliberação das Programações Anuais de Saúde, o CMS vem apontando inúmeras críticas que ensejaram propostas alternativas àquelas da gestão municipal, como podem ser observadas no documento sobre a Programação Anual de Saúde 2019, Parecer nº 25/19

([http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu\\_doc/25.19\\_pas\\_2019.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/25.19_pas_2019.pdf)) que, no entanto, não foram adotadas.

**3.** Com relação à **Política de Saúde Mental**, também **ressalvada** quando da aprovação pelo CMS do plano de saúde anterior (2018/2021) e considerando a insuficiência das metas estabelecidas para o referido período, foi estabelecida a possibilidade de inclusão de outras metas no processo da elaboração das Programações Anuais de Saúde 2018/2019/2020/2021. Contudo, as novas metas apresentadas pela Comissão de Saúde Mental/CMS para essa política não foram agregadas pela gestão municipal e tampouco as propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde Mental ocorrida em 2022 foram contempladas no Plano Municipal de Saúde ora analisado. De outro modo, a gestão municipal adotou uma série de medidas e decisões que contribuíram ainda mais para a degradação das ações em saúde mental ofertadas à população:

**3.1** Em 2021 foi publicado novo organograma da SMS alterando a nomenclatura das Equipes Especializadas. Tal mudança ocorreu sem debate com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sem a devida apreciação prévia do CMS, conforme estabelece a Lei 277/1992. Nesse sentido, a medida adotada desconsiderou deliberação da IV Conferência de Saúde Mental/2011 que destacou a importância da formalização dessas equipes, na medida em que as alterações propostas abrem precedentes a mudanças na divisão territorial das equipes e ainda afrontam as diretrizes da Atenção Psicossocial (regulamentadas pela Portaria nº3088/2011) rompendo com a lógica da descentralização e dos serviços de base territorial e comunitária, que na organização da Rede de Atenção à Saúde em Porto Alegre é estruturado em 17 Distritos de Saúde.

**3.2** O Reordenamento proposto pela SMS em relação à organização administrativa e à gestão dos Distritos de Saúde, provocou um retrocesso na medida em que foi implementada a **redução das 08 Gerências Distritais para 04 Coordenadorias de Saúde**, na contramão de todos os apontamentos feitos pelo CMS e contrariando a diretriz da descentralização no SUS. Com essa mudança, a SMS passa a incorporar os componentes que antes pertenciam a duas Gerências Distritais em uma só Coordenadoria, interferindo gerencialmente na organização dessas redes locais e dos Fóruns RAPS que também estavam organizados nas 08 Gerências Distritais. Nesse sentido, as modificações realizadas configuram um retrocesso ao acúmulo técnico-político construído ao longo dos 32 anos do SUS, da Política de Saúde Mental e da RAPS, além das fartas evidências científicas no campo da Saúde Coletiva que apontam no sentido da maior efetividade da rede de base territorial, vinculada as demais redes intersetoriais, considerando a dimensão sociocultural e comunitária da organização dos territórios. Vale salientar, que a Gestão Municipal promoveu a unificação das Gerências Distritais sem um diálogo efetivo com o controle social.

O CMS tem afirmado a necessidade de aprofundamento da organização da RAS por Distrito de Saúde, para aproximar as US e os componentes da RAPS cada vez mais das necessidades desses territórios com suas especificidades. Destaca-se ainda, a incoerência da gestão da SMS na medida em que o planejamento em Saúde para a elaboração do PMS utiliza como base para a Análise Situacional de saúde o georreferenciamento através dos Distritos de Saúde; portanto, se observa uma divergência entre o planejamento com suas diretrizes, metas e ações que são a base do Plano Municipal de Saúde e a condução dessas mudanças na organização da Atenção Básica e na gestão da Rede de Atenção à Saúde nos territórios.

**3.3** A fragilidade da composição da RAPS na cidade, que ao longo dos últimos anos não tem conseguido ampliar a cobertura de CAPS e sequer garantir a composição das equipes existentes, por insuficiência da reposição das vacâncias, que têm ficado em média em 32%. Tal situação incide diretamente no aumento das filas de espera e barreiras de acesso aos CAPS, por não estar sendo garantido o cumprimento da Portaria nº 336/2002 em relação à composição das equipes. Neste sentido, os CAPS não têm funcionado com acolhimento de portas abertas, devido à forma como estão pactuadas as referências extrapolando a cobertura populacional nos Distritos de Saúde onde são vinculados. Essas barreiras de acesso e a inexistência de CAPS III acabam por deslocar a porta de entrada que deveria ser a AB e os CAPS para os Plantões de Emergência em Saúde Mental. Os problemas desses serviços vêm sendo apontados reiteradamente pela Comissão de Saúde Mental indicando processos de trabalho e composição de equipe inadequados para garantir o cuidado integral na perspectiva da atenção psicossocial, na medida em que não há psicólogos na equipe, reforçando uma lógica manicomial e biomédica centrada no tratamento medicamentoso e na internação.

**3.4** Em relação à garantia do funcionamento dos CAPS com porta aberta, não houve avanço nesse sentido, sendo que a SMS não garantiu nos serviços sob sua gestão direta a reposição das vacâncias para a composição mínima das equipes de CAPS II, CAPS I e CAPS AD II próprios e, assim, as mesmas não atendem o escopo de funcionamento previsto da Porta-

ria nº 336/2002. A não ampliação de outros CAPS tipo II e CAPS I enfraquece a organização dos CAPS como referência territorial, na medida em que esses serviços assumem mais de um Distrito de Saúde e isso implica no descumprimento dos parâmetros populacionais das Portarias e Normativas, descaracterizando esses serviços na nossa cidade. Tal posicionamento sustenta-se na deliberação da última Conferência de Saúde de 2015 que elegeu como primeira prioridade para a cidade a ampliação e consolidação da RAPS. Destacamos ainda, que em 2016 o Plenário do CMS deliberou pela priorização dos componentes de infância e adolescência, devido a maior fragilidade da mesma e pela necessidade de garantia do pressuposto da proteção integral e prioridade absoluta previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente. Não foram implementados nenhum dos CAPSi que estavam previstos desde o edital de chamamento de 2018, agravando as barreiras de acesso para a Atenção em Saúde Mental de crianças e adolescentes. Também não foram implementados os CAPS III, que estavam previstos e indicados para fortalecimento para RAPS no segmento adulto, que só conta com 04 CAPS II para toda a cidade.

**3.5** A ampliação de Residenciais Terapêuticos prevista também não ocorreu e ainda segue a contratualização com o Instituto RENASCER, mesmo estando sob ação investigatória da Polícia Federal. Destacamos ainda, que a cidade, além de não garantir os parâmetros de cobertura populacional previstos para os CAPS, não possui todos os componentes da RAPS, como: Unidades de Acolhimento, NASF e Centros de Convivência.

**3.6** Em relação ao atendimento para pessoas com uso de álcool e outras drogas, apontamos a posição contrária em relação à contratualização de Comunidade Terapêutica para Adolescentes, em coerência com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental que não reconhecem as comunidades terapêuticas como serviços de saúde, assim não poderiam receber repasse de recursos dos Fundos de Saúde. A abertura de vagas nessas comunidades terapêuticas para adolescentes viola os direitos básicos contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente e as diretrizes da atenção psicossocial. Essa contratualização desvia recursos importantes que deveriam financiar a ampliação do CAPS I para atendimento desse segmento populacional, garantindo assim cuidado integral de base territorial e comunitário, articulado em rede intersetorial.

**3.7** Embora solicitado, não foi apresentada uma análise situacional da composição de pessoal, em todos componentes da RAPS próprios, a fim de garantir a composição mínima das equipes bem como a formalização das mesmas, conforme deliberado na Conferência Municipal Intersectorial de Saúde Mental de 2010, prejudicando assim o planejamento para a RAPS, na medida em que não há parâmetros pactuados de composição de equipe e cobertura de população que possam estar associados aos indicadores de saúde, critérios epidemiológicos e na identificação das áreas prioritárias e dos vazios assistenciais para um planejamento robusto de médio e longo prazo.

**3.8** A forma como foi realizada a implantação do GERCON para acesso aos serviços da RAPS - de modo unilateral e sem a prévia capacitação de todos os componentes da RAPS para que fossem feitas as adequações necessárias com as especificidades – produziu barreira de acesso em função da falta de planejamento adequado para uma implantação segu-

ra, como deve ser feito em qualquer mudança que envolva protocolos assistenciais e mudanças de organização de acesso. Gerou, ainda, retrocessos no processo de trabalho na perspectiva da articulação em rede e da discussão dos casos e sua priorização, na medida em que a regulação é biomédica e centralizada, e a matriz de agravos utilizada tem o foco na doença - e não na funcionalidade e nos problemas reais apresentados pelos sujeitos - sendo insuficiente para a discussão das singularidades e complexidade de cada caso, na perspectiva da atenção psicossocial. Desde 2019, a Comissão de Saúde Mental/CMS vem apresentando apontamentos em relação à necessidade de revisão dos processos de regulação via GERCON na RAPS, por exemplo: a inclusão dos CAPS II e I neste sistema impede o funcionamento previsto no escopo das normativas que regulamentam esses componentes que é o acesso de base territorial de portas abertas. A Comissão de Saúde Mental apresentou um documento para a Coordenação de Saúde Mental (CASM/SMS) em 2021 acerca dos retrocessos sobre a Rede Atenção Psicossocial com várias sugestões de alteração para qualificação do GERCON, como sistema de agendamento e prontuário eletrônico para a RAPS e da necessidade de revisão da matriz de agravos e dos mecanismos de acesso, que nos componentes da RAPS não podem ser reduzidos a essa modalidade de regulação. Todavia, as sugestões não foram absorvidas pela SMS.

**3.9** Também não foi retomado o fluxo de priorização do agendamento dos casos de crianças e adolescentes em situação de crise - o que é um retrocesso - e provavelmente terá repercussão no aumento do número de internações para esse segmento populacional. Já foi indicada a urgência quanto à adaptação do sistema a essas necessidades. Nesse sentido, faz-se necessária a inclusão de ações para avaliação dos impactos referentes ao modelo implantado em relação à análise da demanda reprimida (fila de espera) e o acesso à RAPS, bem como a relação com o número de internações. Entendemos que os sistemas de informações e prontuário eletrônico devam ser meios para qualificação da trajetória de cuidado e não finalidade em si mesmo. Desse modo, é mister incluir meta associada para mensurar essa qualificação.

**3.10** O apoio matricial foi suprimido das ações em saúde desde 2019 e na medida em que esta ação tem um caráter estratégico na ampliação do cuidado em saúde mental na APS representou significativo retrocesso na articulação entre a Saúde Mental e Atenção Básica, sobretudo pelo acúmulo técnico-político que vem destacando essa estratégia como prioritária para qualificação da Saúde Mental na AB. Nessa mesma esteira ocorreu o fechamento dos NASF, fato que foi repudiado pelo CMS.

Diante do elenco de apontamentos dispostos acima, a Comissão de Saúde Mental/CMS realizou a análise do PMS 2022/2025, aliada à discussão do documento apresentado pela CASM/SMS contendo a Política de Atenção Psicossocial, por entender ser necessária a articulação entre os documentos. O objetivo de tal análise foi possibilitar o diálogo com a gestão municipal a fim de construir propostas subsidiárias à elaboração do PMS em relação ao tema, bem como revisar as ações e decisões tomadas na gestão anterior, visto que desconsideram as deliberações do CMS e das Conferências. Sobretudo, pretendia-se construir uma Política alinhada às diretrizes e aos princípios do SUS, da Lei 10.216/2001 que dispõe

sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental e das diretrizes da Portaria nº 3088/2011 que organizam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Por outro lado, a CASM/SMS enviou o documento para análise da Comissão em fevereiro de 2022 sendo que paralelamente ocorria a preparação para a realização da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental, realizada em abril, restando combinado que a coordenação de Saúde Mental/SMS revisaria o documento de acordo com as deliberações da Conferência, para posterior análise do documento reformulado. Contudo, a gestão municipal não apresentou quaisquer alterações ao documento. Sendo assim, coube à Comissão proceder à análise do PMS-2022/2025 à luz das deliberações da 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental. Nesse sentido, observou-se uma dissonância e incoerência entre esses documentos e a total desconsideração das propostas da Conferência e dos apontamentos de relatórios anteriores - especialmente na análise da PAS 2019 - onde foi indicada a necessidade de inclusão de novas metas para o PMS em vigência, bem como ações que contemplassem a prioridade e a relevância da Rede de Atenção Psicossocial, o que de fato, infelizmente não ocorreu. Desse modo, podemos inferir que as Metas elencadas não correspondem à situação clínico-sanitária descrita neste documento. Por exemplo: a **Meta 15** que pretende implantar 07 (sete) novos serviços da Rede de Atenção Psicossocial corre o risco de não ser efetiva, visto que na PAS/2022 está prevista a implantação de 06 (seis) novos residenciais terapêuticos; contudo, até o momento não foi solucionada a pendência jurídica referente à entidade contratualizada Instituto Renascer, bem como não foi aberto novo Edital de Chamamento Público para Residenciais Terapêuticos. De outra sorte, atualmente a RAPS conta com 02 Serviços de Residencial Terapêuticos (SRT) próprios e 04 contratualizados, conforme descrito na matriz diagnóstica das RAPS (p. 32) contida na proposta de Política Municipal de Atenção Psicossocial; e nessa matriz há a indicação de necessidade de mais 06 SRT. A **Meta 16** que pretende implantar o Plano Estratégico de Saúde Mental compartilhado entre Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para pessoas em situação de rua com garantia de fluxo e acompanhamento integrado está inadequada, na medida em que este tema é de responsabilidade da Política de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Rua, lembrando que até o momento essa Política não foi apresentada ao CMS. Do mesmo modo, a **Meta 12** que prevê formular e implantar 12 (doze) Linhas de Cuidados prioritárias (Diabetes, Doença Cardiológica, Doença Respiratória Crônica, Doença Falciforme, Câncer, **Depressão/Risco de suicídio, Transtornos de Ansiedade**, Sífilis, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites), não se mostra suficiente para superar os agravos destacados, considerando que uma linha de cuidado consiste em construir o percurso dos usuários na rede de assistência. Faz-se necessário construir e ampliar o acesso das pessoas às necessidades em saúde, por isso reafirma-se a priorização da RAPS, a reposição das vacâncias para a garantia das equipes completas, incluindo metas vinculadas ao monitoramento em saúde mental, apoio matricial, diminuição do número de internações e reinternações, priorização dos CAPSi, bem como a implementação dos componentes inexistentes na cidade, como NASF, Centro de convivência, Unidade de Acolhimento e CAPS III. Essencial, ain-

da, é a inclusão de metas que garantam a cobertura populacional dos CAPS para que possam funcionar com portas abertas, atendimento diário e atendimento à crise e ainda a garantia da implementação do Grupo Condutor da RAPS e dos Fóruns RAPS por Distrito de Saúde e a pactuação da matriz diagnóstica da RAPS como referência para a identificação das necessidades da cidade e sua priorização pactuada na Comissão de Saúde Mental. Propostas de Metas para Saúde Mental: **Reduzir a taxa de reinternação em saúde mental em 5%.**

Ante a exposição dos motivos acima referidos fica explicitado que as medidas e ações em Saúde Mental adotadas pela gestão municipal, não foram priorizadas de forma compatível com as necessidades apontadas pelas Conferências de Saúde e deliberações do CMS para dar conta das necessidades crescentes da população e que, portanto, pode-se inferir que as Metas apresentadas neste documento para esta Política são insuficientes para atingir o objetivo proposto neste Plano de Saúde que pretende “ampliar o acesso e aperfeiçoamento das redes de atenção em saúde” conforme restou demonstrado e que também consta na proposta de Política de Saúde Mental apresentada à Comissão de Saúde Mental/CMS, que ainda não foi submetida à deliberação do Plenário do CMS .

### **Panorama Epidemiológico**

Inicialmente são apresentados os dados de **Mortalidade Geral** entre 2011 a 2019, em que Porto Alegre comparativamente ao Brasil e o RS tem um coeficiente de mortalidade geral (CMG) maior de todos (8,60 óbitos). Por Distrito Sanitário entre 2011-2020 temos o Extremo Sul com maior índice de CMG. Por faixa etária de 0 a 1 ano de idade os distritos Norte e Lomba do Pinheiro apresentam os maiores coeficientes de mortalidade (2.39 e 2.33) e nas faixas de 20 a 49 anos, os distritos Nordeste e Restinga (23.32 e 16.37). Quanto as Causas de Mortalidade no período de 2011 a 2020 despontam as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas respectivamente. No quesito Raça/Cor/Etnia quanto as causas de mortalidade as doenças se diferenciam predominando entre pessoas negras, causas externas e doenças infecciosas e parasitárias enquanto que em pessoas brancas as doenças do aparelho respiratório seguida de causas externas. **Na Mortalidade Infantil** identifica-se uma redução de 13% (7,86 óbitos por 1.000 nascidos vivos) - 2011 a 2020. Comparativamente manteve-se abaixo dos coeficientes apresentados no Brasil e RS (2011 a 2019). **Na Mortalidade Materna** há uma **queda** no coeficiente no período de 2011 a 2020, mas quando se relaciona a raça/cor verifica-se que é maior em mulheres negras. Nas **Mulheres em Idade Fértil**, há predomínio de doenças neoplásicas (câncer de mama e de colo uterino), sendo o HIV a segunda maior causa de mortes nesta faixa etária. É importante considerar que estas doenças são definidas como causas evitáveis.

Nas **Doenças Transmissíveis** as análises da **Tuberculose (TB)** demonstram que em 2020, (pandemia pela Covid-19), o Brasil registrou um coeficiente de incidência da Tuberculose de **31,6 casos por 100 mil habitantes**, enquanto Porto Alegre registrou **74 casos por 100 mil habitantes** (uma queda acentuada em comparação ao ano de 2019, quando registrou 84,4 casos/100mil habitantes; porém, a capital ainda mantém altos índices de incidência

de TB). Neste período houve redução no número de notificações de TB e aumento do abandono do tratamento, no município. Com relação à taxa de cura entre os casos novos de TB pulmonar através de confirmação laboratorial, em Porto Alegre foi de 46% e no Brasil foi de 70,1% no ano de 2019. Quanto ao coeficiente de mortalidade com TB como causa básica em Porto Alegre, neste mesmo ano foi de 4 por 100mil, enquanto que no Brasil, foi de 2,2 óbitos por 100 mil habitantes.

Os dados apontam uma tendência de redução na taxa de detecção de **HIV/Aids** apesar de Porto Alegre ainda constar nos primeiros lugares entre as capitais. Destaca-se a ocorrência de casos de Aids na raça negra nos últimos anos com uma média de 35% dos casos. Quando analisada a faixa etária observa-se uma centralidade em 2019 entre 25 a 34 e 35-44 anos (26,5% e 30,2%) e em 2020 respectivamente (27,4% e 31,6%). Apesar da estabilidade nos últimos anos, Porto Alegre mantém destaque obtendo o maior coeficiente de mortalidade por Aids entre as capitais brasileiras, apresentando 22,0 óbitos por 100mil (2019). Este coeficiente é cinco vezes superior ao coeficiente nacional.

Na **Transmissão vertical do HIV**, observa-se que nos anos de 2019 e 2020 a tendência da transmissão de crianças infectadas pelo HIV aumenta e a taxa de detecção de gestantes HIV diminui (dados preliminares). Este dado pode estar indicando uma falta de atuação das áreas que atendem a gestante na Rede de Atenção à Saúde. Por distrito sanitário predomina o Partenon, seguido da Restinga (2011-2020). Com relação à faixa etária prevalece a de 25 a 29 anos e no quesito raça/cor/etnia 43,4% das gestantes portadoras de HIV são negras.

Com relação à **Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita**, Porto Alegre está em primeiro lugar na taxa de detecção de sífilis em gestantes e em segundo com a maior taxa de incidência de sífilis congênita (2019).

Com relação às arboviroses cabe destacar que Porto Alegre teve o seu primeiro surto de **Dengue** em 2013, posteriormente a cada dois anos (2016 e 2019) sendo que o maior ocorreu em 2019.

Nas **Doenças imunopreveníveis** destaca-se a vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que com o advento da **pandemia do covid -19** acabou alterando a vigilância das doenças respiratórias centrando as análises laboratoriais na identificação do vírus desta doença emergente (2020). Os dados apresentados na vigilância da Covid-19 se relacionam o número de casos notificados, óbitos, permanência hospitalar, cura, raça/cor. Ainda considerando que neste momento de análise do enfrentamento desta doença as estratégias foram sendo definidas ao longo do curso da doença e num momento que não havia vacinas e tratamentos. Finaliza destacando a importância do enfrentamento das sequelas da Covid-19 pela “assistência”.

Na **cobertura vacinal** a análise descreve a série histórica em crianças <de 1 ano entre 2015 e 2020 demonstrando em sua maioria com índices abaixo de 80%. Este indicador é um sinal de alerta para os desdobramentos de baixas coberturas vacinais no ressurgimento de doenças preveníveis. Destaca-se que a vacina Papiloma vírus humano – HPV que potencializa a prevenção do câncer de colo uterino vem apresentando percentuais baixíssimos de

cobertura. A ampliação dessa cobertura incidirá na diminuição de número de casos de câncer de colo de útero.

**Nas Doenças e agravos Não transmissíveis**, tais como: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causa externas são consideradas as principais causas de morte (55%) da população de Porto Alegre. Também se destaca a referência aos transtornos de saúde mental com “pessoas que procuram atendimento na atenção primária à saúde uma em cada cinco sofre de pelo menos um transtorno mental ou comportamental sendo os mais comuns: a depressão a Ansiedade e o Abuso de substâncias psicoativas”.

Dentre as **causas externas**, considerada a sétima causa de morte entre residentes de Porto Alegre (2020), estão os homicídios. Em seguida, destacam-se as quedas de idosos, suicídio em homens jovens de 20 a 49 anos e os acidentes de transporte entre idosos e motociclistas.

O PMS afirma que: “a análise situacional em saúde da população descortina os panoramas que compõem a identificação de necessidades e aponta os principais problemas de saúde a serem enfrentados, assim como apresenta a construção de estratégias de respostas sociais”. Entretanto, o que se observa é a fragilidade das respostas da gestão à situação encontrada, na medida em que as metas propostas não parecem ser suficientes e adequadas para o enfrentamento desse cenário epidemiológico crítico.

### **População Negra:**

O PMS descreve que a Política de Saúde da População Negra no âmbito municipal busca efetivar a garantia dos direitos humanos à saúde desse contingente populacional no SUS, para tanto **considera fundamental o reconhecimento do racismo institucional como um determinante social histórico das condições de saúde da população negra**. Descreve a taxa de cura da tuberculose maior entre a população branca do que a cura entre a população negra como fator de desigualdade. Descreve a doença falciforme, prevalente na população negra, cujo objetivo no município é realizar a triagem neonatal, acolher usuários que apresentem sintomas da Doença Falciforme, encaminhar para exames, receber o resultado dos exames e em caso positivo realizar busca ativa da pessoa diagnosticada com o traço ou doença falciforme a fim de estabelecer vínculo e responsabilização do cuidado em saúde. Estabelece como fundamentais, ações de combate às iniquidades raciais indicando o quesito raça cor como campo obrigatório, assim como a qualificação permanente de trabalhadores em saúde. Nesse sentido, e para atingir tal propósito, aponta a realização do curso Promotor@s em Saúde da População Negra que ocorre desde 2012, estando na 18ª edição, a manutenção dos comitês técnicos por gerências distritais e a qualificação do preenchimento do quesito raça/cor para garantia de sua utilização na produção de informações epidemiológicas. O PMS destaca ainda, como nó crítico para a implementação da política, o próprio **enfrentamento do racismo institucional como determinante das condi-**

**ções de saúde da população** e para desatar esse nó propõe-se desenvolver ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo no ambiente de trabalho, de formação e de educação permanente, a coparticipação das políticas públicas de saúde na garantia das ações do combate ao racismo e a implementação da rede integrada de atenção à doença falciforme. Chama a atenção o fato que a administração municipal considera o reconhecimento do racismo institucional como sendo crucial na medida em que determina historicamente as condições de saúde da população negra, ao mesmo tempo em que indica como nó crítico para a implementação da política o enfrentamento a essa situação. A esse respeito o CMS tem protagonismo histórico visto que em 2008 a partir da apresentação da Política Nacional Integral de Saúde da População Negra deliberou por constituir a Área Técnica de Saúde da População Negra junto a Assessoria de planejamento da SMS e desde então a implementação dessa política passou a ser meta do PMS 2010/2013. Assim como foi referido acima, a estratégia identificada pela gestão municipal foi a edição do Curso Promotor@s. Cabe destacar que a 6ª Conferência Municipal de Saúde priorizou a Implementação da Política de Saúde da População Negra, sendo a proposta mais votada. Desde então foram propostas diversas ações que tiveram como propósito a efetividade da política de Saúde da População Negra e entre essas ações estavam as descritas neste PMS 2022/2025, como a qualificação do quesito raça/cor, a criação de linha de cuidado da Doença Falciforme, fluxo para acolhimento para denúncias de racismo no âmbito do SUS Municipal. Todas essas ações ocorreram com a participação popular preconizada no SUS, assim como dos territórios que participavam ativamente dos comitês técnicos regionais. Ocorre que com o fechamento do IMESF houve um consequente esvaziamento dos comitês e de inúmeras atividades pró-saúde da população negra gerando um prejuízo inestimável para a consolidação desta política. Ao verificar esta análise fica a sensação de que retomou-se o que já foi feito; por outro lado sabe-se que muitos foram os avanços e que os retrocessos das políticas públicas ocorridos em todo o país também ocorreram em Porto Alegre, com reflexos negativos mais expressivos para a população negra.

### **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é organizada a partir dos seguintes componentes: Atenção Primária, Atenção Especializada em Reabilitação (nas modalidades Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências) e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Seu principal objetivo é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários.

O texto apresenta o desenho da Rede de Serviços à Pessoa com Deficiência do município (Fig.17) tomando por base o esquema gráfico elaborado pelo MS e, após, descreve os pontos de atenção desta Rede, que serão analisados a seguir:

A) Com relação à **Atenção Primária**, o texto cita as 132 Unidades de Saúde instaladas no município como componentes da Rede de Cuidados à PcD. De fato, segundo a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, o componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com o NASF - quando houver- e a atenção odontológica. É atribuição da Atenção Primária fazer o registro das pessoas com deficiência no seu território de atuação, promover a identificação precoce de deficiências em todas as fases da vida, desenvolver ações de prevenção de agravos e ainda, fazer o acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar reconhecendo as necessidades de saúde desta população sob sua responsabilidade sanitária. Dessa forma, o PMS deveria descrever qual o conjunto de ações as 132 Unidades de Saúde do município realizam atualmente para esta parcela da população, pois é isso que afeta a vida destas pessoas. E discorrer, também, sobre as ações em educação permanente voltadas para as 132 US, com o objetivo de qualificar os encaminhamentos das PcD aos Serviços de maior complexidade, aos procedimentos de Reabilitação e ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs).

B) A **Atenção Domiciliar** também é referida no documento e aponta as 18 Equipes de Atenção Domiciliar (15 na modalidade e 03 na modalidade EMAP) do município. Para o MS, a atenção domiciliar (AD) é “a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com **garantia** da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde”. O PMS, contudo, faz uma substituição e apresenta a seguinte definição (pg. 313): “Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como reabilitação, atuando para **viabilizar** a continuidade do cuidado integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS)”. Com tal substituição, a SMS cumpre o simples papel de **oportunizar** a continuidade do cuidado; abdicando de garantir a continuidade do cuidado e de responsabilizar-se por desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da população, contrariando assim os princípios da integralidade e equidade, assegurados constitucionalmente.

Observa-se, ainda, que o texto não faz referência à **Modalidade AD1**, de responsabilidade da Atenção Básica, e “destinada à pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.” <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar>. O cuidado em reabilitação nesta modalidade é prestado pelos profissionais das eSF e dos NASF, dispositivos de base territorial que favorecem o cuidado ao usuário e o apoio à família, seja na adaptação a uma nova condição, seja na promoção da inclusão. Considerando que a maior parcela de pacientes com impossibilidade

física de locomoção são as pessoas com deficiência e que em Porto Alegre os NASFs foram extintos em 2019, este segmento populacional está desprovido de receber um atendimento especializado, numa abordagem que condiciona ações que podem potencializar habilidades, autonomia e inclusão social.

Já o componente da **Atenção Especializada em Reabilitação** é formado por Centros Especializados em Reabilitação- CER e Serviços Especializados em Reabilitação, onde se concentra a oferta dessas ações com equipes completas, com atuação interdisciplinar, estrutura física qualificada e conta com os seguintes pontos de atenção:

- Centros Especializados em Reabilitação (CER): organizados em conjunto de duas ou mais modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas;
- Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (serviço de modalidade única)
- Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas – Estomias
- Oficinas Ortopédicas;
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O esquema gráfico da Rede de Serviços à Pessoa com Deficiência apresentado na **fig.17** confunde os Serviços de Atenção Especializada **próprios** (CEREST, SAE, FD, Serviços de Curativos e Oxigenoterapia) e os **contratualizados** (Serviços de Fisioterapia) com os Serviços Especializados em Reabilitação, que são **habilitados pelo MS**. Também cita as equipes da RAPS (EESCA, ESMA, CAPS) incluindo-as equivocadamente na Rede da Pessoa com Deficiência, uma vez que a Atenção Psicossocial tem rede própria. Por outro lado, este desenho gráfico aponta, corretamente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os serviços de Estomaterapia e os Serviços Diagnósticos como sendo componentes da Rede de Atenção Especializada em Reabilitação. Acertadamente, descreve os Serviços de Reabilitação de Modalidade Única (Auditiva, Física e Visual) do município, porém não menciona os dois CER II habilitados pelo MS (CEREPAL – modalidades Física e Intelectual e Hospital Santa Ana – modalidades Auditiva e Intelectual). Dessa forma, o desenho da Rede de Serviços à Pessoa com Deficiência apresentado no PMS está equivocado – na medida em que aponta serviços que não pertencem a esta Rede - e também incompleto, dado que não apresenta a totalidade dos Serviços de Reabilitação do município, habilitados pelo MS.

Na sequência, a gestão passa a descrever a Rede de Atenção aos Cuidados da Pessoa com Deficiência do município, onde se observa novo equívoco de nomenclatura quando se refere aos serviços de Fisioterapia próprios da SMS (que são as equipes compostas por Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional e Fisiatra do IAPI e Vila dos Comerciantes) denominando-os de “Centro de Reabilitação”. Na verdade, são Serviços de Especialidades em Fisioterapia **confundidos** com Centros Especializados em Reabilitação Física (que pelas normas devem conter equipes multidisciplinares completas, estrutura física adequada e habilitação pelo MS). Ademais, ao descrever as modalidades de reabilitação dos CER II o texto cita

somente a reabilitação Física e a Intelectual, esquecendo-se de referir a reabilitação Auditiva, ofertada no Hospital Santa Ana. Isto posto, este PMS traz à luz o desconhecimento da SMS com relação à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, mesmo ela fazendo parte das quatro Redes eleitas como prioritárias pelo MS.

No que se refere ao componente **Atenção Hospitalar** na rede de Cuidados à PcD, o texto somente cita os componentes: Hospital, SAMU, UPA e Pronto Socorro. Não faz referência às ações específicas destes componentes voltadas para a Rede de Cuidados, como por exemplo: Leitos de Cuidados Prolongados, Leitos de Reabilitação (Unidades de AVC) ou Centros Cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica à pessoa com deficiência, conforme consta na política elaborada pelo MS.

Como meta do PMS, há previsão de implantar um Centro de Referência para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CRTEA). Em que pese o Ministério da Saúde reconhecer a pessoa com autismo como pessoa com deficiência, a gestão municipal tem o entendimento equivocado de que o TEA pertence à Rede de Atenção Psicossocial e embora apresente a proposta de implantar um Centro de Referência no PMS, não apresentou este projeto à Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência/CMS, nem discutiu o tema com o CMS.

Por fim, de forma positiva, o texto aponta os maiores estrangulamentos da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência: a acessibilidade comunicacional inexistente e a precária acessibilidade arquitetônica nos serviços; a demora no fornecimento de OPMs; a ausência, atraso e baixa qualidade de insumos, referindo-se às fraldas descartáveis. Reconhece, ainda, a pouca oferta de consultas especializadas, com destaque à fonoaudiologia e aos exames de audiometria e limitações no transporte social para os atendimentos diários das pessoas com deficiência. Não cita, porém, que um dos Serviços habilitados em Reabilitação Física não dispensa cadeiras de rodas há mais de um ano e permanece com habilitação do MS, tema já debatido pelo Plenário do CMS, com denúncia encaminhada ao Ministério Público.

Com relação à **Meta 41**: “Executar 100% das metas propostas para o Plano Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência”, tal Plano foi enviado ao CMS no mês de maio/2022, mas ainda não apreciado pelo Plenário - fato plenamente justificável frente à situação administrativa que se encontra o CMS, descrita ao longo deste documento-. Para fins de análise, recorreu-se ao RAG – 2º Quadrimestre que menciona, dentre as Ações programadas: “Submeter o PMSPcD às instâncias deliberativas” e aponta como **Realizado das Ações** a apresentação deste Plano ao COMDEPA e à Câmara de Vereadores. Contudo, uma vez que o CMS é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde e tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde, cabe a este órgão deliberar se as ações contidas no PMS foram realizadas ou não. De sorte que, a Ação referida não pode ser considerada como “Realizada”.

## LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS

Ganha destaque neste Plano, a **Meta 12** que trata das Linhas de Cuidado. As Linhas de Cuidado caracterizam-se por padronizações técnicas que especificam informações sobre a organização da oferta de ações de saúde e descrevem o percurso do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde.

**Meta 12.** Construção e Implantação de 12 linhas de cuidados prioritárias (Diabetes, Doença Cardiológica, Doença Respiratória Crônica, Doença Falciforme, Câncer, Depressão/Risco de suicídio, Transtornos de Ansiedade, Sífilis, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites),

Comparou-se as Linhas de Cuidado da **Meta 12**, com aquelas apresentadas no PMS 2018/2021, quais eram: Asma/DPOC, Risco Cardiovascular, Cardiopatia Isquêmica, Insuficiência Cardíaca Congestiva, AVC, Pré-Natal com foco no tratamento da Sífilis, Depressão/Risco de suicídio, Transtornos de Ansiedade, Dor Lombar, Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites. No PMS 2018-2021, as Linhas de Cuidado Prioritárias estão inseridas na **Meta 8**: "Elaborar e implantar 100% das linhas de cuidado prioritárias." Contudo, a meta não foi alcançada naquele período e no RAG 2021 a avaliação da **Meta 8** está assim descrita: "a elaboração das linhas de cuidado foi pactuada na gestão anterior com o Hospital Osvaldo Cruz. Posteriormente, o contrato foi cancelado. As linhas prioritárias serão elaboradas pelas suas respectivas políticas seguindo os trâmites necessários para sua elaboração e validação".

Prosseguindo na comparação entre as Linhas de Cuidado prioritárias elencadas no PMS 2018-2021 (como **Meta 8**) e no PMS 2022-2025 (como **Meta 12**) observa-se que as Linhas de Cuidado da Dor Lombar e do Acidente Vascular Cerebral foram excluídas e não constam no PMS atual - sem justificativa da gestão para tal -, uma vez que as demais Linhas de Cuidado permaneceram como metas.

Segundo a Rede Brasil AVC, o acidente vascular cerebral é a maior causa de mortalidade no Brasil. No primeiro semestre de 2022, foram 56.320 vítimas fatais, número acima das mortes por infarto (52.665) e Covid-19 (48.865). Sequelas permanentes, como: alterações motoras, perda de memória e prejuízo da deglutição e da fala são frequentes em sobreviventes de AVC sendo fundamental o rápido encaminhamento do paciente às unidades especializadas, para a condução de possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Com a queda de óbitos em março/2022, o coronavírus passou a ocupar a terceira posição em letalidade, atrás do infarto e do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Em Porto Alegre, no decorrer de 2012, os seguintes hospitais foram habilitados como Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC: São Lucas PUCRS, Nossa Senhora da Conceição, Cristo Redentor, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de Clínicas; todos devem oferecer 10 leitos (05 agudos e 05 integrais) possuir atendimento de urgência e, ainda, disponibilizar uma equipe multidisciplinar de Reabilitação

do paciente, conforme determina a **Portaria GM/MS nº 665/2012**. Ademais, no Art14, inciso IV desta Portaria fica estabelecido que:

§1º Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS deverão observar a Linha de Cuidados em AVC e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, instituído por meio da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012.

Os cinco estabelecimentos de saúde habilitados para o Atendimento de Urgência tipo III aos pacientes com AVC, atendem pacientes tanto do município quanto do interior e recebem recursos do MS destinados ao co-financiamento das ações e serviços de saúde do grupo de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Teto MAC). Entretanto, mesmo que os dados demonstrem o número expressivo de pessoas que são acometidas por AVC e apontem para um aumento significativo de pessoas com alterações físicas, auditivas, visuais e intelectuais decorrentes deste evento, a SMS não elaborou sua Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral - desrespeitando a orientação da Portaria - e definiu por retirar das metas do PMS 2022-2025 esta Linha de Cuidado. Cabe destacar que se há o fluxo estabelecido para o atendimento de Urgência aos pacientes com AVC, não há a garantia de continuidade após alta hospitalar com fluxo estabelecido e com prioridade de acesso. O que se observa é que os pacientes retornam para casa e os que são mais vulneráveis não conseguem acesso em ambulatórios especializados; e na Atenção Básica não há garantia de atendimento multiprofissional para avaliar e acompanhar esses casos, em especial aqueles que não têm condições de locomoção. Não há fluxo estabelecido de prioridade da AD Tipo1 para esses pacientes e com a ausência das equipes multiprofissionais previstas no NASF, não há suporte para as equipes de referência e nem atendimento especializado na AB refletindo no agravamento das condições desses pacientes, com perda de qualidade de vida e sequelas permanentes decorrentes de deficiências que poderiam ter sido evitadas, com a garantia do atendimento integral em linha de cuidado.

A análise desta meta também permitiu observar, que foram incluídas duas novas Linhas de Cuidado Prioritárias no PMS 2022-2025: Diabetes e Câncer.

**Importa destacar** que a gestão municipal modificou a listagem das Linhas de Cuidado Prioritárias elencadas no PMS anterior optando por não mais elaborar a Linha de Cuidados em AVC para o município e que esta alteração não foi levada ao conhecimento do CMS. Quanto à elaboração das demais Linhas de Cuidado “pelos respectivas Políticas”, conforme consta no RAG 2021, nenhuma delas foi apresentada a este Conselho.

### **Atenção Hospitalar**

O Plano Municipal de Saúde (PMS) no que diz respeito à atenção hospitalar traz dados referentes ao atendimento de hospitais municipais e federais em nosso município. O plano se restringe a análise do funcionamento do Hospital de Pronto Socorro e do Hospital

Materno Infantil Presidente Vargas; entretanto, apesar dos demais hospitais não serem de administração direta do município, cabe ressaltar que compactuam com as políticas públicas municipais.

Como exemplo, o Hospital Vila Nova presta atendimento a grande parcela da população da cidade, sobretudo a de menor renda, e tem sua gestão em parceria direta com a Secretaria de Saúde, no entanto, não tem suas políticas abordadas nesse relatório assim como outros hospitais no município. Tal avaliação seria fundamental tendo em vista as diversas queixas trazidas por usuários e por trabalhadores ao Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Sobre os dados gerais de toda a Rede de Atenção Hospitalar Pública trazidos no plano e quanto a cobertura e oferecimento de leitos, observa-se ao analisarmos as **tabelas 87 e 88** que houve uma redução do número total de leitos SUS em leitos Pediátricos (menos 12,96%), Obstétricos (menos 9,88%), Cirúrgicos (menos 8,78%) e de Hospital dia (menos 10,87%) entre os anos de 2018 e 2021. O acréscimo de leitos totais ocorreu basicamente por um aumento de leitos complementares. Tal queda no número total de leitos de importantes áreas como pediatria, se relaciona com a superlotação de leitos hospitalares observados no inverno de 2022. Cabe ressaltar que, com o aumento constante da população de Porto Alegre e região metropolitana, qualquer redução de leitos acarreta em grave prejuízo ao município.

O Plano Municipal de Saúde relata que os indicadores de saúde são acompanhados mensalmente; entretanto, não traz nenhum dado específico sobre redução ou aumento de indicadores importantes, como de mortalidade ou morbidade. Tampouco, traz planos ou estratégias para a redução de indicadores qualitativos de atendimento.

O PMS analisa superficialmente apenas os indicadores de tempo de permanência dos pacientes demonstrando uma preocupação limitada à produtividade do sistema de saúde, mas não com a qualidade do serviço prestado. É importante, sim, propor estratégias para diminuir o tempo de permanência e aumentar a disponibilidade de leitos (ainda mais com a redução do número total de leitos SUS em Pediatria, Ginecologia e Cirurgia); entretanto, também se faz necessária uma análise mais aprofundada de **indicadores qualitativos** do atendimento do município.

O Sistema de Saúde deve ser integral no seu cuidado, prestando serviços de qualidade à população, buscando diminuir indicadores de mortalidade e morbidade. Os constates relatos de usuários e de trabalhadores sobre as más condições de atendimento em hospitais com gestão terceirizada necessitam de resposta urgente e de planejamento por parte da gestão.

### **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

Nos últimos anos houve um aumento expressivo de contratações de profissionais terceirizados neste hospital; sobretudo, com a parceria com a PUC/RS. Entretanto, não há nenhuma menção ao tema no PMS que está sendo analisado: não está descrito como se dará a contratação de novos profissionais para a efetiva instalação dos novos leitos, nem se haverá concurso público ou contratação de pessoal junto a empresas outras.

Cabe ressaltar que o recente fechamento da ala pediátrica do Hospital São Lucas da PUC e o fechamento da porta de entrada SUS do Hospital Santo Antônio no Complexo Hospitalar Santa Casa, acarretou em importante aumento da demanda de leitos pediátricos e no número de consultas de emergência no HMIPV. Tal fato ocasionou por diversas vezes superlotação tanto da emergência pediátrica, quanto da UTI e da Internação pediátrica do hospital. Importante ainda reforçar que essa superlotação também foi acompanhada de aumento da complexidade dos casos atendidos pelo hospital em que(quando) pacientes com condições especiais de acompanhamento específico, como crianças com cardiopatias ou alterações neurológicas, passaram a ser referenciadas para o HMIPV. O atendimento desses pacientes não veio acompanhado de aumento suficiente de pessoal, de leitos, ou de qualidade no atendimento.

Com relação ao atendimento de partos, se faz necessário corrigir o elevado número de episiotomias (25%) e a redução do número de cesarianas. Cabe ressaltar que a prática de episiotomia vem sendo mundialmente questionada e sua indicação, a cada dia, devendo ser reduzida ou abolida. Muitos países consideram a episiotomia uma prática de violência obstétrica. Mesmo que ocorra indicação formal, a taxa de 25% está muito aquém do nível ótimo. Faz-se necessário, portanto, planejar estratégias para a redução desses números.

Quanto aos cuidados na primeira hora de vida do recém-nascido, este Plano Municipal relata apenas que os indicadores seguem altos; entretanto, falha ao demonstrar os dados ou mesmo em apresentar propostas de como resolver a situação. É relevante realizar treinamento multidisciplinar das equipes, com adequada implementação de protocolos para o momento do atendimento. Importante aqui ressaltar, que tais procedimentos podem ser colocados em prática sem a necessidade de aumento de recursos ou ampliação do serviço, basta adequado treinamento do pessoal.

Por fim, o HMIPV é um importante centro de referência no atendimento de crianças e gestantes. Sua expertise no atendimento de crianças vítimas de violência sexual deve ser ressaltada. O hospital presta um importante papel dentro do município e no estado. Sua importância deveria ser exaltada junto à PMPA. A **meta 59** propõe executar no mínimo as 4 obras prioritária de acordo com o Plano Diretor do HMIPV, o que é pertinente; no entanto, cabe destacar a necessidade de apresentação ao CMS do referido plano.

### **Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre**

As reformas no Hospital de Pronto Socorro (HPS) são vistas com entusiasmo. O hospital é um importante centro de referência no atendimento de vítimas de trauma e, sobretudo, de grandes queimados. Sua ampliação e devido cuidado são fundamentais. Entretanto, além da ampliação e reforma das áreas físicas, faz-se necessária adequação do quadro de funcionários através de concurso público.

O presente Plano não cita o processo interno de terceirização de serviços o que tem gerado transtornos no gerenciamento do hospital. É fundamental apresentar uma estratégia

concreta de contratação via concurso público de novos profissionais capacitados para atender em um hospital de tão importante estatura do nosso município.

Também cabe aqui ressaltar a importância de se discutir junto ao Conselho Municipal de Saúde a proposta aventada no PMS da construção de um novo hospital de trauma em outra localidade do município (pag. 333). O HPS é um importante centro de referência em saúde, histórico para a cidade, e qualquer alteração deve ser feita após ampla discussão com a sociedade e com o controle social. A colocação de uma indicação de venda do prédio atual do HPS com vistas à aquisição de outro local preocupa pelo fato de tal planejamento não ter sido discutido com o CMS. Cumpre ainda salientar que em 05/08/2021, o Conselho Gestor de Parcerias, coordenado pelo prefeito Sebastião Melo, autorizou projetos e concessões para vários equipamentos públicos, com a intenção de **desestatizá-los**, incluindo o **HPS e o HMIPV**. Importante destacar que o CMS reprovou tal intencionalidade, porque o Município não apresentou estudos prévios, tampouco os critérios para manifestação de interesse, o que fere os princípios da administração pública, desse modo infringindo a legislação vigente. ([http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=497&p\\_secao=8](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=497&p_secao=8)).

### **Assistência Farmacêutica**

O PMS relaciona que a aquisição de medicamentos devido ao envelhecimento da população representa uma das maiores preocupações para o Futuro. Nesse sentido reafirma a necessidade da Política Municipal de Assistência Farmacêutica estar estruturada, organizada e qualificada para garantir o acesso e uso racional aos medicamentos como um insumo à proteção, a promoção e à recuperação da saúde dos usuários do SUS.

O documento apresenta o Ciclo da Assistência Farmacêutica (AF) de forma expandida trazendo de forma muito organizada a ampliação da Gestão Clínica do medicamento com o usuário, do medicamento ao centro do atendimento, onde não se faz mais a simples entrega dos medicamentos de forma isolada.

Apresenta a estrutura de dispensação de medicamentos composta por **10 Farmácias Distritais (FD)**, onde **3** são **contratualizadas** e outras **10** Unidades de Saúde com dispensação de medicamentos todas de forma contratualizadas com horário estendido até às 22hs e ainda **4** unidades de Pronto Atendimento com dispensação de medicamentos também de forma contratualizadas. O Plano Municipal de Saúde traz um ponto que vem sendo acompanhado pela CAF do CMS já há alguns anos, que é a redução de custos pelo vencimento de medicamentos adquiridos pela SMS, por ação da figura do Farmacêutico (a) apoiador (a). A dispensação de medicamentos compreende quase 1.900.000 atendimentos ao ano, onde as 10 Farmácias Distritais são responsáveis por quase 43% desses atendimentos. A **Meta (prometa 84)** prevê a ampliação de **10** para **13 Farmácias Distritais** em Porto Alegre, mas que não será executada pela SMS, mesmo havendo a necessidade premente de tal ampliação, mencionada ao longo dos últimos 20 anos após a realização da 1ª Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica e Medicamentos em 2003 e cobrada pelo CMS para melhor atender a população de Porto Alegre. A necessidade de ampliação de **3 FD** foi muito debatida ao longo dos últimos anos na CAF do CMS pois traria qualidade do atendimento e ampliaria o acesso

aos medicamentos na Zona Sul, Zona Leste, Eixo e Glória Cristal, que ainda atenderia recomendação do Ministério Público. A **Meta 13** pretende “Formular e Implantar 4 Linhas de Cuidado Prioritárias da Assistência Farmacêutica (Diabetes, Asma, Tabagismo e Pacientes em uso de Anticoagulantes), nesse sentido questiona-se se tal propósito atende às necessidades da população considerando que para tal resposta seria fundamental a elaboração de uma métrica, construída a partir de dados epidemiológicos, atendimentos realizados e recursos despendidos. A Prescrição Eletrônica de Medicamentos é uma ferramenta que pode melhorar muito o atendimento, a dispensação e a qualidade do serviço realizado nas Farmácias Distritais, Prontos Atendimentos e Unidades de Saúde que realizam a dispensação de medicamentos no município. A Prescrição Eletrônica é imprescindível para melhor quantificação das dispensações realizadas e acima de tudo melhorar a gestão e controle de estoque e otimização dos recursos públicos empregados na aquisição de medicamentos no município de Porto Alegre. O descarte de medicamentos em Unidades de Saúde gera um custo para o município que precisa ser dividido com os distribuidores e fabricantes conforme a legislação nacional sobre a Logística Reversa de Medicamentos. Para enfrentar essa situação, a **Meta 42** prevê “adequar o descarte de medicamentos em desuso à legislação sanitária vigente em 10% dos serviços de saúde com dispensação de medicamentos”

A implementação de ferramentas de suporte à decisão clínica na validação das prescrições de medicamentos na Média e Alta Complexidade sob a responsabilidade da SMS melhora o monitoramento dos medicamentos estratégicos na transição entre os níveis de cuidado, e colaborando para um melhor controle de estoque e otimizando recursos financeiros do município. O plano não apresenta indicadores ainda para o monitoramento de medicamentos na média e alta complexidade.

A Assistência Farmacêutica de Porto Alegre já publicou sua lista atualizada de medicamentos potencialmente perigosos para idosos, lista essa construída e debatida de forma muito ampla com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do RS.

O Plano Municipal de Saúde **ainda não** apresenta tópicos sobre a Farmácia de Medicamentos Especiais que está sendo absorvida pela SMS por decisão da CIB/RS com a SES-RS. Da mesma forma, não é observado pontos pertinentes à integração da Assistência Farmacêutica Básica com os Medicamentos Especiais.

### **Assistência Laboratorial**

O documento destaca a formalização da Coordenação de Assistência Laboratorial (CAL) através do decreto Municipal nº 20422(06/12/2019), cujo objetivo da consiste em elaborar estratégias para garantir o acesso dos usuários do SUS aos exames laboratoriais e de patologia de forma segura, eficiente e qualificada. A rede municipal de laboratórios é composta pelo Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Hospital de Pronto Socorro (HPS) e Laboratório Central de Saúde Pública POA (LabCen).

O HMIPV dispõe de: **A)** Laboratório clínico /Posto de coleta ambulatorial para atender a demanda do hospital /APS (Atenção primária) e serviços especializados. **B)** Laboratório de Triagem Neonatal (SRTN)-teste do Pezinho (terceiro ao quinto dia de vida). O HMIPV também é referência para todo o Estado do RS e em 2020 foi realizado projeto piloto Triagem Neonatal Expandida por Espectrometria de Massas em Tondem – com realização de 22 exames, além dos seis já ofertados. Em parceria com o HCPA e UFRGS foram acrescentados 22 exames de Metabolismo de ácidos graxos e corpos cetônicos.

O HPS possui Laboratório clínico para atender a demanda do hospital e o LabCen faz parte da rede de laboratórios de saúde pública do MS, dispõe de exames de carga viral do HIV e hepatites / exames para Tuberculose (baciloscopia, teste rápido molecular e culturas, CD4 e Cd8 e exames para detecção da dengue.

É apresentada tabela com a descrição da produção dos Laboratórios próprios no período entre 2017 a 2020 onde o laboratório do HMIPV apresenta aumento na produção exames, assim como o LabCen que também apresenta acréscimo, com exceção do ano de 2020 onde houve diminuição significativa e presume-se que devido à pandemia COVID-19. Já o HPS manteve a mesma tendência dos demais apresentando redução na produção em 2020.

O documento destaca a estratégia adotada pela Assistência Laboratorial para suprir a demanda de exames da APS, ao estabelecer parceria com a Direção de Contratos e Núcleo de Relacionamento com Prestador Ambulatorial, atuando por meio da fiscalização de contrato e serviços. Atualmente, há 13 laboratórios contratados com mais de 30 pontos de coleta distribuídos em todas as regiões da cidade. Há referência ainda a respeito do contrato com o Hospital da Restinga onde foi integrado o serviço de coletas volantes em cinco unidades da região. Destaca ainda como relevante o fato da totalidade dos exames serem solicitados pelo sistema GERCON, garantindo a rastreabilidade de todos os atendimentos. Ressalta, também, a atuação da área para garantir o acesso aos exames citopatológicos com qualidade, agilidade e rastreabilidade realizando uma média de 5.400 exames/mês oriundos da APS. O Tema da Assistência Laboratorial tem sido pautada de forma prioritária pelo CMS desde 2015, quando foi Constituído Grupo de Trabalho com o objetivo reunir informações sobre as ações desenvolvidas pela SMS na área da assistência laboratorial, produzindo diversos documentos de análise que foram encaminhados aos órgãos de controle do estado como TCU e TCE e que tiveram como consequência a emissão de acórdão que indicou uma série de recomendações, entre elas que a SMS elabore política para a gestão da rede de diagnósticos em laboratórios clínicos, de acordo com a legislação vigente e com a participação do CMS. (<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-2211720%22>). Por conta disso, a SMS apresentou ao CMS proposta de política de Assistência Laboratorial que até o momento não foi submetida à deliberação do CMS. Portanto, mesmo que esta Análise Situacional apresente algumas ações que corrigem irregularidades históricas como, por exemplo, a não existência de contratos com os laboratórios privados que prestavam serviços para a SMS não consideraram o estudo realizado pelo Núcleo de Economia em Saúde/SMS que apontou economia de 7 milhões ao mês caso utilizasse os serviços próprios para atendimento da população – SEI Nº 18.0.000019288-7.

## **Redes de Atenção à Saúde**

### **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**

Segundo o Plano Municipal de Saúde, houve acréscimo nos serviços prestados pelos Pronto Atendimento (PAs) Lomba do Pinheiro e Bom Jesus, tais como: ambulância própria, ecografia e farmacêutico próprio. Vale ressaltar que o município realiza o pagamento desses serviços através de contrato, cabendo assim o questionamento sobre o motivo de não terem contratualizado tais serviços anteriormente.

Segundo o PMS, o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) apresenta dificuldades no seu corpo clínico médico; entretanto, não existem editais para abertura de novos concursos visando ampliar o corpo clínico. A opção por terceirização dos serviços e contratação de profissionais pouco qualificados (parte dos médicos terceirizados não apresenta residência médica ou mesmo experiência em emergência) acaba por repercutir negativamente na qualidade do atendimento aos pacientes.

Existe uma clara tendência à terceirização dos serviços prestados no PACS, como já observado no PALP e PABJ; entretanto, não há referência a tal processo no Plano Municipal de Saúde e o assunto não vem sendo discutido com o controle social. Ressaltamos que a terceirização da emergência psiquiátrica do PACS já está em curso, mesmo sem constar neste PMS.

Por fim, o PACS situa-se em uma área de alta vulnerabilidade social de nossa cidade e o PA tem grande importância para a comunidade. Com adequados recursos e com planejamento, pela sua posição estratégica, o PACS poderia ser de grande valia no processo de transformação social e recuperação da área da Grande Cruzeiro. Faz-se necessário, portanto, aumento expressivo de investimento e de melhor planejamento do serviço. Um claro exemplo de potencial desperdiçado é o fato de em um Serviço tão amplo contar com apenas três assistentes sociais atualmente, efetivo irrisório comparado ao necessário para o adequado cuidado da população. É importante destacar que todos os esforços da comunidade, do Conselho Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal em realizar a obra de adequação da Emergência com recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde no valor total de 12 milhões foram desperdiçados devido aos indícios de superfaturamento da obra pela empresa que venceu a licitação à época, e em cujo processo foram observadas evidências de favorecimento da referida empresa em detrimento de outra que de fato tinha expertise para realizar o projeto, mas que não foi a vencedora do certame. Além disso, o projeto de reforma foi ampliado para todo o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes elevando o custo da obra para valores em torno de 50 milhões (SEI nº 17.0.000100259-7 e nº 18.0.000053138-0) . Com relação à **Meta 38** que pretende “elaborar o Plano Municipal de Resposta às Emergências em saúde pública como ponto focal conforme regulamento sanitário internacional”, não descreve um indicador possível de ser aferido na medida em que indica como método de cálculo o “Plano Municipal de Respostas às Emergências em Saúde Pública” publicado e a fonte é o Diário Oficial. Desse modo conclui-se que o CMS não tem conhecimento do referido Plano, portanto não deliberou sobre essa ação, o que precisa ser corrigido.

## Regulação

Houve grande avanço com o processo de Regulação via sistema on-line de leitos. O processo de implementação de recursos on-line possibilitou, ainda nas gestões anteriores, aumentar a eficiência do processo de Regulação, sobretudo no quesito hospitalar e ambulatorial.

Faz-se necessário aprimorar tal ferramenta, facilitando o seu uso em parceria com o Estado. Entende-se que ainda existam *gaps* a serem preenchidos no que diz respeito a demora em regular leitos, sobretudo pela falta de profissionais para realizar a avaliação e correto encaminhamento dos casos às respectivas especialidades. Algumas listas de espera seguem com grande volume de pacientes e pouca oferta, como a lista para Oftamologia adulto com 6.643 pessoas, Dermatologia geral com 6.238 pessoas e Urologia adulto com 3.593 pessoas aguardando consulta, em um total de 95.043 pessoas em fila de espera por especialidades médicas, referente a novembro de 2022 ([http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/gercon\\_indicadores\\_de\\_fila\\_de\\_espera\\_consulta\\_novembro\\_2022.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/gercon_indicadores_de_fila_de_espera_consulta_novembro_2022.pdf)).

Destaca-se o importante papel dos trabalhadores da regulação de leitos durante a pandemia de Covid 19. Servidores que exerceram um fundamental trabalho na regulação e priorização de leitos em momentos críticos entre 2020 e 2021. A implementação dos Huddles e a constante parceria entre a central de leitos, os Hospitais e os Pronto Atendimentos foram fundamentais para o melhor atendimento dos pacientes em circunstâncias emergenciais. Tal esforço demonstra mais uma vez a importância de respostas multidisciplinares e a organização do sistema de saúde em redes. O diálogo entre as diferentes partes do sistema de saúde é fundamental e infelizmente nem sempre a observamos no nosso município.

### **Situação Orçamentária e Financeira**

Os aspectos financeiros e orçamentários da política de saúde contidos no Plano Municipal de Saúde 2022/2025 e no Plano Plurianual 2022/2025 foram analisados pela Comissão de Financiamento e Orçamento do CMS de Porto Alegre (COFIN/CMS) nas reuniões de 20/7/2022, 3/8/2022 e 17/8/2022.

Conforme já referido, o documento PMS 2022-2025, foi encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde, através do processo SEI nº 21.0.000116429-2, em 12/11/2021, cumprindo o prazo previsto na legislação vigente. Já o Plano Plurianual 2022-2025, disponível no site [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smpeo/default.php?p\\_secao=35](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smpeo/default.php?p_secao=35), não foi enviado para ciência e análise do CMS ficando acordado no âmbito da COFIN/CMS que a SMS deverá encaminhar, a cada formulação (quatro anos), o documento em expediente próprio a este Conselho.

Foi observado que o PPA 2022-2025 - documento que apresenta em linhas gerais o planejamento orçamentário para o quadriênio e contém estimativas econômicas e ações governamentais para o período - guarda relação com o PMS 2022-2025 a partir das ações planejadas (por exemplo, Saúde da Família, Atenção à Saúde Mental, Serviços Hospitalares e Ambulatoriais Contratualizados, Melhorias na Infraestrutura, Vigilância em Saúde e outras.). O PMS, por sua vez, em seu capítulo, **1.13 Situação Financeira e Orçamentária** apresenta, de forma global, o diagnóstico do Fundo Municipal de Saúde no último período e algumas

projeções. A partir da leitura e debate sobre o referido capítulo, a Cofin/CMS faz os seguintes destaques:

A) É apresentado o conceito de financiamento em saúde que compreende o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o SUS será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente. Historicamente, a fonte federal tem aportado a maior parcela de recursos na saúde em Porto Alegre. Assim, o respeito ao caráter tripartite é fundamental para o financiamento da política de saúde no município;

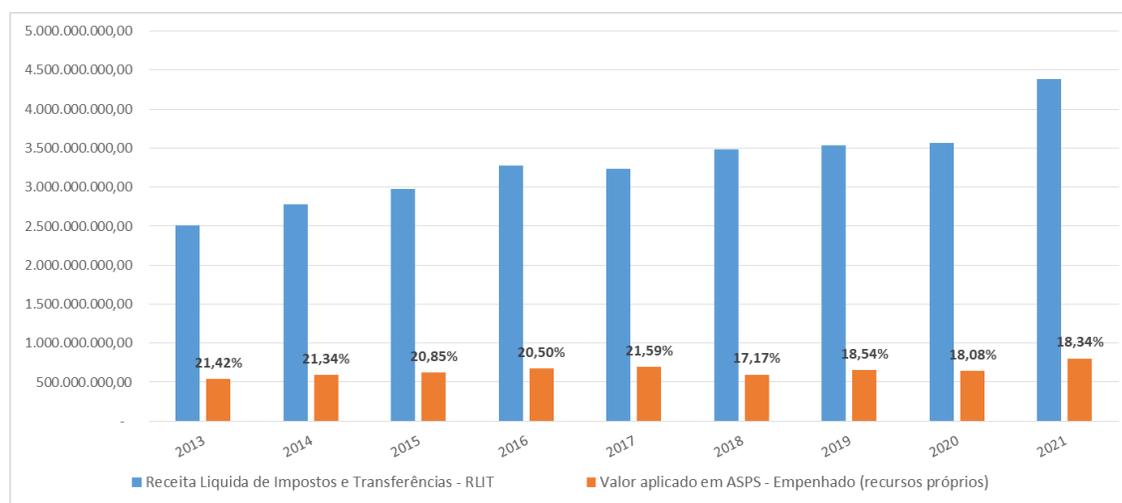
B) Cabe destacar que as análises realizadas pela COFIN/CMS têm demonstrado a redução de recursos no orçamento da saúde municipal, apontando a insuficiência orçamentária para renovação de contratos, farmácias de medicamentos especiais implantação de novos CAPS e SRTs, obras diversas, realização de mutirões, operação inverno (ampliação de leitos), ampliação dos exames de imagem, ampliação das equipes de atenção domiciliar, dentre outros. Esse cenário soma-se ao congelamento dos recursos para Saúde, decorrentes do teto de gastos, que vem se acumulando desde 2017. A COFIN do Conselho Nacional de Saúde em seu parecer sobre o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2023 (PLDO 2023). LOA 2023 apontou: **“relatório que evidencia cortes drásticos em vários setores da saúde, representando uma perda de 22,7 bilhões de reais frente ao orçamento de 2022 (excluindo os gastos com a Covid-19). A redução orçamentária é verificada em todas as secretarias e unidades do Ministério da Saúde, sendo decorrente do congelamento dos investimentos em saúde imposto pela Emenda Constitucional 95”**.

1) É referido sobre a Lei Complementar nº 141/2012 que preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por intermédio de Fundos de Saúde, que são unidades orçamentárias e gestoras da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

As transferências (regulares ou eventuais) da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências ‘fundo a fundo’, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Saúde. Nesse sentido e de acordo com a legislação é condição *sine qua non* a existência e manutenção do CMS, sem o qual os repasses de recursos podem ser cessados ao município;

2) Apresenta-se a obrigatoriedade do aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS - LC 141/2012), de no mínimo 15% da Receita Líquida

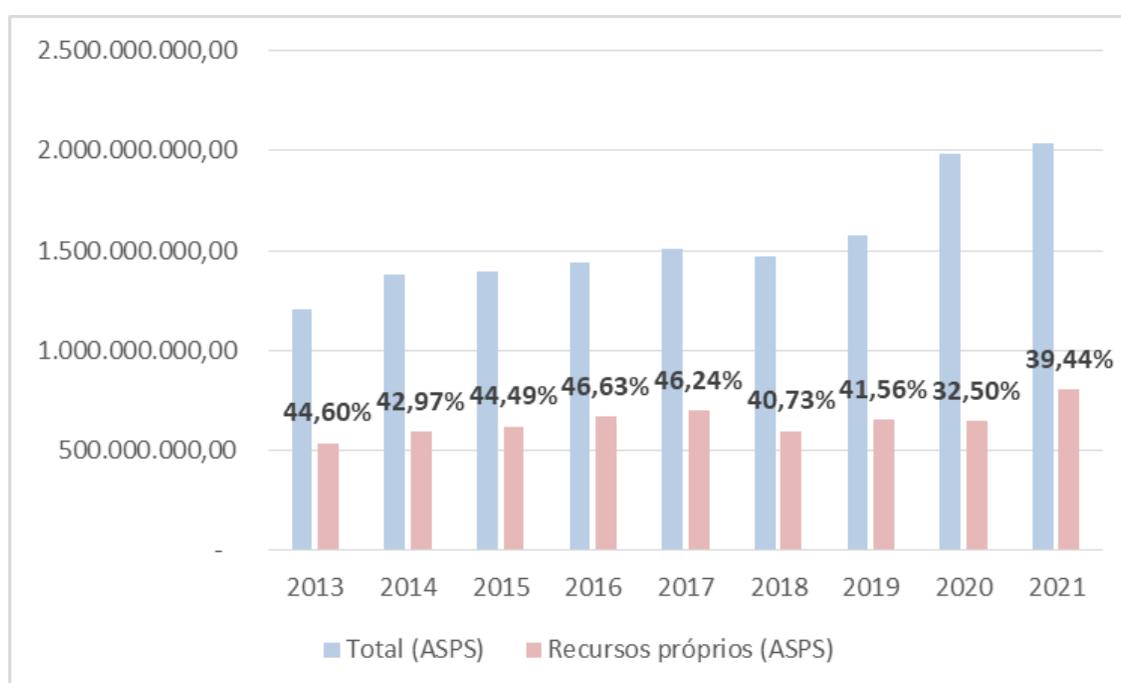
de Impostos e Transferências (RLIT). Embora o município esteja cumprindo o mínimo constitucional percebe-se, nos últimos anos, uma redução do percentual aplicado em saúde, conforme **gráfico 103** abaixo.



Podemos afirmar que a Política financeira adotada pela PMPA, chamada de “austeridade fiscal” tem produzido efeitos de desfinanciamento e que o crescente aumento de receitas não tem incidido no aumento dos recursos e investimentos em Saúde, demonstrando assim uma escolha da gestão municipal de retirar recursos da Saúde, inclusive utilizando recursos da Saúde em outras áreas.

Ainda a respeito da aplicação em saúde, os Planos Municipais de Saúde 2014-2017 e 2018-2021 apresentavam, dentre suas metas, a intenção de aplicar a arrecadação de 20% de recursos próprios do município em ações e serviços públicos de saúde. Já o Plano atual (**Meta 60**), projeta apenas o mínimo constitucional de 15%, o que este CMS considera insatisfatório ante os prejuízos acumulados e o grande passivo em ações e serviços públicos de saúde no município. Tendo em vista que no Plano anterior, tal meta previa a alocação de 20% em ASPS.

**3)** Foi destacado ainda, no período da gestão municipal anterior (2017-2020), referidas dificuldades financeiras da Prefeitura Municipal (aumento das receitas municipais), que atrasaram e parcelaram a folha salarial dos servidores, inclusive implementando diversas medidas de desoneração do Tesouro Municipal com a consequente redução da participação relativa aos recursos municipais no gasto total em ASPS, conforme gráfico abaixo.



Tais medidas de desoneração têm sua legitimidade e legalidade questionadas do ponto de vista da aplicação dos recursos (despesas pagas com vínculos orçamentários inadequados), representando além de um risco para o cumprimento do mínimo constitucional, uma afronta à autonomia do FMS, já que são impostas pelo centro do Governo e acatadas pela SMS. Não houve aumento correspondente da fonte municipal para custeio das ASPS.

**4)** Os anos de 2020 e 2021 foram considerados atípicos, em função da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional do Coronavírus (ESPIN) que afetou tanto as despesas quanto o aporte de recursos pelos demais entes, bem como a própria arrecadação do município. A pandemia, impôs ao Governo Federal, a necessidade de ampliação nos repasses ao município (na ordem de aproximadamente 100 milhões a mais) para o combate à doença, o que não significa que se manterão nos mesmos patamares nos anos subsequentes. Pelo contrário, há menção quanto a redução sistemática nos recursos vinculados à Atenção Básica e Vigilância em Saúde e projeções indicando também a redução da suficiência dos recursos da Média e Alta Complexidade. Desta forma, caso não haja alteração da tendência de tal redução, a continuidade das políticas públicas em longo prazo dependerá da ampliação do financiamento pela fonte municipal, o que não tem se observado.

**5)** A partir de 2017, como consequência da política de desestatização dos serviços de saúde, ocorreu uma redução dos valores gastos com pessoal e o aumento do gasto com outras despesas correntes, como recursos para pagamento de contratos oriundos com as instituições colaboradoras da APS, Pronto Atendimento e contratos especializados com horas médicas. Tal política afronta o princípio da prestação direta dos serviços públicos de saúde, invertendo a lógica constitucional (prestação indireta, terceirização, sobrepujando a prestação de serviços, por servidores públicos), colocando, assim, o município na inconstitucionalidade.

**6)** As alterações no financiamento a partir da edição da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, provocaram profundas alterações no financiamento federal da saúde, com uma nova divisão dos blocos de financiamento: custeio e investimento, posteriormente

alterados pela Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020, para Manutenção e Estruturação, a fim de evitar confusão entre a nomenclatura dos blocos e as categorias econômicas da despesa. Não obstante, independente da vinculação e a destinação dada aos recursos, o município permanece com a obrigação de cumprir os objetivos e compromissos pactuados/estabelecidos nos atos normativos específicos que determinam os repasses. Assim sendo, a fim de prestar contas dos recursos recebidos, deve o município apresentar em seu relatório de gestão e em demais instrumentos de prestação de contas e transparência o atingimento dos objetivos pactuados/estabelecidos. A extinção dos blocos de financiamento, por parte do Governo Federal, impõe uma responsabilidade maior aos gestores municipais no planejamento e alocação dos recursos mediante a pretensa flexibilização, de forma que nenhuma política de saúde fique descoberta. Além das alterações gerais, houve ampla modificação do financiamento federal da atenção básica através do Programa Previner Brasil. O repasse de recursos passa a ser vinculado ao atingimento de metas e objetivos como, por exemplo, o cadastramento de usuários, ou a programas estratégicos, como as Unidades de Saúde com horário estendido (Saúde na Hora), cujas premissas e forma de aplicação pela SMS, esse CMS é contrário.

7) As alterações sinalizadas pelo Governo do Estado (RS) ao final de 2021 com uma proposta para modificação do cofinanciamento estadual para a área hospitalar, posteriormente se configurando no programa Assistir, tem mostrado na prática, uma redução do cofinanciamento dos hospitais públicos, levando novamente a prejuízos e desassistência à população em hospitais de referência como HPS, HMIPV e HRES.

8) Por fim, as emendas parlamentares constituídas nos últimos anos como fontes de financiamento que devem ser consideradas para aplicação, também tem sido objeto de análise pelo CMS. Até o ano de 2019, a SMS contava apenas com emendas impositivas federais; contudo, a partir do ano de 2020 passaram a ser impositivas também as emendas estaduais e municipais, que agregaram novos recursos para a SMS. O montante de valores de emendas federais aprovadas de 2016 a 2020 passou de aproximadamente 3 milhões para mais de 25 milhões. Como desafio permanece a captação de recursos financeiros junto aos parlamentares de forma a atender ao interesse público e não de maneira “clientelista”. Preocupa também, o fato das emendas de aplicação indiretas estarem desarticuladas com o planejamento em saúde da SMS.

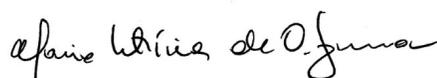
## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O documento apresentado é resultado do debate entre os integrantes da Secretaria Técnica do CMS (SETEC/CMS) e como apontado inicialmente, com a perspectiva de “destacar as pendências do PMS anterior, período 2018/2021, na medida em que o referido documento foi aprovado pelo plenário do CMS, **com ressalvas**, ou seja, condicionando à apresentação das políticas para a Atenção Básica e Saúde Mental no decorrer daquele período. À vista disso, o CMS também afirmou a necessidade de que as novas Metas estabelecidas dessem sentido de continuidade ao PMS vigente devido à importância da manutenção da

Atenção à Saúde bem como à identificação e priorização dos problemas deste conjunto de ações que envolvem todos os níveis de governo, **a fim de que possam expressar o que de fato deverá ser implementado para superar, reduzir ou mesmo eliminar ou controlar os problemas identificados na análise situacional.** Somada a insuficiência de ações em saúde nas áreas das políticas mais relevantes para a saúde da população, está o momento de pandemia ainda vivenciado pela população, que se encontra diante da necessidade premente de Reabilitação, com sequelas da pós COVID19. Considerando a já referida intempetividade desta análise, bem como os motivos que justificam tal situação que também estão dispostos no item 1.14.6 deste PMS, cabe propor **a continuidade da análise deste instrumento através da avaliação das Programações Anuais de Saúde,** visto que o CMS já emitiu avaliação da Lei Orçamentária Anual/2023 através da aprovação de Parecer COFIN/dez.22. Nesse sentido, considerando que a PAS tem como propósito determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos definidos no PMS e considerando a proximidade da realização da 9ª Conferência Municipal de Saúde, propõe-se estabelecer a adequação do conjunto de ações necessárias no processo de discussão das PAS de 2023 em curso e das PAS de 2024 e 2025 e ainda de acordo com a avaliação dos Relatórios Anuais de Gestão.

## II - DECISÃO DA SECRETARIA

Levando em consideração o exposto, a Secretaria Técnica (SETEC/CMS) submete este Parecer à deliberação do Plenário.



Maria Letícia de Oliveira Garcia  
Coordenadora da Secretaria Técnica