



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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



SECRETARIA TÉCNICA

PARECER TÉCNICO

INTERESSADO: Conselho Municipal de Saúde

UF/MUNICÍPIO
RS/POA

AVALIADOR: Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde

SEI
22.00006172-8

DATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA: 26.07.23, 23.08.23 e 13.09.23

ASSUNTO: Análise do Relatório Anual de Gestão de 2022

ENTIDADE: Secretaria Municipal de Saúde POA

PARECER Nº:

03/23

APRESENTAÇÃO:

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

AVALIAÇÃO:

Aprovado em reunião ordinária do dia 28.09.2023

I – RELATÓRIO

Trata-se da análise do Relatório Anual de Gestão de 2022, que foi encaminhado ao CMS pela SMS através de ofício em processo SEI nº22.0.000066172-8. O Relatório foi analisado através da distribuição de capítulos entre os membros da SETEC, que trouxeram suas considerações para as reuniões, as quais sempre foram acompanhadas e debatidas com a participação do representante da gestão na SETEC, bem como de subsídios de algumas comissões temáticas que analisaram o Relatório. O formato deste Relatório pretende atender o modelo padronizado do Relatório de Gestão de acordo com a resolução 459/2012 do CNS/MS e o Parecer a seguir não enfatizará os aspectos descritivos do Relatório e sim a análise e apontamento dos aspectos relevantes, que mereçam destaque e a avaliação das metas. A estratificação das metas ocorrerá sobre o nível de cumprimento de acordo com o PLANEJASUS: ● I \leq 25%; ● II 26-50%; ● III 51-74%; e ● IV \geq 75%. Entretanto cabe destacar que quando não são apresentados os indicadores, isto é, quando a informação está incompleta, sem a indicação da proporção atingida ou sem a apresentação do indicador pactuado na PAS, será considerada “não mensurada” e quando o indicador apresentado foi calculado de forma diferente, isto é, não foi calculado conforme o método de cálculo previsto na PAS 2022, será considerada “não mensurada adequadamente”.

II - ANÁLISE

O relatório anual de gestão de 2022 apresenta os resultados do primeiro ano de execução do Plano Municipal de Saúde de 2022/2025, que foi reprovado pelo plenário do CMS. Nesse sentido cabe retomar e reforçar acerca do que foi afirmado na análise do PMS: *“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”*. Desse modo, o Conselho avaliará através desta análise os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e do desempenho da gestão municipal do SUS.

No **capítulo Identificação**, na **página 30**, nos dados de identificação do CMS, consta informação incorreta relativa ao número de conselheiros por segmento. A Lei nº 277/1992, que constitui o CMS/POA e estabelece seus componentes, traz no seu art. 4º a seguinte composição: 43 usuários, 27 trabalhadores em saúde, 06 prestadores e 10 representantes do governo, totalizando 86 integrantes.

Meta 1: Ampliar a Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde da Família para 65%. O **quadro 7** do RAG 2022 apresenta a **Programação Anual de Saúde** e a **Meta 1**, que pretende **Ampliar a Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde da Família para 65%**, apresenta **resultado de 67,10%**. Entretanto, se aplicarmos o método de cálculo descrito na **PAS 2022** (Nº de ESF x 3.450 / População estimada IBGE no ano anterior x 100) chegamos a outro percentual. Cabe destacar que o **Gráfico 31, pag.199** apresenta **318 eSF**, já a **tabela 161 pag. 200**, apresenta **322 eSF**. A análise do **Gráfico 31** descrita no relatório menciona que, segundo a plataforma e-Gestor-MS, a cobertura populacional de Porto Alegre atingiu **65,53%** no final do ano; no entanto, **não é possível identificar** no gráfico o número de equipes consideradas para aferir esse percentual. O que se pode observar é um equívoco no percentual referido na análise da **pag. 199**, pois de acordo com o **Gráfico 31** e análise da **Meta 1, pag. 145**, o percentual de **65,53** é referente até novembro de 2022. A análise do RAG ainda demonstra que a plataforma passou a divulgar a cobertura potencial - um novo indicador que considera o número de equipes de SF e AP - considerando as eCR, chegando à conclusão que Porto Alegre tem **potencial** de atingir 86% de cobertura. É importante referir que os destaques acima citados revelam inconsistência nos dados apresentados, impossibilitando a aferição do indicador proposto para a **Meta 1**. Há ainda que considerar que os pareceres anteriores da SETEC, aprovados pelo Plenário, apontam como parâmetro para mensuração da meta e sua aferição, a garantia das equipes completas como ação fundamental para a cobertura da atenção básica na cidade. Embora essa ação esteja prevista na execução dessa meta, é permanente a demora da substituição das vacâncias na Atenção Básica, gerando desassistência à saúde da população que mais necessita. Cabe referir que houve pactuação entre o CMS e a gestão municipal com a mediação do MPE o envio mensal da informação ao CMS acerca da situação das equipes de APS (ESF e UBS), se completas ou incompletas, através do processo SEI nº 18.0.000102121-0. Entretanto, ao verificar tal processo, a última movimentação ocorreu em julho de 2020 e estas **informações não vêm sendo fornecidas**. Também **destacamos a necessidade de estabelecer como**

indicador dos contratos da Atenção Básica, a taxa de turnover de cada equipe e a taxa geral da entidade por Distrito de Saúde, para estabelecer meta de diminuição da rotatividade dos trabalhadores na Atenção Básica. **Meta não mensurada.**

Destacamos como preocupante, o descumprimento de ações estruturais, como o cadastramento por território de toda a população para a abertura de novas equipes de Saúde da Família e também o descumprimento da deliberação da Conferência de Saúde e da Resolução da Atenção Básica de que sigamos garantindo 100% de cobertura da população das eSF com Agentes Comunitários de Saúde. Além disso, foram retiradas do Relatório as tabelas que historicamente eram apresentadas e possibilitavam o acompanhamento da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde por Distrito de Saúde, para monitoramento da série histórica e desse indicador estruturante para a efetividade da Saúde da Família e seus atributos essenciais.

Meta 2: A meta 2 pretende **ampliar o horário de funcionamento de 4 Unidades de Saúde da APS conforme Programa Saúde na Hora**. A análise da meta descreve-a como atingida em 100% na medida em que afirma que entre habilitações e desabilitações no período, o resultado aponta que **19** unidades estavam habilitadas. Diante de tal informação podemos inferir que, neste caso, pode ter havido **subdimensionamento** da meta. Cumpre destacar que a **tabela 9** apresenta o nº de atendimentos nas unidades de saúde com turno estendido, descrevendo **8** unidades de saúde que ampliaram seu horário de atendimento em 2022; contudo, **não está especificado** quais e quantas delas foram habilitadas conforme o Programa Saúde na Hora. De acordo com a PAS 2022, as unidades objeto desta meta seriam: Álvaro Difini, Navegantes, Campo da Tuca e Moab Caldas. O indicador para essa meta é o nº de US com SnaH implantada de acordo com o sistema e-Gestor. Nesse sentido, é necessária a informação precisa para a aferição da meta 2. **Meta não mensurada adequadamente.**

Meta 3: Ampliar o nº de atendimentos individuais por todos os profissionais das Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde (exceto cirurgiões dentistas) em 10%. O indicador proposto para a aferição desta meta é: N de atendimentos nas USs de APS no período/ o N de atendimentos nas USs no período base. A análise descrita no relatório aponta o cumprimento da meta em **15,20%**, portanto, acima do estipulado. Destaca que foram criadas 67 novas eSF, a reabertura da US da Ilha do Pavão e o ingresso de 49 ACS. Por outro lado, não foi possível identificar ou distinguir exatamente quais atendimentos foram realizados. No Item 4.1 Produção da Atenção Primária em Saúde apresenta a Tabela 6 e a Tabela 7, que referem atendimento individual, por isso os **dados do numeral** e do denominador do indicador **deveriam estar descritos**. **Meta não mensurada**

Proposta substituí por: - Reduzir o número de internações sensíveis à Atenção Primária.

Meta 4: A meta 4 pretende **ampliar para 80% o cadastramento da população nas equipes válidas da Atenção Primária à Saúde**. **Resultado da meta 83,2%**. Para aferição dessa meta foi construído o seguinte indicador: nº de cadastros individuais nas equipes

válidas no último mês do quadrimestre/parâmetro populacional municipal no último mês do quadrimestre X 100. O parâmetro populacional municipal é medido pelo nº de eSF x 4.000 (quantitativo potencial de pessoas cadastradas por eSFs). Ao apurarmos o percentual através do indicador proposto obtemos um número diverso do apresentado no relatório; tampouco foi disponibilizado o número de equipes completas/válidas. Sendo assim, nos resta concluir a **inconsistência** do resultado apresentado. **É fundamental cadastrar toda a população do território, para posteriormente cadastrar as equipes. Meta não mensurada.**

Para tanto, **propõe-se retomar o cadastramento para toda a população vinculada à ESF, conforme previsto no Programa Saúde da Família.**

Meta 5: Realizar mensalmente, no mínimo 75% dos procedimentos previstos no carteirômetro em 30% das unidades de saúde. O indicador proposto para a meta é: Nº de USs com 75% dos procedimentos previstos no carteirômetro (mensalmente)/Nº de USs com e-SUS (PEC)x 100. O relatório descreve resultado de **91%** para a meta. Entretanto, **não informa** o percentual de unidades atingidas, visto que prevê 30%. Considerando que a meta foi atingida em **110** unidades de saúde, o resultado de unidades atingidas equivale a **82%** das **134** unidades existentes. Há que se sublinhar o **subdimensionamento** de tal percentual, inclusive porque a meta prevista para o plano vigente é de **50%**. A meta 5 afronta o direito universal à saúde, na medida em que restringe procedimentos e ainda não contempla a totalidade das unidades. Cabe resgatar o apontamento do CMS quando de sua análise da PAS de 2019: *“O CNS em sua recomendação nº 35 de 23/08/ 2019 para que não se acate o texto base da consulta pública sobre a carteira de serviços.” Anexo recomendação 35/CNS. O CMS reprovou a carteira de serviços apresentada em 2018, através da análise da Comissão de Atenção Básica, na época em funcionamento. Meta não mensurada adequadamente.*

Meta 6: Obter nos 3 quadrimestres do ano, o indicador sintético final (ISF) do Programa Previne Brasil igual ou maior a 7. A análise descreve o cumprimento da meta em dois quadrimestres, o 2º e o 3º. A **tabela 8** (pag.35) apresenta os indicadores do **PPB** e estabelece comparativo entre os quadrimestres nos anos 2021 e 2022 respectivamente. No ano de 2021 o índice sintético final não foi atingido em nenhum quadrimestre, sendo atingido apenas no segundo e terceiro quadrimestre de 2022, em **7,4%** e **7,5%**, nesta ordem. **Meta não atingida.** Grau 66,66%.

Desempenho e Indicadores

Indicador:	Previne Brasil			
	2022 Q1	2022 Q2	2022 Q3	2023 Q1
Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizada - Meta > 60%	41%	45%	41%	50%
Porcentagem de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV - Meta > 60%	51%	63%	60%	71%
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado - Meta > 60%	42%	57%	57%	65%
Cobertura de exame citopatológico - Meta > 40%	17%	20%	22%	24%
Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente - Meta > 95%	78%	76%	76%	80%
Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida - Meta > 50%	14%	19%	24%	24%
Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada quadrimestre - Meta > 50%	9%	19%	25%	24%

Fonte: SISAB, consulta em 26 de maio de 2023. Considera apenas equipes homologadas.

Destacamos o desempenho apresentado muito aquém da cobertura de exame citopatológico, percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada quadrimestre. Que correspondem aos principais agravos das doenças crônicas não transmissíveis, demonstrando os efeitos no âmbito assistencial da atual da organização proposta pela gestão para a rede de AB.

Meta 7: Atingir nos dois semestres, no mínimo 80% dos beneficiários acompanhados nas condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil. O relatório descreve o cumprimento da meta, atingindo **84,40%**; no entanto, na análise descritiva informa que o PAB consolida somente os beneficiários obrigatórios do programa, crianças, gestantes e mulheres fase fértil. Desse modo, avaliamos a inconsistência e imprecisão dos dados para apuração da meta. De outra sorte, a meta deve necessariamente pretender atingir 100% da população a que se destina, considerando que é a mais vulnerável, porém não é procedente, na medida em que não estão incluídos todos os beneficiários **acompanhados nas condicionalidades**, como proposto no enunciado. Meta não mensurada adequadamente. **Proposta: atingir 100%.**

Meta 8: Ampliar os atendimentos odontológicos por cirurgiões-dentistas em 5% na atenção primária. O indicador proposto para aferir a meta é nº de atendimentos odontológicos nas USs da APS no ano/nº de atendimentos no período base (2021) x100. O **resultado** dessa meta apresentado no RAG é **20,40%**. Entretanto, nos dados de Produção da APS, a **tabela 7** apresenta a produção dos cirurgiões dentistas em **426.039** no período (2022), e **693.268** atendimentos em 2021. Assim, a variação do atendimento odontológico

por cirurgiões-dentistas **foi negativa, 38,54%**. Contudo, a análise da PAS descreve que: “houve uma variação de 347.727 atendimentos odontológicos em 2021 para 418.710 em 2022, atingindo a meta prevista para 2022. O município conta com 221 ESBs, efetivando uma **cobertura de saúde bucal de 49,97%**.” Nesse sentido se observa **incongruência** entre as informações apresentadas na análise da PAS e nos dados da Produção de Serviços no SUS, pag.34. **Meta não mensurada adequadamente.**

Meta 9: Ampliar a oferta de 1ª consultas nos CEOs em 5%. O quadro 3 apresenta para essa meta resultado de **93%**. A **tabela 28** apresenta a produção dos Cirurgiões Dentistas dos CEOs em 2021 e 2022. O cálculo do indicador é: Nº total de 1ª consultas ofertadas nos CEOs para todas especialidades/12.000x100. Após questionamento sobre essa meta foi informado que o resultado alcançado foi de **9,7%**: portanto, superando a meta proposta. O nº de primeiras consultas foi disponibilizado no total de 13.172. Nesse caso é importante disponibilizar o dado que está sendo medido, ou seja, o nº total de primeiras consultas. Assim se o ponto de partida é 12.000 foram realizadas 1.172 novas primeiras consultas em 2022. Desse modo, ao aplicarmos o cálculo, obtemos 9,7%. **Meta atingida.** Grau IV

No ponto **4.4 Produção da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar 4.4.1.1 Centro de Especialidades Odontológicas** cumpre informar que:

De acordo com a Portaria MS/GM nº 891/2017, o CEO IAPI aderiu à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência como CEO tipo II e o valor adicional do incentivo de custeio mensal é de R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais): A mesma Portaria estabelece que, independentemente do tipo, os CEO deverão disponibilizar no **mínimo 40 horas semanais** para atendimento exclusivo da pessoa com deficiência.

Na análise da **Tabela 27. Número de Profissionais lotados e Carga Horária (CH) nos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO por ano (2022-2021)** verifica-se apenas 01 profissional no CEO IAPI, com carga horária de 24h/semanais para atendimento de Pessoas com Necessidades Especiais (PNE). Sendo assim, este CEO não está cumprindo a normatização ministerial e aponta-se a necessidade de adequação de horários de forma a atingir as 40h/semanais, ou solicitação ao MS de descredenciamento deste serviço da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

Citamos, ainda, a **Portaria nº 1.464/2011** que define em seu Art 1º, § 3º “Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.” **Dessa forma, para fins de monitoramento e análise, solicitamos que nos próximos Relatórios conste o número de consultas realizadas por Pessoas com Deficiência, em cada CEO do município.**

Meta 10: Ampliar em 10% os procedimentos em práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada do Município. O método de cálculo para esse indicador é nº de procedimentos em PICS realizados no período/nº de procedimentos em PICS no ano base

x 100. O quadro 3, pag145 apresenta como resultado da meta 474% de ampliação dos procedimentos, mais de 4 vezes o valor de 2021 atribuindo às capacitações oferecidas na área e às divulgações das PICS. A tabela 13 na pag.40 apresenta o número de procedimentos em PICS realizados em 2021 e 2022. Ao ser aferida de acordo com o cálculo proposto se obtêm um resultado de **574,74%**. De fato, o que está apresentado na tabela é a variação, que foi positiva, indicando uma ampliação de **474,74%**. Para ampliar em **10%** seria necessário realizar mais **511,5** procedimentos e foram realizados 24.283 procedimentos. Meta **subdimensionada** necessita de **redimensionamento** visto que foi atingida em quase 6 vezes o valor do ano anterior. **Meta atingida**. Grau IV

Meta 11: Implantar 4 Centros de Especialidades: A análise da meta descreve 3 Centros de especialidades implantados: IAPI, Santa Marta e Murialdo atingindo 85% da meta. No entanto, refere a reorganização dos ambulatórios de especialidades destacando a inclusão de alguns profissionais especialistas. Não está informada a definição de Centros de Especialidades, ou seja: quais profissionais compõem tais serviços e quais as ações em saúde oferecem à população. Indicador proposto: Número de Centros de Especialidades inaugurados no período. **Meta não mensurada**.

Meta 12: Formular e Implantar 04 Linhas de Cuidado Prioritárias (Diabetes, Doença Cardiológica, Doença Respiratória Crônica e Câncer): Meta não atingida, a análise destaca a criação de grupo de trabalho, porém não produziu, diante da complexidade do trabalho. Um dos apontamentos realizados na análise do PMS vigente foi com relação a observação de que o PMS 2018/2021 elencou 10 linhas de Cuidado Prioritárias e as mesmas não foram mantidas no Plano subsequente, sem que o PMS mencionasse tais alterações. O Acidente Vascular Cerebral e a Dor Lombar foram eliminados da nova relação e foram incluídas as linhas de cuidado de Diabetes e Câncer. Mantiveram-se como linhas de cuidados prioritários: Doença Cardiológica; Doença Respiratória Crônica; Depressão/Risco de suicídio; Transtornos de Ansiedade; Sífilis e Infecções Sexualmente Transmissíveis, (HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites. Informar se são 10 ou 12, tendo em vista que ficou confusa a descrição. Resta informar se algumas foram agrupadas. **Meta não atingida**.

Meta 13: Formular e Implantar uma Linha de Cuidado prioritária da Assistência Farmacêutica (diabetes): Em que pese a linha de cuidado programada para o ano nesta meta seja a Diabetes, a análise da PAS descreve a Asma. Apontamos uma confusão conceitual na apresentação da meta, porque a assistência farmacêutica deve estar incluída na Linha de cuidado de Diabetes – sendo que as linhas de cuidado estão organizadas por agravos e não por modalidade assistencial. Ressaltamos que a Linha de cuidados de Diabetes prevista na meta 12 não foi realizada. **Meta não mensurada adequadamente**.

Meta 14: Atingir anualmente 85 pontos no Plano de Qualificação da Assistência Laboratorial. A meta apresenta resultado de 85 pontos; portanto, está descrita como atingida em 100%. Contudo, não há a descrição da pontuação no Plano, que permita a aferição do indicador. O método de cálculo para esse indicador é: **Somatória anual dos**

pesos atingidos nas ações (A-peso 50; B-peso20; A-peso 15; e A-peso 15) * Total 100 pontos/ano. A análise descreve a ampliação dos pontos de coleta na rede própria e na rede conveniada, como unidades coletoras, sendo organizada a coleta domiciliar para o Programa Melhor em Casa, tendo sido definido o GERCON como acesso exclusivo para acesso da rede conveniada para a solicitação de exames, porém não descreve os dados do indicador. No item 4.4.1.7 a tabela 75 apresenta o comparativo da produção de exames dos laboratórios próprios **Labcen (47.490/2022 e 38.647/2021)**, **HMIPV (775.663/2022 e 632.366/2021)** e **HPS (224.989/2022 e 204.071/2021)**, havendo **ampliação da realização de exames 22,88%, 22,66% e 10,25%** respectivamente. O aumento da produção de exames no caso do Labcen está justificado pelo aumento dos casos de Dengue em Porto Alegre sendo que o Labcen realizou a totalidade de exames realizados (7.909 testes). No caso do HMIPV, o aumento ocorreu devido ao recebimento das coletas domiciliares, assim como constitui apoio aos dois laboratórios próprios. A tabela apresenta a produção física e financeiros laboratórios de análises clínicas conveniados com a PMPA. A produção física (**4.007.980/2022 e 3.598.612/2021**) e a produção financeira (**R\$23.557.511,35/2022 e R\$20.712.640,86/2021**). Houve aumento na produção física de 11,37% e 13,73% na produção financeira, o relatório justifica a variação positiva pela modelagem prevista no edital 03/2029 que **retirou a regulação por cotas fixas fornecidas aos laboratórios contratados**. As inovações aqui apresentadas refletem o resultado do protagonismo do CMS/POA na discussão, fiscalização e proposição de alternativas de políticas de saúde que de fato respondam às necessidades em saúde da população que mais necessita na cidade. Desse modo, vamos transcrever aqui a avaliação exarada por este colegiado na análise do PMS2022/2023:” O Tema da Assistência Laboratorial tem sido pauta 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, 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 a deliberação do CMS. Portanto, mesmo que esta análise situacional apresente algumas ações que corrigem irregularidades histórias 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”. **Meta atingida.** Grau IV

Meta15: Implantar 6 novos serviços na Rede de Atenção Psicossocial. Resultado da meta: **zero**, na medida em que a análise descreve que houve atraso na liberação do recurso para a implantação dos 6 SRTs, cujo chamamento público será realizado em 2023. Entretanto, até o momento, sequer foi resolvida a situação jurídica referente a entidade contratualizada (Instituto Renascer), também não foi aberto novo edital de chamamento público para residenciais terapêuticos. Atualmente, a RAPS conta com 02 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. Cumpre informar que somente em **fevereiro de 2022** a Coordenação de Saúde Mental/DAPS enviou o documento contendo a proposta da Política de Saúde Mental, nesse período ocorreu o processo de preparação para a realização da **4ª Conferência Municipal de Saúde Mental**, que aconteceu em abril/21. Nesse sentido, foi pactuado que a coordenação de Saúde Mental, revisaria o documento com base nas deliberações da **Conferência** para possibilitar o alinhamento do mesmo as deliberações correspondentes. Contudo a Coordenação de Saúde Mental descumpriu a referida pactuação que fora acordada em reunião do núcleo de coordenação do CMS, devido a importância estratégica dessa Política para a cidade, visto que foi eleita com prioridade nas duas últimas conferências de Saúde, 8ª CMS/2019 e 9ª CMS/2023 conforme descrito no Parecer da SETEC sobre o PMS 2022/2025. Desse modo, o que observamos é uma **dissonância e incoerência** entre esses documentos e a desconsideração das propostas das Conferências e dos apontamentos que viemos fazendo nos relatórios anteriores, especialmente na análise da **PAS 2019** (em que indicamos 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), mas infelizmente todas as propostas restaram **desconsideradas. À vista disso, o conteúdo do PMS** revela o descaso com a relevância dos agravos de Saúde Mental e sua prioridade clínico sanitária, uma vez que constam apenas 2 metas do total das 64 metas e ainda considerando que uma delas está vinculado a Política de Saúde das pessoas em situação de rua. Assim, apontamos abaixo, a análise da Comissão de Saúde Mental a partir do Parecer sobre o PMS 2022-25 e o Relatório Anual de gestão 2022. **Meta não atingida.** Grau I

Meta 16: 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. A meta está com resultado zero. Na análise estão informadas as ações desenvolvidas no período, onde foram criados fluxogramas para o atendimento de pessoas em situação de rua na AS e na Saúde. Não há método de cálculo e não foi apresentado indicador. No entanto, entende-se que essa meta deveria constar como responsabilidade da área responsável pela Política de Atenção à Saúde das pessoas em situação de rua. Até o momento não foi apresentado um plano específico para essa população, conforme havia sido pactuado com o CMS. **Meta não atingida.** Grau I

Cabe destacar que no item **4.2.1, p.44.** produção dos Prontos atendimentos, as tabelas 19 e 20 apresentam o Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, por ano (2022-2021). A **tabela 20** demonstra o aumento de **32,29%** do total de atendimentos infanto juvenil no ano de 2022. Na mesma esteira, o aumento exponencial de desistências de **78,13 %** comparado a 2021, confirmando a fragilidade da rede para o atendimento de crianças e adolescentes e os problemas do atendimento à crise que deveriam ser atendidos nos CAPS e migram para os Pronto Atendimentos, que são serviços que não correspondem a componentes da RAPS e não cumprem as diretrizes da Atenção Psicossocial. O Conselho Municipal de Saúde tem apontado sistematicamente e encaminhado aos órgãos competentes as denúncias de violações de direitos decorrentes da forma como esses Pronto Atendimentos estão organizados, em especial, violações de direitos de crianças e adolescentes que seguem sendo atendidas nesses locais com adultos. Reafirma-se o posicionamento contrário ao financiamento de Comunidades terapêuticas com recursos da Saúde Mental e existência de Comunidade Terapêutica para adolescentes caracterizando situação de violência institucional e violação de direitos, já denunciada e encaminhada pelo CMS/POA.

Destaca-se ainda, a necessidade de garantia mínima da reposição de todas as vacâncias definitivas da RAPS, o que não tem acontecido, visto que o levantamento realizado pelo CMS aponta que nos últimos 05 anos, foi indicada uma taxa de reposição de vacância geral na SMS em torno de **32%**. Revelando assim, uma redução de **2/3** da capacidade instalada de força de trabalho já existente. Nesse sentido, foi solicitado para CASM um levantamento das necessidades de reposição de vacâncias na RAPS e de adequação das equipes conforme parâmetro de composição das equipes estabelecido pelas normativas vigentes. Porém a área de saúde mental não apresentou de forma sistematizada esse levantamento por Distrito de Saúde, inviabilizando assim a pactuação de metas para a recomposição e fortalecimento da RAPS. Também foi apontada a necessidade do estabelecimento de composição de equipe e parâmetros de cobertura populacional por equipes especializadas, para explicitar a capacidade instalada dessas equipes, que historicamente são apresentadas sem nenhum critério pactuado, através de atendimentos por tipo, conforme apresentado no relatório na **Tabela 26**. Assim sendo, os dados de produção de saúde mental ambulatorial e extra-hospitalar, por ano (2022-2021), do modo como estão apresentados, limitam-se ao número de atendimentos prestados, sem estabelecer relação ou critério fidedigno entre a composição das equipes, sua capacidade instalada e a população sobre sua responsabilidade. De forma recorrente vem sendo apontada a necessidade de estabelecer algum tipo de indicador em saúde mental, que não reduza a lógica de produção de consultas e procedimentos, que não dá conta da complexidade das necessidades e nem está alinhado às diretrizes da Atenção Psicossocial. Nessa medida, se faz necessária a repactuação de um indicador de internações e reinternações em saúde mental. Em relação ao item **4.3, p. 46 e 47** Produção da Atenção Psicossocial por forma de organização, a **Tabela 25**. Produção de

Atenção Psicossocial por Forma de Organização conforme DigiSUS, por ano (2022-2021), foram identificadas inconsistências nos dados apresentados que não correspondem a base de informações dos sistemas utilizados em relação às Autorizações de Internações Hospitalares. Também fica ininteligível o que de fato pretende a apresentação dessa tabela, sendo que é um dado pouco consistente para estabelecer um comparativo econômico entre a produção de internações hospitalares e de ações de atendimento acompanhamento psicossociais. A fim de sanar tais problemas e prospectar as análises futuras solicita-se as alterações na apresentação dos dados referentes as internações hospitalares em saúde mental, por entidade contratualizada, segmentada por ciclos de vida, infante juvenil, adultos e idosos. Apresentação em separado das internações realizadas através de compra de leitos não contratualizados, por entidade, segmentada por ciclo de vida, estabelecendo um perfil do atendimento como nos Pronto Atendimentos de Saúde Mental. Solicita-se a apresentação de dados acerca das internações voluntárias e involuntárias associadas aos marcadores sociais e populações específicas, como, por exemplo, pessoas em situação de rua. Ademais, cumpre informar que nenhuma das informações apresentadas no relatório em relação à Saúde Mental contempla os recortes por gênero, raça/etnia e orientação sexual demonstrando o distanciamento da incorporação desses marcadores sociais, como elemento estruturante na produção dos processos de saúde e doença, invisibilizando assim as especificidades dessas pessoas e populações.

Meta 17: Ampliar para 16 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. A meta está descrita com 93% de atingimento, entretanto havia 15 equipes em 2021 e permaneceram as 15 equipes em 2022. **Não houve** aumento de equipes portanto **não houve** cumprimento da meta. **Meta não atingida.** Grau I

Meta 18: Qualificar 25% dos Pronto Atendimentos do Município em Unidades de Pronto Atendimento. Meta inválida, inconsistente. A UPA Moacir Scliar citada na análise da PAS, já foi edificada na condição de UPA. O indicador proposto é: N° de Pronto Atendimentos convertidos em UPA / N° de Pronto Atendimentos x 100. Os Prontos atendimentos existentes são 3, e nenhum foi qualificado como UPA, embora tenha recebido recursos para tal e posteriormente, quando de sua terceirização, seus contratos previam recursos para a adequação, porém, tal ação não foi efetivada. **Meta não mensurada adequadamente.**

Meta 19: Manter 80% dos atendimentos classificados como severos, classificados pelo SAMU, com o tempo de resposta menor ou igual a 15 minutos: o indicador para aferir esta meta está descrito como o n° de **atendimentos classificados como severos com tempo de resposta menor ou igual a 15 minutos**/ n° de **atendimentos classificados como severos** x 100. **O resultado da meta é 18%**, justificado pelo fato do sistema utilizado para aferição do dado (sistema TRUE) não separar os atendimentos de transportes e por dificuldades com o contrato de manutenção das ambulâncias ser operado por outra secretaria. **Não mensurada adequadamente.**

Meta 20: Manter em funcionamento os serviços ambulatoriais de reabilitação pós covid-19. O indicador previsto para esta meta é: Número de serviços ambulatoriais de reabilitação Pós-Covid em funcionamento. Resultado da meta 2. **Meta atingida.** Grau IV

Meta 21: Implantar a vigilância epidemiológica em 34% das Doenças e Agravos não Transmissíveis definidos pelo Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTS), por causas externas e por agravos de saúde mental. O método de cálculo para este indicador é: N° de fluxos em vigilância epidemiológica das doenças e agravos não transmissíveis implantados, relacionados aos temas do PNEDANT/6x100. Embora no quadro de análise da PAS (quadro 3) conste a avaliação de resultado de 55% de cumprimento da meta, não há dados disponíveis, os dados do numerador não constam na análise. que permitam a aferição da meta. **Meta não mensurada.**

Meta 22: Atingir, no mínimo, a razão de 0,30 de exames citopatológicos do colo do útero realizados na população na faixa etária de 25 a 64 anos. Meta atingida e superada com **resultado** de **0,51** de exames citopatológicos realizados no período. Considerando que o objetivo desta meta no PMS 2022/2025 consiste em “*reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção, prevenção, reabilitação e vigilância em saúde*”, é fundamental que essa meta seja ampliada visto que o valor estipulado para o PMS foi atingido no primeiro ano de execução. Cumpre informar que o método de cálculo para a aferição deste indicador foi alterado. Até 2021 o cálculo era: N° de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos/1/3 da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. O resultado para essa meta foi de **0,33** dos **0,35** propostos em 2021. Na PAS de 2022 o indicador apresenta o seguinte método para o cálculo: **N° de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos por ano/Pop. Alvo anual.** O método apresentado na PAS é: método de cálculo para identificar a população anual é: n° de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos X 0,6(não usuárias de convênios) X 0,398 (fator de correção) =**103.052** IBGE estimativa 2020. A **tabela 197** na pag. 300 e 301 apresenta os dados de coleta de exames e exames com resultado alterado. O **total** de exames coletados foi de **48.043 em 2022 e 29.856 em 2021.** O **relatório descreve** aumento de **61%** no número de coleta de citopatológico do colo do útero nas unidades de saúde, quando comparado com o número de coletas do ano anterior, devido a orientações da DAPS c/atividades específicas e demanda espontânea, por outro lado houve aumento de exames alterados, com variação de **29%** de exames alterados com relação a 2021. Com relação aos distritos: Norte **coletou 6.149 com 58 alterados**, Partenon **coletou 4.333 com 40 alterados**, Eixo-Baltazar **coletou 4.445 com 37 alterados.** De acordo com os dados apresentados podemos apurar o que segue: N° de exames cito. Coletados=48043/Pop. Alvo= 103052=0,46, resultado diverso do apresentado no RAG. Substituir pela meta equivalente prevista no PREVINE BRASIL/ Cobertura de exame citopatológico maior que 0,40. **Meta atingida.** Grau IV.

Meta 23: Atingir, no mínimo, a razão de 0,30 de mamografias realizadas na população na faixa etária de 50 a 69 anos. Meta atingida e superada com resultado de **0,41**

mamografias realizadas. O método de cálculo para este indicador é: nº de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos por ano/população alvo anual. Sendo que o método para identificar a população alvo anual é: nº de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos X 0,6 (não usuárias de convênios X 0,5 (exame bianual) = **57.571**.

Ocorre que em 2021 a meta propunha razão de **0,35**, tendo resultado de **0,26** e o método de cálculo era: nº de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos/1/2 da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos. Questiona-se novamente, o método de cálculo e o subdimensionamento considerando que a meta foi superada logo no primeiro ano de execução, sendo que a meta para os quatro anos é de atingir razão de **0,50**. A **tabela 198** apresenta o Nº de mamografias solicitadas e de exames com resultado alterado, por Distrito Sanitário, onde se observa aumento de **15,4%** nas solicitações com relação a 2021. Total de exames: **27.169** em 2022 e **23.532** em **2021**. No Distrito Centro foram solicitados 1.918 exames e 23 com resultados alterados; no Distrito Centro-Sul foram solicitados 2.423 e 23 alterados, Distrito Sul solicitou 1.860 exames com 14 alterados. De acordo com os dados apresentados é possível destacar o que segue: nº de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos por ano (27.169) /população alvo anual (57.571) = **0,47**. Resultado diverso do apresentado. Ainda em relação as mamografias bilaterais conforme tabela 181 que dispõe os dados sobre a oferta de exames regulados descreve 40.623 em 2022 e 42.199 em 2021, ocorrendo **variação negativa de - 3,73%**. **Da mesma forma dos dados das mamografias o indicador do PIAPS 7. Razão de exames de mamografia de rastreamento é 0,25 e o resultado foi 0,28. Sendo que o indicador utilizado na meta do PMS é diferente. Meta atingida.** Grau IV

O resultado para as **metas 22 e 23** foi diverso do apresentado no RAG e podemos inferir que a estimativa do número total de mulheres na faixa etária em análise não está correto. Por isso, a importância de apresentar os dados relativos ao numeral e denominador previstos no cálculo do indicador.

Meta 24: Reduzir a mortalidade prematura em 2% ao ano em pessoas de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Meta não atingida, houve aumento da mortalidade. O conjunto ficou em **362,8/100000** pessoas ante **349,7/100000** pessoas em 2021 com acréscimo de **3,8%**. O relatório informa que o não atingimento da meta provavelmente ainda esteja relacionado à pandemia de Covid-19, a qual impactou, diretamente, na busca por atendimento de saúde por parte da população, reduzindo a realização de novos diagnósticos ou protelando o início e continuidade de tratamentos. **Meta não atingida.** Grau I

Meta 25: Manter o coeficiente de mortalidade infantil abaixo de 8,5/1000 nascidos vivos. Resultado de Meta **7,8/1000** nascidos vivos. Destaque para o menor coeficiente de mortalidade infantil da história de Porto Alegre, **em 2022 foram 106 óbitos, de 13.663 nascimentos**, justificado pelo desenvolvimento de diversas ações que contribuíram para a melhoria do acesso nos diferentes níveis de atenção, bem como o fortalecimento do comitê de investigação do óbito infantil. Em 2021 a **meta era reduzir a taxa de mortalidade infantil para 8,5/1000 nascidos vivos** o resultado para essa meta foi de **9,2/1000**. Cabe destacar que o enunciado da meta foi alterado de **reduzir** para **manter abaixo de**, visto

que se obteve um resultado positivo e inédito. Cumpre informar os distritos que apresentaram maior taxa de mortalidade e acima do coeficiente municipal: **Ilhas** com taxa de **21,5**, **Nordeste** com **17,7**, **Restinga** com **15,1**, **Eixo Baltazar** **13,6**, **Extremo Sul** **12,2**, **Noroeste** **11,4**, **Cristal** **9,1**, **Leste** **8,8** e **Centro-Sul** **8**. **A proporção de óbitos infantil por raça/cor/etnia (Negra-preta+parda= 24,52% e branca74,8%) e 2021 (Negra-preta+parda=18,4% e branca 79,7%).** Dados observatório da vigilância em saúde.

Meta 26: Manter a razão de mortalidade materna abaixo de 35/100.000. Resultado da meta **22/100.000**. Indicador é o nº de óbitos maternos/nº de nascidos vivos x 100.000. Resultado da meta em **2021 35,4/100.000**. **Em 2022 foram 3 óbitos e em 2021 5 óbitos. 01 na Restinga, 01 Humaitá Navegantes e 01 Centro Sul.** A proporção de óbitos maternos por **raça/cor/etnia (parda 33,3% e branca 66,7%) e 2021 (preta 20% e branca 80%).** Dados do observatório da vigilância. **Meta Atingida.** Grau IV

Meta 27: Realizar 30% dos atendimentos individuais de médico, enfermeiro ou nutricionista em crianças identificadas com obesidade na atenção primária com a Avaliação do Estado Geral no e-SUS. Foram realizados **13,7% dos atendimentos.** **Indicador:** nº de crianças de 0 a 10 anos atendidas por médico, enfermeiro ou nutricionista na APS identificadas com obesidade (CID 10 E660 e CIAP T 82) /nº de crianças identificadas com obesidade pelo IMC por idade no SISVAN x 100. Dados do indicador foram apresentados na PAS. **Meta não atingida** Grau II

Meta 28: Qualificar o conjunto de registros de informações dos agravos relacionados ao trabalho atingindo no mínimo 75% da pontuação máxima, conforme critério de mensuração. O cálculo do indicador está apresentado na PAS: Numerador: Total de pontos alcançados nas 5 primeiras ações que compõem a meta. Denominador: 100 pontos. Fator de multiplicação: 100. Unidade de Medida: Percentual. Na análise do RAG/PAS está informado o cumprimento da meta considerando que todas as revisões foram feitas no Sistema Sentinela, cujo objetivo é qualificar o registro das informações dos agravos relacionados ao trabalho. **Na pag. 411 está a descrição das ações com a respectiva pontuação que somada, dividida e multiplicada atinge 100 pontos, superando a meta prevista. Meta atingida.** Grau IV

Meta 29: Alcançar atuação satisfatória do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de no mínimo 60,6% da pontuação total dos critérios avaliados conforme Nota Informativa nº 7/2021 CGSAT/D, SASTE/SVS/MS: ações e critérios no indicador de Saúde do Trabalhador no Plano Nacional de Saúde 2020/2023. O método de cálculo do indicador previsto na PAS é o seguinte: **Numerador: Total de pontos alcançados nas 9 ações da meta 5, de acordo com a NOTA INFORMATIVA Número 7/2021-CGSAT/DSASTE/S VS/MS. Denominador: 165 pontos. Fator de multiplicação: 100. Unidade de Medida: Percentual. Na pag.410 está a descrição do indicador com as referidas ações e a pontuação correspondente, o resultado desta meta é: 96,96%, superando a meta prevista de 66,6%. Meta atingida.** Grau IV

Sugere-se rediscutir essa meta na medida em que ela reúne um conjunto de ações/metadadas contidas na normativa, de modo que não há muito sentido em aferir dessa forma, pois de fato são as ações previstas na normativa que a **“Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) desenvolve o monitoramento das condições de trabalho, incluindo o ambiente físico, a exposição a produtos químicos e outras substâncias tóxicas, a carga de trabalho, a organização do trabalho e outros fatores que possam afetar a saúde dos trabalhadores. Ainda, visa proteger a saúde e prevenir doenças e acidentes relacionados ao trabalho. Ela envolve a coleta, análise e disseminação de informações sobre os riscos à saúde dos trabalhadores, bem como a implementação de medidas para controlar esses riscos. Pautando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde, a VISAT, em consonância com outros Sistemas de Vigilância em Saúde (principalmente a Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental) e articulada com áreas assistenciais, tem como objetivo conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido.”** (pag.409 RAG). A sugestão acima referida se revela pertinente considerando o que se observa na **tabela 289**, que apresenta o Nº de casos referenciados ao Cerest, visando definição denexo causal, por Coordenadoria de Saúde, estabelecendo comparativo (**2022- 118 casos e 2021- 135 casos**) havendo variação negativa de **13%**. Do mesmo modo a **tabela 290** que apresenta a distribuição das notificações do SINAN, segundo município de residência, acidentes e doenças/agrivos relacionados ao Trabalho, (**2022- 6.856 casos e 2021- 5.802 casos**) Nesse caso com variação positiva de **18%**. Destaque para a informação da notificação de **2 casos** de neoplasia maligna (**CID C80**) no ano de 2022, evento não notificado em 2021, bem como o aumento de **100% de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho notificados**, (**2022- 16 casos e 2021- 08 casos**). Outro dado que evidenciamos é o de Lesões provocadas por Esforços Repetitivos (LER), com expressivo aumento, **182%**, (**2022- 48 casos e 2021- 17 casos**). Importa destacar que os dados estão sendo agrupados por Coordenadoria de Saúde, para fins de observação em saúde **são necessários os dados apresentados por distrito de saúde**.

Meta 30: Implantar o Plano de Enfrentamento às Violências. Foi constituído um GT, mas até o momento não foi produzido o plano. Meta não cumprida. Grau I

Meta 31: Reduzir no mínimo 3% o coeficiente bruto de mortalidade por AIDS em relação ao ano anterior. Resolução 430/2018 – CIB/RS. Resultado da meta 2,7%. O cálculo do indicador está descrito na PAS como o [Número de óbitos por aids (causa básica) em residentes de POA / População de residentes nesse mesmo local, no mesmo ano X 100.000] - [Número de óbitos por aids (causa básica) em residentes de POA / População de residentes nesse mesmo local, no mesmo ano X 100.000] do ano anterior. Não houve a disponibilização dos dados. Na análise da PAS há a informação de que foram realizadas estratégias importantes no ano de 2022 para redução da mortalidade por Aids em Porto Alegre, como o fortalecimento do comitê de mortalidade, a organização do circuito de Aids avançada para 2023, a formação da rede de APS para diagnóstico e tratamento de HIV em tempo oportuno e a ampla divulgação do tratamento imediato após o

diagnóstico de HIV, conforme preconizado pelo MS. Não estão apresentados. O nº de **óbitos por AIDS em 2022 foi 326** e a mortalidade anual **13.540** e em **2021 de 340 óbitos** ante a **15.618 óbitos totais. Meta Atingida.** Grau IV

Cumpra informar que o indicador mais adequado é o número de óbitos por AIDS em residentes de POA/nº de pessoas com AIDS residentes em POA, no mesmo ano X 100.000, assim como é necessário informar a série histórica dos últimos cinco anos.

Meta 32: Reduzir a transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana para índices menores ou iguais que 2%. Resultado da Meta **1,2%**. O cálculo do indicador previsto para esta meta é Nº de casos de transmissão vertical (infectados) / Número de crianças expostas x 100. A **tabela 234** apresenta o Nº de crianças expostas ao HIV, por raça/cor/etnia, no parto, em 2022 (**total: 230; Negra=Pretas/Pardas: 100; Branca: 93; Amarela:4; Indígena:01 e Ignorado:32**) e em 2021 (**total:262; Negra=Pretas/Pardas:107; Amarela:03, Indígena: 0 e Ignorado:26**). O **gráfico 51** descreve o número de crianças infectadas em **2022:3 e 2021:3. Ao fazer a aferição obtivemos 1,3.** Cabe destacar que embora tenha ocorrido **decréscimo de 12,6%**, que é positivo, a **população negra** permanece em desvantagem visto que representa **43,47%** ocorrendo aumento de percentual em relação a **2021 40,83%. Meta Atingida.** Grau IV

Está informado no relatório que em Porto Alegre, no ano de **2022** foram **notificados 306 casos de Aids e 660 casos de HIV**, apresentando decréscimo em relação ao ano anterior, onde foram **notificados 436 casos de Aids e 724 casos de HIV**. Em relação à taxa de detecção de **2022**, também houve queda, apontando **21,7 casos de Aids/100 mil habitantes e 46,8 casos de HIV/100 mil habitantes** ante **31/100.000 casos de Aids e 51,3/100.000 casos de HIV**. A **tabela 237** apresenta os casos de Aids em maiores de 13 anos, segundo raça/cor/etnia, por ano **2022-(Total: 306; Negra (preta + parda): 107; Branca: 183; Amarela: 2; Indígena:1; Ignorado:13); 2021- (Total: 436; Negra (preta + parda):196; Branca: 224; Amarela: 5; Indígena:2; Ignorado:09)**, também nesse caso a população negra está em desvantagem, embora tenha ocorrido decréscimo com relação ao ano passado, representa **34,96%** dos casos em 2022 e **44,95%** dos casos em **2021. Obs. Dados atualizados Nº de casos de HIV e AIDS (2022: 669 HIV e 349 AIDS). (2021: 737 HIV e 450 AIDS).**

Meta 33: Aumentar a taxa de cura dos casos novos de Tuberculose para 60% (na PAS está 55%). Para esta meta os dados ainda são provisórios com taxa de **19,22%**. **A análise descreve** a taxa de 2021 foi de **43%**. O método de cálculo é o Nº de novos casos de cura de tuberculose pulmonar do ano anterior / Número de novos casos de tuberculose pulmonar diagnosticados no ano anterior x 100. Os **dados consolidados de casos novos de 2021** são: **904** e casos de cura **399**, a taxa de cura **44,1%** e em **2022** foram **792 casos novos e 355 casos de cura**, perfazendo **44,8%** para a **taxa de cura até o momento**. Dados precisam ser atualizados. O relatório informa que na capital, o coeficiente de incidência de TB foi de **87/100 mil hab. em 2021**, enquanto no ano de **2022 foi de 82 por 100 mil hab.** O total de casos de tuberculose (casos novos e tratamentos) em 2022 foi de **2.616 notificações**, até 22.09.23. Dessas, **1.667** foram realizadas pela **atenção**

secundária e terciária de saúde. Assim como no ano de **2021**, onde a Diretoria de Vigilância em Saúde (**DVS**) identificou e abriu **754** notificações, no ano de **2022**, **716 casos** foram identificados e notificados pela DVS enquanto a Atenção Primária à Saúde (APS) notificou **apenas 233 casos de tuberculose. Meta não atingida. 73% da meta. Meta não atingida.** Grau III

A **tabela 252** que apresenta o N° de casos novos e esperados (meta) de Tuberculose, de todas as formas clínicas, Coordenadoria de Saúde, por ano (2022-2021), a **tabela 253** que apresenta N° de casos novos e esperados (meta) de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial por Coordenadoria de Saúde, por Distrito Sanitário, por ano (2022-2021) e a **Tabela 254**, que apresenta o N° de casos novos de Tuberculose, de todas as formas clínicas, distribuídos por Coordenadoria de Saúde, por raça/cor/etnia, por ano (2022-2021), **não apresentam** os dados por **Distrito de Saúde**, o que é **contraproducente**. Por raça/cor/etnia, por ano **2022** (Total :1.159; Branca 674; **Negra 471**; Amarela 7; Indígena 3 e Ignorado 4) e **2021** (Total 1.223; Branca 708; **Negra 485**; Amarela 25; Indígena 1 e Ignorado 4) Se observa mais uma vez a desvantagem da população negra que constitui 20% da população da cidade representa **40,6% dos casos de TB** em 2022 e **39,6%** em 2021, mesmo com variação negativa. Desse modo para melhor avaliação, monitoramento e fiscalização dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde apresentaremos a seguir os n° absolutos de TB do ano até o momento por Distrito: (coletados do observatório de vigilância)

Extremo-Sul (16 casos, 09 curas e 03 abandonos); **Lomba do Pinheiro** (39 casos, 21 cura e 03 abandonos); **Partenon** (98 casos, 51 cura e 20 abandonos); **Leste** (78 casos 40 cura e 17 abandono); **Ilhas** (4 casos, 2 cura e 1 abandono); **Norte** (51 casos, 25 cura e 9 abandono); **Nordeste** (37 casos, 18 cura e 10 abandono); **Eixo Baltazar**(46 casos, 22 cura e 28 abandono); **Centro Sul** (38 casos, 18 cura e 10 abandono); **Noroeste** (23 casos, 10 cura e 1 cura); **Glória** (24 casos, 10 cura e 9 abandono), **Cristal** (30 casos, 12 cura e 8 abandono); **Centro** (87 casos, 34 cura e 22 abandono); **Restinga** (53 casos, 20 cura e 15 abandono); **Humaitá Navegantes** (35 casos, 13 cura e 14 abandono); **Sul** (32 casos, 11 cura e 10 abandono); **Cruzeiro** (28 casos, 8 cura e 7 abandono) e **Sem Referência** (70 casos, 31 cura e 14 abandono).

Meta 34: Aumentar em 20% o n° de pessoas em tratamento para Hepatite C: A análise descreve a meta atingindo **214%**, entretanto apurado o percentual de aumento de pessoas em tratamentos se obtêm **114,29%**. Meta atingida. A análise descreve **140** tratamentos em **2021**, portanto para atingir **20%** desse valor seriam necessários mais **28** atendimentos, total de **168** atendimentos, como foram realizados **300** tratamentos em **2022** a meta foi atingida em **114,29%**. Meta subdimensionada, abaixo dos padrões mínimos de efetividade. **Meta Atingida.** Grau IV Proposta: **Redimensionar meta.**

Meta 35: Reduzir em no mínimo 3% os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade em relação ao fechamento do ano anterior. Resolução 430/CIB/RS. O método de cálculo apresentado para a meta é o N° de casos novos de sífilis

congênita no ano vigente / Número de casos novos de sífilis congênita no ano anterior x 100 Resultado apresentado de redução de **19%**. Entretanto, se aplicarmos o método proposto e já com a atualização dos dados visto que a análise ocorre intempestiva (e vale destacar que os dados apresentados no relatório são restritos às Coordenadorias de saúde), encontramos os seguintes resultados: Nº de casos novos de sífilis congênita no ano vigente = **498**/ Número de casos novos de sífilis congênita no ano anterior = **611x 100 = 81,5** em **2022** e aplicando o mesmo método para o ano anterior encontramos **611/538x100=113,5** em **2021**. Desse modo, a variação percentual do nº de casos com relação ao ano anterior tem resultado de **-18,4%**. A análise da PAS/RAG descreve que o processo de redução da sífilis congênita foi fortalecido através do comitê de prevenção da TV HIV/sífilis, amplamente divulgado o canal de matriciamento da CAIST, assim como foi implantado o projeto-piloto em parceria com **Opas/Unaid**s, para o acompanhamento de gestantes, incluindo HIV / sífilis como diagnóstico prioritário a ser acompanhado. Foi desenvolvido na CS Norte e Sul, potencializadas as ações de EPS na APS sobre identificação e manejo imediato da gestante com sífilis. A análise na pag.**332** reflete que a **taxa de incidência**, que considera o número de nascidos vivos e **é o dado mais adequado** para comparação e avaliação, teve redução e passou de **43,2** para **36,1**. Nesse sentido, sugere-se que a meta seja alterada para reduzir para **21/1.000 nascidos vivos** como no PMS **2018/2021**, cujo método de cálculo é o seguinte: nº de casos notificados de NV com SC /Nº Total de NV x 1000 por raça/cor/etnia. Nesse caso, apura-se **taxa de incidência de sífilis congênita em Porto Alegre em 2022 é 36,4%. Meta atingida**. Grau IV

Entendemos inapropriado lidar com o número absoluto de casos em um município do porte de Porto Alegre. Conforme a análise na pag.**332** reflete que a **taxa de incidência**, que considera o número de nascidos vivos e **é o dado mais adequado** para comparação e avaliação. Destacamos ainda que no PMS **2018/2021**, o método de cálculo é o seguinte: **nº de casos notificados de NV com SC /Nº Total de NV x 1000 por raça/cor/etnia**. E questionamos para que haja a justificativa da mudança, inclusive reiteramos que nos casos de monitoramento desses indicadores, alterações no indicador prejudicam a análise da série histórica, causando distorções.

Proposta: retomar o indicador utilizado no PMS 2018-2021 e recalcular e corrigir os dados ainda de 2022, com base na garantia da fidedignidade da análise.

A **Tabela 241** apresenta o Nº de casos de **Sífilis em gestantes** por **raça/cor/etnia**, e estabelece o comparativo com o ano anterior. Como já observado anteriormente, os dados analisados serão os consolidados de acordo com o observatório da Vigilância. Assim, em **2022** ocorreram **892** casos e em **2021** ocorreram **1.137** casos, com variação de **(-21%)**. Com relação à raça cor etnia **Negra** (preta + parda): **349**; **Branca:489**; **Amarela:15**; **Indígena: 01**; **Ignorado:38** em **2022** e em **2021 Negra** (preta + parda): **444**; **Branca: 614**; **Amarela: 24**; **Indígena:01**; **Ignorado:54**. Embora tenha ocorrido variação menor **(-21,3%)** no comparativo com o ano passado, a população **negra** permanece em desvantagem, considerando que constitui **20%** da população da capital. Entre os Distritos Sanitários, os

com maior nº de casos estão **Leste (96 em 2022 e 122 em 2021); Norte (93 em 2022 e 90 em 2021); Restinga (89 em 2022 e 120 em 2021); Eixo Baltazar (85 em 2022 e 64 em 2021); Partenon (69 em 2022 e 137 em 2021), Sul (34 em 2022 e 42 em 2021), Centro-Sul (50 em 2022 e 53 em 2021); Glória (43 em 2022 e 59 em 2021); Lomba do Pinheiro (49 em 2022 e 84 em 2021); Nordeste (58 em 2022 e 68 em 2021); Humaitá Navegantes (35 em 2022 e 42 em 2021); Extremo Sul (23 em 2022 e 33 em 2021); Centro (37 em 2022 e 48 em 2021); Cruzeiro (27 em 2022 e 43 em 2021); Cristal (14 em 2022 e 43 em 2021); Noroeste (27 em 2022 e 30 em 2021); Ilhas (2 em 2022 e 2 em 2021); Sem Referência (60 em 2022 e 57 em 2021).** Destaque para a queda de casos no Partenon, embora ainda continue alto, assim como Leste e Restinga. Por outro lado Cruzeiro, e Cristal, com queda significativa. Cabe informar registro constante na avaliação pag.333 que aponta a redução percentual de casos de **21%** (atualizado), considerando a variação total para a cidade, porém supõe que este número não reflete a realidade da cidade, em que pese a demora no envio de notificações principalmente por parte dos serviços de nível hospitalar. Contudo na APS, também há grande quantidade de subnotificação, informação confirmada por avaliação da DVS no PEC e outras ferramentas de registro, como o formulário de TR. A taxa de detecção reduziu de **80,7** para **53,7**.

A **tabela 242** apresenta o Nº de casos de Sífilis Adquirida, por sexo, com diagnóstico, por ano. Em **2022** foram **949 femininos, 1.269 masculinos, Total 2.218** em **2021** foram **612 femininos, 802 masculinos e Total 1.414. Se observa variação de 56,8% no comparativo com 2021.** Esse aumento também ocorreu por sexo, sendo que as mulheres representaram **42,7%** do total de casos em **2022** os homens representaram **57,2%**. Dados aqui apresentados estão atualizados pelo observatório da Vigilância em Saúde. A **tabela 243** apresenta o Nº de casos de Sífilis Adquirida, segundo **raça/cor**, por ano. Em **2022** a população **Negra** (preta + parda): **784 – 35,3% casos; Branca: 1352 – 61% casos; Amarela: 19 – 0,9% casos; Indígena:08 – 0,8% casos; Ignorado:55 – 2,5% casos.** Em **2021** a população **Negra** (preta + parda): **547 – 38,6%; Branca: 815 – 57,6% casos; Amarela: 09 – 0,6% casos; Indígena:02 – 0,1% casos; Ignorado:41 – 2,9% casos.** A população negra permanece em desvantagem considerando que representa **20%** da população da capital.

Meta 36: Realizar a vacinação de no mínimo 70% da população de Porto Alegre contra a Covid-19. O cálculo proposto para esse indicador é: Número de pessoas com imunização completa contra a Covid-19 / Número de pessoas residentes de acordo com a estimativa populacional IBGE no ano em análise x 100. **Resultado 89,1%.** A tabela 266 apresenta as Doses Aplicadas contra Covid-19, segundo faixa etária durante a Campanha de Vacinação considerando a Dose1, Dose2 e Reforço. **Meta Atingida.** Grau IV

Meta 37: Realizar o controle vetorial em 90% dos casos confirmados de arboviroses em humanos e vetor Aedes aegypti, positivados para o vírus, identificados nas armadilhas Mosquitrap. O método de cálculo para a meta é o Nº de ações ambientais de controle químico e/ou mecânico do vetor no perímetro (raio de 150 metros) / Número de casos confirmados de arboviroses em humanos, e número de identificação viral do vetor

Aedes aegypti x 100. O **resultado** da meta apresentado é de **90%**. A análise descreve que em relação ao ano de 2021 ocorreu um incremento de visitas de controle vetorial de **862,3%** em **2022**. Indicando que ocorreu controle vetorial satisfatório (mecânico e químico) para os casos confirmados de arboviroses em humanos e vetor *Aedes aegypti*, positivados para o vírus, identificados nas armadilhas Mosquitrap. Entretanto **não demonstra as informações que compõe o numerador e o indicador para a mensuração da meta**. Meta não aferida.

O RAG descreve a partir da **pag. 383** que desde outubro de 2012, o Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores (NVRV/DVS/SMS) implantou o sistema MI AEDES (Monitoramento Integrado do Aedes) no município, para a vigilância do mosquito *Aedes aegypti* na fase adulta. Esse sistema permite gerar dados de dispersão e índices de infestação do mosquito em níveis diário, semanal, mensal e anua, como a informação disponibilizada na tabela 270 MI AEDES por ano: Vistorias em armadilhas (**39.477 - 2022 e 41.444 - 2021**); Amostras coletadas (**7.425 - 2022 e 6.879 - 2021**); Espécimes capturados (**16.120 - 2022 e 12.993 - 2021**); Amostras com vírus (**35 - 2022 e 1 - 2021**). Assim se observa que houve **redução** no nº de vistorias (**-4,75%**), no entanto aumentou o nº de amostras coletadas em (**7,94%**) assim como aumento das amostras com vírus em (**3.500,00%**). O RAG não justifica a redução das vistorias nas armadilhas, porém informa que foram reorganizadas e várias armadilhas foram alocadas para cobrir áreas do bairro Vila Nova, onde houve muitos casos de dengue no verão e outono de 2022. Ainda está informado que os maiores índices, em 2022, foram reflexos da população do vetor **estar muito alta** e da circulação viral nas pessoas e nos insetos permanecer por muitos meses, causando **mais de 4 mil casos de dengue na cidade**. O índice médio de infestação de fêmeas adultas de *Aedes aegypti* (IMFA), ao longo do ano de 2022, manteve-se no nível crítico por mais semanas quando comparado a 2021. por mais que o IMFA não tenha sido muito mais elevado em valores quando em comparação a 2021, a constância dos valores mais altos combinada com uma maior circulação do vírus da dengue fez com que no ano de 2022 houvesse o **maior número de casos de dengue da história do município de Porto Alegre**. Ao longo do último quadrimestre de 2022 não foram registrados casos de arboviroses autóctones, mas foram registrados dois casos importados de dengue (SEs 48 e 49). Em 2021, no mesmo período, foram também registrados dois casos importados, de dengue e de Chikungunya. Também em 2022 foi realizada a revisão do Plano Municipal de Contingência Dengue, Zika Vírus e Chikungunya. Dados do observatório da vigilância em saúde demonstram que em 2022 foram notificados **7.264 casos de dengue** e confirmados **5.140**. Dos casos confirmados destaque para evolução: **4.799 curas; 04 óbitos; 02 óbitos** por outras causas e **335** ignorados. Com relação aos Distritos de saúde se observa o que segue:

LESTE Total: 2.167 Amarela-13, Branca-990, Ignorada-618, Indígena-3, Negra (preta e parda) -543;

PARTENON Total: 502 Amarela-5, Branca-241, Ignorada-145, Indígena-0, Negra (preta e parda) -111;

CENTRO Total: 412 Amarela-1, Branca-194, Ignorada-190, Indígena-0, Negra (preta e parda) -27;

CENTRO-SUL Total: 343 Amarela-1, Branca-179, Ignorada-111, Indígena-0, Negra (preta e parda) -52;

NOROESTE Total: 272 Amarela-0, Branca-138, Ignorada-124, Indígena-0, Negra (preta e parda) -10;

SUL Total: 226 Amarela-0, Branca-136, Ignorada-69, Indígena-0, Negra (preta e parda) -21;

EIXO BALTAZAR Total: 161 Amarela-1, Branca-79, Ignorada-52, Indígena-0, Negra (preta e parda) -29;

NORTE Total: 150 Amarela-0, Branca-85, Ignorada-37, Indígena-0, Negra (preta e parda) -28;

GLÓRIA Total:139 Amarela-0, Branca-69, Ignorada-44, Indígena-0, Negra (preta e parda) -26;

CRISTAL Total:128 Amarela-1, Branca-58, Ignorada-39, Indígena-0, Negra (preta e parda) -30;

NORDESTE Total: 128 Amarela-0, Branca-58, Ignorada-38, Indígena-0, Negra (preta e parda) -31;

CRUZEIRO Total: 100 Amarela-1, Branca-55, Ignorada-30, Indígena-0, Negra (preta e parda) -14;

LOMBA DO PINHEIRO Total:92 Amarela-0, Branca-44, Ignorada-21, Indígena-0, Negra (preta e parda) -27;

HUMAITÁ NAVEGANTES Total: 69 Amarela-0, Branca-36, Ignorada-22, Indígena-0, Negra (preta e parda) -11;

RESTINGA Total:59 Amarela-0, Branca-31, Ignorada-21, Indígena-0, Negra (preta e parda) -7

EXTREMO SUL Total:57 Amarela-0, Branca-36, Ignorada-12, Indígena-0, Negra (preta e parda) -9;

ILHAS Total:4 Amarela-0, Branca-4, Ignorada-0, Indígena-0, Negra (preta e parda) -0

IGNORADO Total: 131 Amarela-1, Branca-44, Ignorada-66, Indígena-0, Negra (preta e parda) -20

A partir da apresentação dos dados acima pode ser observado que **permanece a desvantagem da população negra, no Distrito Leste representa 25% dos casos, no Distrito Partenon 22% e no Centro Sul 15%.**

Em que pese a **gravidade** da situação descrita acima o relatório **restringe** a avaliação ao índice médio de infestação de fêmeas adultas de *Aedes aegypti* (**IMFA**) que se manteve em índice crítico durante o ano, quando sabemos que a melhor forma de combater a Dengue é a prevenção e a informação, pois está associada a desinformação e a negligência, não só governamental, mas também de parte da população. Não encontramos na avaliação do RAG elementos que indiquem o conjunto de ações que deveriam ter sido desenvolvidas para enfrentar o maior nº de casos de Dengue da história de Porto Alegre.

Meta 38: Realizar o Plano Municipal de resposta às Emergências em Saúde Pública, como o ponto focal, conforme o regulamento sanitário internacional. Meta atingida. O Relatório está informando que o Plano foi realizado e, publicado no Diário Oficial do Município em 30.12.22 em edição extra e constitui uma meta do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (**CIEVS**) municipal junto a Rede CIEVS, do Ministério da Saúde, o Plano de Respostas visa subsidiar a identificação oportuna e as ações da vigilância em saúde municipal frente às situações com iminente risco de epidemias e desastres. Oficial de Porto Alegre em 30/12/2022 - https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4645_ce_20221230_executivo.pdf . **Meta Atingida.** Grau IV

Meta 39: Apresentar o Plano Operativo Anual de 2022 da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos de Porto Alegre no âmbito do SUS. Meta não cumprida. O cálculo para o indicador é: Planos operativos 2022 publicizados 2022. A análise da meta descreve que algumas ações estão sendo executadas como: Ações de educação permanente e oficinas para a comunidade e parceria com a SMGOV para a implementação da Farmácia Viva no Centro Agrícola Administrativo. **Meta não atingida.** Grau I

Meta 40: Executar 70% das metas da saúde propostas para o Plano Municipal da Pessoa Idosa para o ano de 2022. A análise da meta cumprida em 41%. O indicador proposto para a meta é: Número de metas da saúde do PMPI executadas / Número total de metas propostas da saúde no PMPI x 100, no entanto os dados para o cálculo não estão dispostos na análise da meta. Na pag. 260 consta o Plano, 17 metas, as ações correspondentes com aferição e análise. Das 17 previstas, 07 foram realizadas. Cabe destacar que o Plano Municipal da Pessoa Idosa não foi apresentado para o CMS. **Meta não atingida.** Grau III

Meta 41: Executar 25% das metas propostas para o Plano Municipal da Pessoa com deficiência. Análise descreve meta superada com resultado de 29%. A Análise descreve meta superada com resultado de 29% (14 metas alcançadas), ultrapassando a meta para 2022 que era de 25% (12 metas). Entretanto, no Quadro 10. pág.228, são apresentadas 10 metas, apenas, equivalente a 20% do Plano. Destas, 07 estão descritas como REALIZADAS e 03 estão NO AGUARDADO para serem concluídas. **Meta não mensurada adequadamente.**

No capítulo 12.7 Saúde das Pessoas com Deficiência O relatório cita que o Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (2022-2025) - PMCSPcD, foi

concluído em março/2022 e teve como objetivo a atualização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na cidade de Porto Alegre indicando assim, que a **Meta foi atingida**.

Na sequência, aponta que dentre as responsabilidades da gestão está a de promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS, atribuindo esta citação à “Política Nacional da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (PNRCPcD)” equivocando-se na nomenclatura, uma vez que a Política citada não existe. Vale lembrar que o MS instituiu duas portarias distintas: a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060/2002) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012).

A atualização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do município identificou um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações e para suprir as necessidades identificadas neste grupo populacional, o Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (2022-2025) elencou 48 Metas. Contudo, numa análise mais detalhada observa-se que a maioria das metas apresentadas não se enquadra como tal e devem ser transformadas em ações vinculadas a metas específicas. Tal fato gera a necessidade de rediscutir **as Metas** do Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e incluir algumas delas no Plano Municipal de Saúde (2022-2025).

O CMS entende que as Metas do Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência devem estar de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde da PCD, quais sejam:

- Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- Prevenção de deficiências;
- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- Capacitação de recursos humanos

Destacamos ainda, que todas as metas devem ter um indicador objetivo de aferição e o método de análise discriminado.

Tendo em vista que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve ser organizada no âmbito da Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências) e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, constata-se que o atual Plano não faz menção à elaboração de uma Linha de Cuidados com o objetivo de orientar os serviços de saúde e demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção, de acordo com suas necessidades.

Com relação à Atenção Básica, observa-se que no Plano não constam metas específicas que apontem para a solução de um dos seus principais problemas que é a fragilidade do Atendimento Domiciliar tipo1 atingindo diretamente as pessoas com deficiência temporária ou definitiva, que seriam prioritárias para esse atendimento.

Sobre o componente Atenção Especializada em Reabilitação, o Plano revela que tanto gestores quanto trabalhadores desconhecem que os Centros de Especialidades em Reabilitação habilitados no município são vinculados à Rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência. Estabelecer como Meta a elaboração da linha de cuidados e seus

fluxos assistenciais auxilia não somente no “desenho” da Rede, mas também aponta competências para os profissionais que atuam nos pontos de atenção.

Cabe destacar a importância do acesso aos serviços de Reabilitação **em tempo adequado** e isto significa introduzir no GERCON uma agenda específica para as Pessoas com Deficiência, encaminhadas para estes serviços especializados.

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, como componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência precisa demonstrar aderência a esse programa, considerando a importância do seu papel articulador com demais pontos de atenção dessa Rede, priorizando a intervenção precoce de pessoas com lesão neurológica incapacitante nos Centros Especializados, por exemplo.

De acordo com o PMS 2022-2025, “as políticas públicas para as pessoas com deficiência e suas famílias propostas pelo Ministério da Saúde **devem ser implantadas** nos Estados e Municípios de forma a priorizar: ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção, articulada em todos os níveis de complexidade”. Ressaltamos que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência faz parte das Redes consideradas prioritárias para o Ministério da Saúde, portanto, o CMS entende ser **tarefa central a implantação da Rede de Cuidados**, com definição de fluxos e de linha de cuidado específica.

Por fim, referente à estrutura e arranjos institucional da SMS, destacamos a importância do reconhecimento formal da relevância da Política de Atenção à Saúde das pessoas com Deficiência e de que nesse sentido se possa alterar o organograma para estabelecer uma coordenação e estrutura necessária para essa Rede -da mesma forma como foi realizada a mudança de Área Técnica de Saúde Mental para Coordenação de Saúde Mental, para dar conta das atribuições de coordenar a Política e a Rede de Atenção Psicossocial-. Nessa esteira, é fundamental a implementação de um Grupo Condutor da RCPcD, conforme previsto nas normativas do Ministério da Saúde, como colegiado gestor responsável pela elaboração da matriz diagnóstica da rede, sua implementação, monitoramento e avaliação.

Meta 42: Adequar o descarte de medicamentos em desuso à legislação sanitária vigente em 3% dos serviços de saúde com dispensação de medicamentos. Meta descrita como cumprida em 100%, entretanto os números de referência para os indicadores não estão informados. Indicador proposto na PAS: Taxa de implantação de pontos de coleta para o descarte de medicamentos em desuso no município com destinação final de acordo com a legislação vigente. Número pontos de coleta para o descarte de medicamentos em desuso no município com destinação final de acordo com a legislação vigente / Número serviços de saúde do município x 100 Meta 3% (1 ponto de coleta a cada 35 serviços de saúde) implantação até 2022. Ao acessar o link, encontra-se a tabela com 82 pontos de coleta e a tabela 118 apresenta o nº de estabelecimentos de saúde totalizando 347. Portanto se forem esses os numerais do indicador e do denominador a meta corresponde a 23,6%. **Meta atingida.** Grau IV.

Meta 43: Manter o rastreamento e a vigilância dos casos de COVID 19. Descrita como atingida. O indicador proposto é: Boletins publicados. Não está informado quantos Boletins foram publicados no período. Sugere-se incluir o link para os Boletins do período em análise. **Meta não mensurada.**

Meta 44: Apresentar 06 Planos Operativos Anuais da Política Municipal de Equidade em Saúde (População de Rua, População Negra, Povos Indígenas, Povo Cigano, Imigrantes, LGBTQIA+). A meta está avaliada como não cumprida, no entanto está informado que os planos foram apresentados e aprovados pela gestão e aguardam a avaliação do CMS. Como o indicador proposto para a meta é Número de Planos operativos publicizados anualmente. O Plano Municipal de Saúde de população em situação de rua estava previsto para 2019 e até o momento não foi apresentado. Sendo que já foi tema de várias Plenárias e foi priorizado pelo CMS. **Meta não atingida.** Grau I

Meta 45: Implantar a metodologia do Acesso Mais Seguro (AMS) em 12% das Unidades da Atenção Primária à Saúde, Farmácias Distritais, Centros Especializados, Centros Especializados, Serviços de Saúde Mental e Pronto Atendimento (203 serviços). Meta atingida e superada com **14,28%**, com **29** planos implantados dos **203** serviços existentes no período. **Meta atingida.** Grau IV

Meta 46: Executar 50% das ações/campanhas de comunicação vinculadas ao calendário de datas alusivas à saúde. Meta descrita como atingida em 100%, entretanto, não estão disponibilizadas as informações para aferição do indicador. O quadro 31, pag425, apresenta as datas comemorativas para a SMS com 48 datas, sendo que apenas uma delas não ocorreu comemoração. Entendemos que esta meta deve ser incorporada como ação de comunicação vinculada as respectivas Políticas. Meta subdimensionada. **Meta foi atingida.** Grau IV Proposta: Alterar a meta para 100% e incorporá-la às ações de comunicação vinculada as respectivas Políticas.

Meta 47: Regular 75% das solicitações de Leito de UTI, em até 24h, para solicitantes não hospitalares Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Atendimentos de Porto Alegre. Meta descrita como atingida em **84,2%**. **O cálculo do indicador é:** N° de regulações realizadas em até 24h em determinado período / N° total de solicitações no mesmo período x 100. Os números que compõe o indicador não foram disponibilizados na análise, que avaliou a diminuição da demanda por leitos de UTI pelo arrefecimento da pandemia Covid-19. O protocolo de regulação prioriza o acesso à internação hospitalar de pacientes fora do ambiente hospitalar (UPA e PA). **Meta atingida.** Grau IV

Meta 48: Regular 70% das solicitações de leitos de enfermaria em até 48 horas, para solicitantes não hospitalares Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Atendimentos de Porto Alegre. Meta descrita como atingida em **74,83%**. **Cálculo do indicador é:** N° de regulações realizadas em até 48h em determinado período / N° total de solicitações no mesmo período x 100. Os números que compõe o indicador não foram disponibilizados na análise. Meta atingida. A meta deve ser de 100%, visto que em função do sistema regulador já existente e dos Sistemas criados como GERINT que estão sendo utilizados

também pela SES. O gestor municipal da capital do Estado em gestão plena tem essa obrigação legal e os instrumentos para executá-la. **Meta atingida.** Grau IV

Meta 49: Aumentar a proporção de internações de urgências reguladas pela Equipe de Regulação Hospitalar nos Hospitais Gerais de Alta Complexidade para 12%. Meta atingida em 8%. Justificada pelo projeto das emergências referenciadas não ter andado. Cálculo do indicador: N° de internações reguladas pela Central de Regulação em determinado período / N° total de internações no mesmo período x 100. **Meta não atingida.** Grau III

Em relação as metas 48 e 49 cabe referir o que segue:

As metas propostas não são condizentes com as evidências científicas que protegem os pacientes nas urgências. O indicador do tempo de permanência no serviço de urgência é preditivo do desfecho dos casos. A janela de segurança é de 4 a 8 h de permanência 24 h é fatal com aumento de mortalidade, complicações e custo.

Os pacientes que requerem UTI não têm tempo de segurança, necessitariam fluxo imediato.

Durante a Pandemia o fluxo melhorou, diminui tempo de espera para UTIs por aumento significativo da oferta de leitos públicos de UTI. Hoje voltamos quase ao número anterior e as filas de espera de UTI voltaram a ser alarmantes com efeitos de aumento de complicações, custo e mortalidade.

O Plano Municipal de Saúde necessita definir metas de suficiência e indicadores por necessidades sociais e baseado nas melhores evidências, para garantir aplicação dos princípios do SUS.

Meta 50: Regular 50% das solicitações de consultas oncológicas de alta prioridade (vermelho e laranja) em até 15 dias. Meta descrita atingida em 91,91%. Indicador: N° de consultas oncológicas de alta prioridade reguladas em até 15 dias / N° total de solicitações de consultas oncológicas de alta prioridade no mesmo período x 100. **Dados não disponibilizados.** Considerando a prioridade das cores vermelha e laranja, seria necessário descrever essa condição com relação às consultas, à vista de que já foi pactuado, a realização de consulta para pessoas com diagnóstico oncológico. Meta inicial foi de 50% e até 2025 é de 80%, parece ser insuficiente. Fundamental informar os dados do numerador e denominador do indicador. **Meta não mensurada.**

Meta 51: Manter a proporção entre a oferta e a demanda de consultas nas subespecialidades mais tempo sensíveis entre 1 e 1,2. Resultado com proporção de 0,94. Meta atingida em 94%. Indicador/cálculo: N° de consultas oncológicas ofertadas em determinado período / N° de consultas oncológicas solicitadas no mesmo período. **Dados numerais não disponibilizados.** Justificado pelo aumento de solicitações. **Meta não mensurada.**

Meta 52: Manter a proporção entre a oferta e a demanda de consultas de Traumatologia/ortopedia (especialidade menos tempo sensível) entre 0,8 e 1,2. Resultado da meta **0,86**. Cálculo para indicador: Nº de consultas nas subespecialidades menos tempo sensíveis ofertadas em determinado período / Nº de consultas em subespecialidades menos tempo sensíveis solicitadas no mesmo período. **Dados numerais não disponibilizados**. Registro de que os prestadores reduziram a agenda no último quadrimestre. **Meta não mensurada**.

Meta 53: Manter a proporção entre a oferta e a demanda de exames complementares entre 1 e 1,2. Método de cálculo indicador: Nº de exames ofertados em determinado período / Nº de exames solicitados no mesmo período. **Dados numerais não disponibilizados**. Resultado com proporção de **0,90**. **Meta não mensurada**.

Meta 54: Executar 35% do Plano Diretor de Tecnologia da Informação (TI) da SMS. Resultado de meta **40%**. Descrição do indicador na PAS: Monitoramento por marcos de entrega. Na pag.263 está descrito o Plano Diretor de Tecnologia da Informação onde constam **11 projetos**, **07** estão em andamento e **04** concluídos. Executado 36,36%. **Meta atingida** Grau IV

Meta 55: Responder 90% dos protocolos de ouvidoria (nos sistemas 156 e 136) em até 30 dias. Resultado **92,69%**. Análise da meta não disponibiliza os números previstos no indicador. Na página 422 está informado que a meta anual de responder os protocolos de ouvidorias dentro do prazo legal de até 30 dias foi superada, obtendo-se o indicador de 92,69%. A **tabela 296** descreve o Nº de protocolos de ouvidoria SUS abertos, por ano sendo 2022 com **14.562** protocolos e **2021** com **33.870** protocolos. Embora tenha ocorrido decréscimo no nº de protocolos, **destaca-se** que em **2022** o **maior nº de reclamações** ocorreu por conta das **consultas especializadas (4.446)**, reclamações de **exames especializados (1.205)** e **rede básica (3.010)**. **Meta atingida**. Grau IV

Meta 56: Manter em vigência 100% dos contratos assistenciais e de serviços de apoio. Resultado 100%. Método de cálculo p/indicador: Nº de contratos assistenciais e de serviço de apoio atualizados e em vigor / Nº total de contratos assistenciais e de serviço de apoio x 100. Análise da meta não disponibiliza os números previstos no indicador. PAS informa que em 2022 os contratos foram mantidos dentro da vigência contratual. Os contratos foram monitorados pelo Sistema Contratos Gov. **Meta não mensurada**.

Meta 57: Executar no mínimo 12,5% da pactuação de obras da SMS. Resultado **9,9%**. Indicador previsto na PAS N de obras concluídas / Nº total de obras pactuadas em 2022 x 100. Análise da meta não disponibiliza os números previstos no indicador. A planilha na pág.438 apresenta a Planilha com um conjunto de **132** obras. Retomar a Planilha de Obras geral da SMS com a deliberação do CMS. A meta é escancaradamente subdimensionada e mesmo assim não atingida, revelando que não tem sido priorizados investimentos em infraestrutura das Unidades por parte da gestão, o que corresponde a aplicação mínima de recursos em investimentos. **Meta não atingida**. Grau III

Meta 58: Executar no mínimo 3 obras prioritárias de acordo com o Plano Diretor do Hospital de Pronto Socorro (HPS). 02 obras executadas. A Planilha apresenta um conjunto de obras com 6 projetos, com a conclusão de duas. Implantação da enfermaria pediátrica e da uti pediátrica. **Meta não atingida.** Grau II

Meta 59: Executar no mínimo 3 os projetos prioritários do Plano Diretor de Infraestrutura do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Resultado avaliado em 1,5 com a reforma do auditório, troca de 1 elevador do bloco C, centro obstétrico com projetos executivos e complementares em andamento. **Na PAS/2022 consta 2, no RAG/avaliação da PAS consta 3 e ao final da execução do PMS consta 5 obras. Na Planilha de Obras está descrito um conjunto de obras que reúne 30 projetos. Meta não mensurada adequadamente.**

Proposta: Requerer a restauração dos recursos da municipalização do HMIPV repassados pelo MS, como descrito na análise financeira deste documento e pactuar com o CMS um cronograma físico/financeiro.

Meta 60: Aplicar anualmente, no mínimo 15% em Ações e serviços públicos de saúde. Resultado 17,06%. Percentual atingido é o menor da série histórica desde 2013. Não se configura meta pois atingir 15% é obrigação constitucional. A meta só teria sentido se houvesse a pretensão da gestão de ampliar a aplicação de recursos, partindo da média da série histórica dos últimos 10 anos. O que se apresenta é o contrário, a desfaçatez de apresentar como meta a obrigação legal do gestor, subdimensionando assim a mesma para descontextualizar o resultado da série histórica e maximizar o resultado ínfimo.

O tópico 9. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA do RAG 2022 foi analisado e seu conteúdo debatido nas reuniões ordinárias da COFIN/CMS de 28/6/2023 e 19/7/2023. Como destaque principal, o RAG demonstra que percentual de **17,06% aplicado em ASPS em 2022 é o menor percentual aplicado em toda a série histórica que iniciou em 2013**, indicando a opção política por desonerar o tesouro municipal, provocando o **desfinanciamento do SUS na cidade**, utilizando especialmente a fonte federal para o financiamento da saúde no município. A Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT anualmente apresenta crescimento, não acompanhada, percentualmente, da ampliação do valor aplicado em ASPS. Nesse sentido o crescimento total do valor empenhado em ASPS foi de **3,91%**, menor que o índice da inflação de 2022 que foi de **5,79%**. (IPCA)

Tal escolha governamental se reflete nos indicadores do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em que Porto Alegre, passa a figurar como um município que investe abaixo da média nacional e estadual, em **gastos por habitante (R\$)** e aplica percentual em ASPS **abaixo** da média nacional e estadual. Porto Alegre teve um gasto por habitante de **R\$541,50 em 2021 e R\$506,19 em 2022**, portanto investiu menos (**R\$35,40**). Belo Horizonte, capital com população similar a Porto Alegre teve um gasto em saúde por habitante de **R\$671,81 em 2021 e R\$659,73 em 2022**, embora tenha ocorrido redução foi menor do que em Porto Alegre (**R\$12,10**). Belo Horizonte aplicou **20,45%** em ASPS/2022.

O **gráfico 8** apresenta a série histórica dos **ingressos** de recursos por fonte, em regime de caixa, e de acordo com a **tabela 148**, houve o ingresso de valores – da **fonte municipal**- na ordem de **R\$753.080.702,90**, sendo responsável por **33,24%** em **2022** e **R\$794.142.637,04** em **2021** perfazendo **38,17%**. O **estado** **ingressou** com **R\$215.770.812,55**, significando **9,52%** em **2022** e **R\$186.675.812,38** representando **9,05%** em **2021**. Assim se observa uma redução no comparativo com o ano anterior no ingresso de recursos municipais, **(-5,1%)**, aumento no ingresso de recursos estaduais **(15,5%)**, bem como aumento de recursos no âmbito federal que contribuiu com **R\$1.279.993.573,89** em **2022** e **R\$1.068.076.752,33** em **2021**, gerando **variação positiva de (19,8%)**. Ressaltamos que conforme dados do Relatório de Gestão Fiscal a suficiência dos recursos **não vinculados** do Tesouro Municipal apresentaram no ano de 2022 um **superávit** de **R\$ 252.007.450,95** (de **R\$ 417.561.446,80** ao final de 2021 para **R\$ 669.568.897,75** ao final de 2022), o que **demonstra a viabilidade da ampliação do financiamento de fonte municipal**. É mister informar que em janeiro de 2023 a PMPA anunciou que registrou superávit de 516 milhões em 2022, informando investimentos na cidade da ordem de 41,2%, na notícia veiculada em jornal de grande circulação destacava que embora o mínimo constitucional fosse de 15%, a capital havia investido 17,6% em saúde como sendo uma grande façanha, omitindo que o percentual era o menor desde 2013. Assim como a ocorrência de **déficit entre os ingressos e despesas com recursos de saúde**. (<https://prefeitura.poa.br/gp/noticias/porto-alegre-termina-o-ano-com-aumento-nos-investimentos-e-estabilidade-financeira#:~:text=A%20receita%20em%202022%20somou,or%C3%A7ament%C3%A1rio%20de%20R%24%20516%20milh%C3%B5es.>)

Na análise da proposta de Lei Orçamentária Anual/2022, realizada pela COFIN, foi apontado que a gestão municipal tem adotado uma perspectiva de diminuição entre o orçado e executado, ao contrário dos anos anteriores, o que demonstra uma política de restrição orçamentária frente ao cenário de ampliação das necessidades em saúde, inclusive uma ampliação da população SUS dependente em função dos efeitos do desemprego e precarização do trabalho. **Como foi alertado na análise da LOA**, no que diz respeito a **Pessoal e Encargos Sociais** se observa ampliação de **57%** (De: **R\$ 502.570.899,00** em 2021 Para: **R\$791.476.054,00** em 2022). No entanto, os valores relativos a **obrigações patronais e administração de pessoal** são orçados pela SMPAE e não pela SMS, sendo identificada ampliação substancial na dotação de **Obrigações Patronais da SMS** passando de **R\$ 1,6 Milhões** para **R\$283.569.050,00** em 2022, sendo que o recurso empenhado foi de **R\$224.492.390,33**. O acréscimo **não representa** a ampliação de valores para a contratação de pessoal, mas, em princípio, tende a ser uma mudança na forma de **contabilizar a despesa** no registro de repasses ao PREVIMPA. Foi encaminhando questionamento à DPO/SMPAE para esclarecimentos deste valor. Vale frisar que valores a título de previdência dos servidores **não representam gastos em saúde**, não contabilizando para ASPS. Questiona-se esse tipo de manobra contábil a partir do entendimento que como não houve resposta formal do PREVIMPA sobre essa mudança, esse tipo de apresentação configura-se em uma retórica falaciosa, para encobrir o real processo de desfinanciamento da Saúde, em especial, de pessoal que tem sido a opção adotada pelas últimas gestões e mantidas na gestão atual, pela proposta

apresentada. Em resposta ao questionamento da DFMS, a Diretoria de Planejamento Orçamentário SMPAE informou que o aumento do orçamento das obrigações patronais deu-se em razão da contabilização do *déficit* financeiro da previdência seguindo as orientações da SMF correrá pela Ação 9090 – Contemplação Financeira ao RPPS/R.SIMPLES, conforme previsto na LOA. De outro modo a DFMS indagou a Diretoria de Planejamento Orçamentário SMPAE acerca de eventuais levantamentos dos valores executados em anos anteriores ao citado déficit financeiro, foi informado que o levantamento dos valores executados em anos anteriores ao déficit financeiro deve ser informado pelo PREVIMPA ou pela SMF. (SEI 21.0.000096312-4)

O **Gráfico 7 (pag.158)** apresenta a série histórica das **despesas** por fonte, em regime de caixa, sendo que no **município**, de acordo com a **tabela 148** houve despesas da ordem de **R\$752.024.690,48**, representando **31,65% do total** em **2022** e **R\$795.080.938,61** em **2021**, representando **40,37%**, perfazendo variação negativa de **- 5,41%**. Com os **recursos** do **Estado** despendeu-se **R\$189.708.821,40**, equivalente a **8,06%** em **2022** e **R\$160.485.726,38**, representando **8,28%** em **2021**, com variação de **18,2%**. O SUS municipal dispôs de recursos da **União** para as despesas da ordem de **R\$1.364.074.334,84**, representando **60,29%** em **2022** e **R\$1.005.619.810,27** equivalente a **51,35%** em **2021**, com variação de **35,64%**. Desse modo se observa que além da **redução** na execução da **despesa** no SUS municipal com recursos próprios (5,41%), no comparativo com o ano anterior, houve ampliação da utilização dos recursos estaduais (18,2%), no caso dos recursos de fonte federal também houve aumento na sua utilização, atingindo 35,64% em relação ao ano anterior. Dessa forma está demonstrada a desoneração do tesouro municipal como já destacado nesta análise. De acordo com o demonstrativo de ingressos e despesas (tabela 148, pag.157 – RGMS) o ingresso total de recursos foi de **R\$2.248.845.089,34** e despesas no valor total de **R\$2.305.807.846,72**, nesse sentido é importante destacar a ocorrência de **saldo negativo no total de R\$56.962.757,38**. Cumpre informar que a **Meta 60 que pretende aplicar anualmente, no mínimo 15% em Ações e serviços públicos de saúde** atingiu resultado de **17,06%**, (**tabela 158 DFMS/SMS**) como informado no início desta análise, não se configura meta na medida em que atingir **15%** é obrigação legal, conforme estabelecido na Lei Complementar nº141/2012 no âmbito da gestão municipal do SUS. À vista disso, ratificamos o apontamento do parecer da SETEC sobre o Plano Municipal de Saúde, acerca dessa meta ficando evidente a manobra para garantia de atingimento e superação da meta, na medida em que está subdimensionada, invertendo a lógica do planejamento em saúde que apontou a necessidade de incremento para garantir as metas estabelecidas no PMS e a continuidade dos serviços existentes. Esse modelo adotado impõe instabilidade e retira ainda mais a independência na gestão do Fundo Municipal de Saúde, na medida que trabalha rebaixando a previsão orçamentária da Lei Orçamentária Anual (LOA) na perspectiva de suplementação orçamentária. Somado a isso há o montante de cerca de 25 milhões do orçamento vinculado a emendas impositivas, sobre as quais não temos incidência na destinação havendo dificuldades na sua vinculação às necessidades em saúde e na sua fiscalização, ainda chama atenção que o volume de destinação das

emendas seja para entidades privadas, aumentando o repasse financeiro, além da ampliação dos contratos pela Secretaria Municipal de Saúde.

No item 9.1 Análises e Considerações quanto à Suficiência e Disponibilidade a DFMS-SMS **alerta** que a suficiência dos recursos, que nada mais são que os valores disponíveis menos os compromissos a serem pagos, no final de 2022 esteve no menor patamar da série histórica considerada, bem como houve importante redução da disponibilidade dos recursos ao longo do exercício. Esse alerta já vem sendo emitido há alguns períodos, o que indica a necessidade premente de maiores aportes financeiro-orçamentários para a Política de saúde.

Aportes como repasses de recursos atrasados pelo Governo do Estado (item 9.6) ocorridos ainda em 2021 tiveram efeito sobre as contas em 2022, o que amenizou a situação do FMS. Conforme relatado pela DFMS-SMS, em dezembro de 2021 o Fundo Estadual de Saúde efetuou o repasse de **R\$ 29.656.114,42** referente a **competências de 2014 a 2018**. O efeito deste ingresso pode ser verificado no aumento da disponibilidade destes vínculos orçamentários, bem como da receita de fonte estadual registrada no 3º quadrimestre de 2021. Até a data de 30/01/2023 constatou-se o empenho efetivo de **R\$ 27.180.874,42** das despesas encaminhadas.

Em conformidade com a Resolução **CIB/RS - 109/2022** e **135/2019**, nos termos do processo **SEI 21.0.000120023-0**. Os recursos repassados em atraso pelo estado correspondem aos seguintes vínculos orçamentários:

Vínculo **4011-Atenção Básica: R\$8.168.136,48**

Vínculo **4050-Farmácia Básica: R\$2.577.255,88**

Vínculo **4090-PSF: R\$10.035.251,42**

Vínculo **4111-CEO LRPD: R\$258.310,00**

Vínculo **4160-PIM: R\$266.000,00**

Vínculo **4170-SAMU/UPA: R\$3.394.780,64**

Vínculo **4220-CAPS: R\$2.156.380,00**

Vínculo **4229-Hospitais Federais: R\$2.800.000,00**

Os valores referidos acima foram direcionados para as seguintes despesas:

- **R\$ 8.511.192,60** para realização de mutirão de procedimentos eletivos no Hospital da Restinga;

- **R\$ 1.467.558,50** para o custeio da abertura de 29 leitos de internação e 6 de emergência pediátrica no Hospital da Restinga de maio a setembro/2022;

- **R\$ 2.425.521,00** para aquisição de fraldas descartáveis; parecer 04/22 SETEC

- **R\$ 120.000,00** para pagamento do incentivo municipal de custeio às equipes de saúde prisional de setembro a novembro;
- **R\$ 5.291.394,00** para custeio do incremento do incentivo municipal IQH (R\$ 1.763.798,00 por mês) no período de setembro a novembro;
- **R\$ 480.000,00** para pagamento do incentivo municipal ao Serviço de Verificação de Óbitos, no período de setembro a novembro;
- **R\$ 3.630.000,00** para custeio do incentivo municipal IQH (R\$ 1.210.000,00 por mês) no período de setembro a novembro;
- **R\$ 4.350.000,00** para custeio do incentivo municipal aos serviços de alta complexidade (**R\$ 1.450.000,00** por mês), no período de setembro a novembro;
- **R\$ 905.208,32** para o custeio parcial da ampliação do serviço de pediatria no hospital vila nova, no período de maio a junho de 2022;

Diante do exposto coube, ainda, indagar acerca do valor transferido ao município de Porto Alegre, visto que o ofício 120/2022 da SES/RS, de 15.03.2022 dirigido ao Senhor Prefeito municipal Sebastião de Araújo Melo, (**SEI desp.17803605**) refere ter enviado em 02.12.2022 o pagamento de valores devidos nos exercícios de 2014 a 2018 totalizando **R\$30.518.453,04** e não **R\$29.656.114,42** como informado no relatório. A resposta ao questionamento afirma que o valor de **R\$29.656.114,42** informado no relatório de gestão refere-se apenas aos repasses ocorridos em 02/12/2021. A SMS informa o repasse dos **R\$ 862.338,62** (diferença entre os valores) não ocorreu em 2022, tendo ocorrido em **janeiro de 2023** e por isso não foi citado no relatório de gestão de 2022.

A respeito da Portaria **CIB 135/2019**, que aprova e regula o ressarcimento de recursos pelos Fundos Municipais de Saúde, dos valores em atraso a serem pagos pelo Estado, referente aos exercícios anteriores a 2019, dos programas que tenham sido financiados com recursos municipais no seu parágrafo único: “o gestor Municipal poderá utilizar este recurso, de acordo com as suas necessidades, desde que as ações e serviços estejam contempladas nos instrumentos de gestão e Planejamento do Município, conforme legislação vigente”. Art.3, III, os recursos recebidos pelo Gestor Municipal devem ser contabilizados conforme detalhamento: empenho da despesa dos valores passíveis de ressarcimento com o histórico – “Despesa já efetuada pelo município. Valor ressarcido para a conta de origem dessa despesa.” “Art. 5º - O município deverá comprovar a execução regular das ações e serviços de saúde que dependiam de contrapartida Estadual, no período em que não recebeu os repasses do Estado, através de “ATESTO” de seu Conselho Municipal de Saúde, dentro do Relatório de Gestão”. Já a resolução **CIB/RS nº 109/2022**: Art. 1º - Dar nova redação ao Art. 5º da Resolução 135/2019-CIB que passa a ter o seguinte texto: Art. 5º o município deverá dar ciência ao Conselho Municipal de Saúde dos valores que serão objeto do ressarcimento. Tal “ciência deverá constar no próximo relatório de gestão quadrimestral, quando aberto seu período de prestação de contas”.

A portaria 109 de 2022 apenas revoga o artigo 5º e o substitui a palavra “atesto” do CMS pela palavra “ciência”. Para emitir a resolução a senhora secretária de estado que a

subscreve considera a **lei 141/2012**, a **lei 8080/1990**, a **lei 8.142/1990** e a **lei 101/2000**, portanto não há nenhum impedimento com relação às atribuições de fiscalização dos Conselhos de Saúde, pelo contrário. O CMS/POA deliberou acerca dos 29 leitos de internação e 6 de emergência pediátrica no Hospital da Restinga bem como sobre o mutirão de consultas e cirurgias na área de oftalmologia com o mesmo prestador. Nesse sentido é importante destacar que o CMS identificou uma série de irregularidades e inconsistências por parte do prestador com relação à prestação de contas. (**Parecer SETEC 04/2022 SEI 18.0.000018579-1(Despacho 19653612 e 19654343)**). E ainda não foi considerada a deliberação da Plenária sobre a aplicação desses recursos, que indicava a garantia da utilização dos recursos correspondentes à Saúde Mental, o que não ocorreu. Destacamos ainda que não foi apresentado o projeto com a previsão de destinação de todos os recursos, conforme os requisitos exigidos pela SES. (https://sei.procempa.com.br/sei/controlador.php?acao=procedimento_trabalhar&acao_origem=protocolo_pesquisa_rapida&id_protocolo=1400021363139&infra_sistema=100000093&infra_unidade_atual=110001960&infra_hash=22a576abd672629e27ec162651d9d4f26001c7eff3edadd82923e466af70deec – SEI 19654607)

Não há referências ou prestação de contas específica dos valores relativos à Portaria GM/MS 4.142/2021 que formaliza o acordo firmado entre o Município e a União, referentes aos valores devidos decorrentes da municipalização do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. A portaria estabelece o repasse ao município de **R\$69.362.564,63** (sessenta e nove milhões trezentos e sessenta e dois mil, quinhentos e sessenta e quatro reais e sessenta três centavos), da seguinte forma: **R\$45.329.831,03** em parcela única e **R\$24.032.733,60** (vinte e quatro milhões, trinta e dois mil, setecentos e trinta e três reais e sessenta centavos), a ser incorporado ao limite financeiro anual da de Média e Alta Complexidade. O CMS tomou conhecimento através de **SEI 22.0.000033311-9** que através de decisão da Secretaria Executiva do Comitê de Gestão Orçamentária e Financeira órgão do gabinete do prefeito definiu pela desoneração dos recursos do vínculo 40, para o pagamento da folha do HMIPV que perfaz o montante de **R\$6.000.000,00** mensais aproximadamente. Desse modo passa a utilizar os recursos federais do Vínculo **4501** média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Além disso, o **Decreto nº 21.530 de 17 de junho de 2022** que abre créditos suplementares no executivo municipal prevê a utilização de recursos do FMS para utilização na Secretaria Municipal da Educação/Ensino Fundamental e Infantil e Especial. A partir desse decreto o valor orçado no vínculo 40 reduziu de **R\$782.710965** para **R\$753.221.433,21**, totalizando **R\$29.489.531,79(SEI desp. 19220617)** que foram subtraídos da saúde para a educação. Essa manobra em dois movimentos confirma o que foi apontado inicialmente, há uma **desresponsabilização** do município com relação às ações em saúde e utilizando um recurso extraordinário e que nesse caso em especial tem o **protagonismo do CMS**, na medida em que, em 2015, o órgão reivindicou através de representação ao MPF, o pagamento de verba indenizatória prevista no termo de municipalização do HMIPV, assinado em 2000. Por outro lado à utilização do recurso para suplementar a educação é **ilegal**, constitui **desvio de finalidade**, visto que a decisão foi tomada por um órgão externo ao FMS, contrariando o disposto na lei 141/2012 pois aplica recursos da saúde e afrontando decisão judicial cuja sentença julgou procedente o pedido para condenar o Município de Porto Alegre a criar conta

corrente no Fundo Municipal de Saúde com vista a movimentação dos recursos financeiros próprios, na condição de contrapartida na saúde e atribuir à Secretaria da Saúde a gestão dos recursos do Fundo a fim de proporcionar melhora gradativa no processo de planejamento empregando agilidade para a utilização dos recursos.

Tais decisões acima relatadas provocaram dificuldades de planejamento no exercício de 2022, junte-se a isso o anúncio de redução do repasse estadual para cofinanciamento dos hospitais próprios municipais, posteriormente tendo sido essa redução parcialmente suspensa através de um escalonamento. Tal dificuldade também está presente no exercício de 2023, uma vez que o escalonamento anunciado pelo Estado que deveria findar-se em junho/2023 teve novo cronograma anunciado em julho/2023. Não obstante as suspensões parciais, o programa representa uma redução do cofinanciamento estadual para serviços essenciais como Hospital de Pronto Socorro, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital da Restinga, ainda que o resultado líquido do programa seja uma ampliação do cofinanciamento estadual, uma vez que houve ampliação do repasse a hospitais privados.

Em 2022, ainda houve algumas receitas oriundas do enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional – Covid 19, com **importante redução** no repasse de recursos, na medida em que houve arrefecimento do período pandêmico. Vínculos Federais equivalentes a **R\$9.871.427,95** em **2022** e **R\$115.194.927,98** em **2021**. Estaduais na ordem de **R\$30.000,00**, em **2022** e **R\$16.107.224,73** em **2021** de acordo com a **tabela 146**. Destaca-se a importância dos rendimentos dos depósitos bancários dos vínculos orçamentários Federais (**R\$9.334.497,51** em **2021** e **R\$28.116.015,73** em **2022**) e estaduais (**R\$3.200.503,98** em **2021** e **R\$13.510.198,48** em **2022**), reflexo da política monetária da taxa de juros adotada no país. Nesta perspectiva, houve rendimentos da ordem de **R\$41.626.214,21** nas contas do FMS, sendo a maior parte deste valor alocado nos **vínculos 4050 e 4503** (vínculos associados à assistência farmacêutica), considerando o subfinanciamento desta política. Entretanto, considerando o resultado positivo na assistência farmacêutica ao longo do exercício, no último quadrimestre parte da receita dos rendimentos foi alocada nos vínculos orçamentários relativos à **vigilância (4190 e 4502)** e da **Média e Alta Complexidade (4501)**.

Foi analisado em detalhes o tópico 9.3 Avaliação dos Vínculos Orçamentários de cada política de saúde com destaque especial para: Saúde Mental - necessidade de qualificar organização orçamentária da média e alta complexidade (leitos de internação) por meio da criação de projeto/atividade específico; falta do estabelecimento de meta de ampliação % dos investimentos em Saúde Mental no PMS 2022-2025 em consonância com a deliberação da Conferência Municipal de Saúde Mental e apontamentos anteriores de necessidade de inclusão de metas vinculadas a questão orçamentária da Política de Saúde Mental; O CMS vem indicando desde 2017 a necessidade do monitoramento da aplicação dos recursos orçamentários por componente da RAPS, conforme previsto na Portaria Ministerial nº 3088 de 23/12/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, este órgão também propôs uma meta no PMS de inversão gradativa dos recursos

do componente hospitalar para os componentes de base territorial, tanto no componente básico como no componente estratégico na atenção psicossocial e ainda este colegiado tem apontado as irregularidades quanto à ampliação de leitos hospitalares psiquiátricos e a compra de leitos em clínicas privadas, que ferem as Leis Federais nº 10.216/2001 e Estadual nº 9.716 que respectivamente, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental. Desde a análise da proposta de Lei Orçamentária de 2022 que foi apontada a insuficiência de recursos destinados à Atenção à Saúde Mental (P/A 4020), sendo que o valor encaminhado foi inferior ao solicitado pela SMS (R\$ 43.000.000,00 ante a R\$ 53.000.000,00 solicitados), redução que se mostrou insuficiente para a cobertura de parcerias já firmadas e implementação das metas contidas no PMS como os 10 SRTs (necessários para atender demandas judiciais) e os CAPS AD III. Ainda em relação ao financiamento da Rede de Atenção Psicossocial da cidade, propomos inclusão da meta já na LOA de 2023, conforme deliberado na 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental e referendada na 9ª Conferência Municipal de Saúde, garantindo o aumento do percentual investido em Saúde Mental do patamar atual em torno de **1 à 2%** para **5%** do total do **orçamento anual da Saúde**, conforme proposta: “ *Garantir a ampliação dos recursos previstos para a Política de Saúde Mental do município, através da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2% para 5% destinados a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, priorizando os serviços de base territorial substitutivos, pois atualmente 80% dos recursos estão sendo destinados para os componentes hospitalares e de internação, e menos de 1% do orçamento da saúde é destinado para a saúde mental.* “

Ainda restaram dúvidas sobre o financiamento após o término do convênio com o Governo do Estado sobre a **Farmácia de Medicamentos Especial (CELME)** financiamento (serão aportados recursos da fonte municipal? Quanto?); necessidade de criação de um projeto/atividade próprio para o **CERTA** desvinculando do financiamento do **HMIPV**.

Tabela 149. Valor empenhado acumulado por subfunção, por ano (2022-2021)

Subfunção	Ano				Variação	
	2022		2021			
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Atenção básica	363.325.005,08	15,46	353.926.964,79	15,27	9.398.040,29	2,66
Assistência hospitalar e ambulatorial	1.498.613.666,35	63,75	1.457.040.693,89	62,87	41.572.972,46	2,85
Suporte profilático e terapêutico	42.943.663,98	1,83	32.195.428,98	1,39	10.748.235,00	33,38
Vigilância sanitária	2.420.671,61	0,10	5.177.246,48	0,22	-2.756.574,87	-53,24
Vigilância epidemiológica	37.710.103,48	1,60	30.652.004,25	1,32	7.058.099,23	23,03
Outras subfunções	405.843.269,96	17,26	438.419.062,06	18,92	-32.575.792,10	-7,43
Total	2.350.856.380,46	100	2.317.411.400,45	100	33.444.980,01	1,44

Fonte: Relatório Resumido da Execução Orçamentária.

A **tabela 149**, apresenta valor empenhado representando 15,46% com aumento de 2,66% na comparação com o ano anterior, para a Atenção Básica, demonstrando que não tem havido compromisso efetivo na ampliação da aplicação dos recursos na AB. Contudo reafirma-se a necessidade de retomar meta prevista no PMS - 2018/2021 que pretendia o aumento da aplicação de recursos em Atenção Básica. **Nesse sentido constata-se que com o fim do IMESF houve um significativo aumento dos custos aumentando em cerca de 200% os valores previstos nos contratos em vigência, com uma insuficiente ampliação da cobertura e da qualidade do atendimento.**

Destaque para a redução significativa em **2022** dos valores aplicados em vigilância sanitária, com variação negativa de **(-53,29%)** no comparativo com o ano anterior.

Tabela 150. Natureza da Despesa - Valor empenhado em ASPS acumulado por ano (2022-2021)

Natureza da despesa / Subfunção	Ano				Variação	
	2022		2021			
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Investimentos Total	20.668.676,85	0,98	18.698.255,00	0,92	1.970.421,85	10,54
0122-Administração Geral	132.058,97	0,01	714.597,07	0,04	-582.538,10	-81,52
0124 - Controle Interno	6.947,97	0,00	-	-	6.947,97	N/A
0126-Tecnologia da Informação	55.800,00	0,00	22.064,70	0,00	33.735,30	152,89
0301-Atenção Básica	5.107.380,25	0,24	4.618.653,66	0,23	488.726,59	10,58
0302-Assistência Hospitalar E	14.710.359,18	0,69	11.794.077,30	0,58	2.916.281,88	24,73
0303-Suporte Profilático e Ter	137.738,44	0,01	282.487,91	0,01	-144.749,47	-51,24
0305-Vigilância Epidemiológica	518.392,04	0,02	1.266.374,36	0,06	-747.982,32	-59,06
Outras Despesas Correntes Total	1.590.557.249,31	75,14	1.543.763.921,92	75,77	46.793.327,39	3,03
0122-Administração Geral	18.513.020,42	0,87	14.522.163,61	0,71	3.990.856,81	27,48
0124-Controle Interno	113.994,81	0,01	14.256,00	0,00	99.738,81	699,63
0126-Tecnologia da Informação	24.621.444,39	1,16	23.523.737,60	1,15	1.097.706,79	4,67
0131 - Comunicação Social	2.800.000,00	0,13	-	-	2.800.000,00	N/A
0301-Atenção Básica	289.019.736,07	13,65	283.406.109,10	13,91	5.613.626,97	1,98
0302-Assistência Hospitalar E	2.196.954.376,50	56,54	1.177.602.130,88	57,80	19.352.245,62	1,64
0303-Suporte Profilático e Ter	42.671.045,51	2,02	31.912.941,07	1,57	10.758.104,44	33,71
0304-Vigilância Sanitária	431.461,66	0,02	1.221.489,37	0,06	-790.007,71	-64,88
0305-Vigilância Epidemiológica	15.432.169,95	0,73	11.561.114,29	0,57	3.871.055,66	33,48
Pessoal e Encargos Sociais Total	605.646.646,69	23,89	474.842.379,61	23,31	30.804.267,08	6,49
0122-Administração Geral	50.914.871,51	2,41	44.732.447,08	2,20	6.182.424,43	13,82
0271-Previdência Básica	5.693.769,36	0,27	1.747.219,85	0,09	3.946.549,51	225,88
0272-Previdência do Regime Est	74.204.467,99	3,51	73.035.732,23	3,58	1.168.735,76	1,60
0301-Atenção Básica	69.165.782,72	3,27	65.902.202,03	3,23	3.263.580,69	4,95
0302-Assistência Hospitalar E	281.919.003,67	13,32	267.644.485,71	13,14	14.274.517,96	5,33
0304-Vigilância Sanitária	1.989.209,95	0,09	3.955.777,11	0,19	-1.966.567,16	-49,71
0305-Vigilância Epidemiológica	21.759.541,49	1,03	17.824.515,60	0,87	3.935.025,89	22,08
Total Geral	2.116.872.572,85	100	2.037.304.556,53	100	79.568.016,32	3,91

Fonte: Sistema de Gerência Orçamentária, com adaptação da DFMS/SMS

Na tabela acima, sobre a **subfunção pessoal e encargos sociais**: no montante geral a tabela apresenta um aumento de **3,91%** que no relatório é justificado como referente a reposição salarial, importante destacar que não houve aumento salarial real. E, ainda, apontar que se manteve excluindo esse percentual, a mesma aplicação que no ano anterior, significando que não tem havido a reposição do déficit dos anos anteriores na reposição das vacâncias, assim fica evidente a **escolha adotada pela gestão atual, de ampliar os recursos no processo de terceirização e empresariamento do cuidado em saúde e não garantia sequer da manutenção das vagas abertas dos cargos estatutários.** Conforme levantamento do CMS, nos últimos 5 anos a reposição das

vacâncias teve uma média de **34%**, caracterizando um cenário de total desmonte da Rede de Atenção à Saúde, na medida em que se constata a **diminuição** de **2/3** da força de trabalho de servidores públicos na Saúde. Ainda destacamos que no quadro há uma diminuição significativa de **-49,71** em comparação com o ano anterior na **vigilância sanitária**.

A **tabela 150** demonstra a ampliação do valor total empenhado com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de **3,91%**, **inferior** a inflação registrada no ano de 2022 (**5,79%** conforme o **IPCA**).

Sobre o tópico das **Emendas Parlamentares** (9.7) foi referido que as emendas parlamentares federais contribuíram com um montante de **R\$ 16.998.895,00** em **2022** e **22.255.487,00** em **2021** em novos ingressos, **69%** foi destinado para incremento da média e alta complexidade, **19%** para o piso da Atenção Primária e **12%** para aquisição de equipamentos e material permanente enquanto que as emendas estaduais contribuíram com **R\$ 1.070.000,00** em **2022**, e **R\$1.250.000,00** em **2021**. **Do somatório das emendas federais e estaduais 61% foi destinado para o repasse às entidades privadas**. As emendas municipais somaram **R\$ 25.575.860,00** em **2022** e **23.661.312,00** em **2021**. O montante de **R\$ 43.644.755,00** em **2022** representa **variação negativa de 8%** em relação a **2021**. Destaca-se que **2022** foi o ano de **melhor eficácia na execução das emendas**, representando **83,27%**. Havia previsão de mais ingressos de emendas federais por meio da modalidade Relator Geral (conhecido também como orçamento secreto), o que acabou não se confirmando. Contudo, em junho de 2023, por meio da Portaria GM/SMS 544/2023 (que alterou a regra do “orçamento secreto” e virou orçamento-programa do MS) a SMS cadastrou, em conjunto com prestadores e parlamentares, valores na ordem de **R\$ 207.178.738,26** para Custeio MAC, Aquisição de Equipamentos, Aquisição de Unidade Móvel, Custeio Atenção Básica, Construção e Reforma de Unidade AES. O MS sinalizou **3 bilhões** para municípios e Estados, mas não tem previsão de datas para repartição dos recursos. O relatório descreve no item **Devoluções** o demonstrativo dos recursos devolvidos (**Quadro 5, pag.**) **R\$2.123.681,92** por leitos desabilitados/COVID, saldos de emendas parlamentares e recursos COVID não executados. Em **2021** ocorreram devoluções da ordem de **R\$12.095.942,27**, sendo que a quase totalidade dos recursos são referentes a leitos de UTI/COVID desabilitados.

Por fim, foi referido que compõem o RAG 2022 os seguintes Anexos Financeiros: · Relatório Resumido da Execução Orçamentária - Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde - 6º Bimestre; · Relatório de Emendas Impositivas do Sistema de Gerência Orçamentária; · Relatório de Disponibilidade Financeira por Recurso Orçamentário Vinculado - Fundo Municipal de Saúde - 01/01/2022; 182 · Relatório de Disponibilidade Financeira por Recurso Orçamentário Vinculado - Fundo Municipal de Saúde - 01/01/2023; · RMGS009 - Execução da Receita e da Despesa; · Relatório das Emendas Federais e Estaduais; · Relatório da Execução Orçamentárias por Projeto Atividade e Vínculo Orçamentário.

O **item 10** apresenta no (Quadro 6, pag.183) a descrição das Auditorias realizadas no período. Destaque para a informação contida na auditoria que tem por finalidade

verificar a veracidade das informações contidas no **RAG 2010**. Cabe informar que o CMS realizou a análise do RAG 2010 e que os respectivos documentos constam no site do CMS ([https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/parecer_setec_\(21.2011\).pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/parecer_setec_(21.2011).pdf)). Há referência à auditoria realizada para avaliar a utilização de recursos da SMS liberados ao CEREPAL para fins de compra de cadeiras de rodas para doação aos pacientes SUS, tratado no **SEI 21.0.000103072-5**, entretanto esse processo se encontra com acesso restrito ao CMS. Faz-se necessário destacar que o plenário do CMS discutiu e deliberou em 04.11.2021 sobre denúncia de ausência de cadeiras de rodas pelo CEREPAL através do **parecer SETEC nº 07/2021**. (https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/07_21_parecer_07_21_setec.pdf). Na análise acerca da auditoria destaca-se a informação de que nas situações em que foram identificadas inconsistências, foi sugerido o ressarcimento ao erário público o equivalente a R\$200.000,00 e também houve a orientação de bloqueio de pagamentos de cobranças sem a devida comprovação no total de R\$1.370.000,00. Não foram informados quais os prestadores/fornecedores em questão.

Meta 61: Adequar no mínimo 50% da força de trabalho das áreas assistenciais da Secretaria por meio do dimensionamento realizado de acordo com os critérios estabelecidos. Não há descrição do indicador para essa meta na PAS, e estão informadas as ações que precedem a execução da meta. Não cumprida, justificado pelos escassos recursos. Levantamento apresentado pelo CMS em Plenária com base nos relatórios de gestão dos últimos 05 anos demonstram a escolha da gestão municipal em cortar os recursos para pessoal, o que tem acarretado um processo de redução da capacidade instalada da força de trabalho em mais de 60%. A meta deve ser readequada em garantia de 100% da reposição das vacâncias do ano anterior. **Meta não mensurada.**

Meta 62: Ampliar para 12,5% ou mais os Conselhos Locais implantados e em funcionamento. Resultado 30%. Dos 133 USs foram implantados 39 CLS. Dados da gestão, responsabilidade do CMS. **Meta não mensurada.**

Meta 63: Manter os 13 CDS Implantados e em Funcionamento durante a vigência do Plano Municipal de Saúde. Resultado 10 CDS. Meta atingida. Grau IV

Meta 64: Implantar 25% dos Conselhos Gestores de Saúde. Resultado da meta 13%.

As **metas 62, 63 e 64** tem como propósito o fortalecimento do Controle Social e da participação da comunidade no SUS que é uma diretriz, prevista no artigo 198 da constituição brasileira. A participação da Comunidade no SUS é regulamentada pela Lei 8.142 que atribui aos Conselhos caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões **serão homologadas** pelo chefe do poder executivo legalmente constituído em cada esfera de governo. Entretanto para que as ações e atribuições do CMS possam ser efetivas é necessário que a gestão municipal forneça estrutura física e de pessoal para seu pleno funcionamento. Ao longo dos anos o Núcleo de Coordenação do CMS e seu Plenário

vem discutindo a necessidade de ampliar a sua secretaria executiva e compor as assessorias técnicas previstas no seu regimento interno. Em 2009 após longo processo de negociação com as gestões que se sucederam e com a mediação do Ministério Público Estadual, o órgão ministerial ajuizou Ação Civil Pública que resultou em decisão judicial assegurando ao CMS **orçamento** anual de **R\$140.000,00** a partir do ano de 2010 e nos anos subsequentes corrigido pela **variação** da **receita municipal**; estabeleceu o prazo de 31 de dezembro de 2010 para estabelecer os **conselheiros municipais** de saúde como **agentes políticos** para fins de concessão de passagens e diárias para o exercício das atividades do CMS; estabeleceu o prazo de **10 e 20** dias para a **tramitação** de compras no âmbito do **CMS** e **SMF**; estabeleceu o prazo de 31.12.2010 para a SMS **enviar** ao CMS o **Plano Municipal de Saúde**; estabeleceu prazo de **30 dias** para **publicação** das **resoluções** emanadas do CMS e **obriga** o **município** a informar ao CMS **previamente** acerca de todos os projetos que **venham** a ser desenvolvidos e que **envolvam** uma **possível execução**. Essa decisão foi **confirmada** pelo **TRF4**, processo 5004915-44.2013.4.04.7100 que **determina à PMPA** que inclua **previamente** o CMS nas deliberações do município sobre novos contratos, convênios e projetos que venha a ajustar no âmbito do SUS. As referidas decisões **não foram cumpridas integralmente** pela gestão municipal e o CMS provocou novamente o MPE/RS em 2018, requerendo o cumprimento do acordo. À vista disso ocorreram duas audiências na 10ª Vara da Fazenda Pública em 10.12.2019 (**SEI9028474**), onde foi estabelecido que as requisições das necessidades de funcionamento do CMS **deverão** ser apresentadas com **30 dias** de antecedência, quando possível e o pedido deverá ser analisado pelo gestor em até 15 dias e eventual indeferimento deverá ser motivado. Mesmo diante de novo acordo e diante da manifestação **não houve o efetivo cumprimento do acordo**. Desse modo o CMS reiterou ao MPE o **exaustivo descumprimento de decisões judiciais**. Em **29.03.22** ocorreu nova audiência na 10ª Vara da Fazenda Pública onde não houve conciliação, determinando o arquivamento e **facultando a reativação** do processo em caso de **novo descumprimento do objeto** do acordo, (**SEI17973898**). Diante dos fatos relatados se deu prosseguimento aos relatos de descumprimento ao MPE/RS (colocar nº de ofícios de 2022), mas até o presente momento **não houve desfecho dessa solicitação**. Em que pese todas as dificuldades vivenciadas pelo Conselho de Saúde, o ano de 2022 foi marcado pelo enfrentamento aos **ataques do governo municipal à democracia**, visto que enviou à Câmara Municipal de Porto Alegre, sendo aprovada, a Lei Complementar 955/2022 que revogou a Lei C 277/92 que criou o CMS de Porto Alegre. A referida legislação promoveu a **retirada** das atribuições deliberativas do CMS/POA, **alteração** da composição do plenário do CMS e a possibilidade do secretário da saúde **vetar** as decisões do CMS. O CMS desencadeou diversas ações de mobilizações junto às comunidades, entidades, comunidade acadêmica, resistindo aos ataques autoritários. Foi emitida nota de repúdio pelo plenário e divulgada massivamente. (link nota de repúdio ao prefeito). Nesse sentido o CMS representou ao MPE que ajuizou ACP que resultou exitosa e em 31.10.2022 foi deferido o pedido de tutela de urgência para **suspender os efeitos da Lei Complementar Municipal 955/2022** e de **todos os atos administrativos** praticados pelo Município de

Porto Alegre com base na referida lei, restabelecendo, até o julgamento definitivo da demanda, a vigência da Lei Complementar 277/92. (link da Liminar).

Ainda no ano de 2022 o gestor não seguiu os termos da IN 03/2016 que regulamenta a participação dos trabalhadores nas instâncias do CMS, o que vem criando barreiras para a implementação dos conselhos locais e a recomposição dos Conselhos Distritais, atualmente nessa instância não vem sendo garantida a paridade, havendo assim uma predominância dos representantes da gestão, através dos gerentes de US sem garantia da participação dos representantes do segmento trabalhador e usuário. Ficando evidente pela não garantia por parte do gestor das condições estruturais mínimas para o CMS, que ainda vivencia o desrespeito as decisões judiciais citadas, as deliberações de Plenário e das Conferências, obstruindo assim o funcionamento da instância máxima deliberativa do SUS na cidade.

III – CONCLUSÃO

Procedeu-se na análise das metas e dos aspectos que foram considerados os mais relevantes do Relatório Anual de Gestão de 2022 (RAG/2022). Entretanto, para efetuar a análise, foi necessário buscar dados de períodos anteriores para proceder a aferição dos dados apresentados. Também foi identificada a ausência de diversas informações - especialmente às pertinentes aos indicadores - e não foram disponibilizados em diversos casos, os numeradores e os denominadores, bem como os valores correspondentes. Em algumas situações, as informações restaram contraditórias levando à conclusão da inconsistência dos dados informados. **Nesse sentido, deve ser salientado que números absolutos, sem a identificação de parâmetros, não se prestam às análises avaliativas como ocorreu em diversas áreas apresentadas.** Cabe retomar a afirmação feita na análise do PMS 2022/2025 que o conjunto de metas não seria suficiente para atingir os objetivos propostos. Considerando que as metas devem corresponder às prioridades escolhidas para atingir os objetivos a serem alcançados e os indicadores são as ferramentas usadas para medir o progresso em direção a esses objetivos, é possível antever que há um longo caminho a ser percorrido para alcançar o 1º Objetivo proposto: **Qualificar a Atenção Primária à Saúde, por meio da ampliação do acesso, da integralidade, com longitudinalidade e coordenação do cuidado, a partir das necessidades das pessoas.** Questiona-se como ampliar e aferir a cobertura de saúde da família, visto que as ações adotadas pela SMS **restringem** o acesso da população mais vulnerabilizada, como verificado no caso da meta 1 (equipes incompletas), tem sido permanente a demora na substituição das vacâncias, bem como o cadastramento da população em equipes válidas, especialmente quando não se tem explicitado quais são as equipes validadas. Destacamos como preocupante, o descumprimento de ações estruturais como o cadastramento por território de toda a população para a abertura de novas equipes de Saúde da Família. **Além do descumprimento da deliberação da Conferência de Saúde e Resolução da Atenção Básica de que sigamos garantindo 100% de cobertura da população das eSF com Agentes Comunitários de Saúde. No relatório foram retiradas as tabelas que historicamente eram apresentadas para**

acompanhamento da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde por Distrito de Saúde, para monitoramento da série histórica e desse indicador estruturante para a efetividade da Saúde da Família e seus atributos essenciais. Sendo assim é imperioso retomar o cadastramento para toda a população vinculada à ESF, conforme previsto no Programa Saúde da Família; atingir nos dois semestres, 100% dos beneficiários acompanhados nas condicionalidades da saúde do Programa Auxílio Brasil, considerando que se trata da população mais vulnerabilizada.

Com relação a **saúde mental** permanece a **dissonância e incoerência entre o conteúdo da Política Municipal de Atenção Psicossocial e as propostas aprovadas na 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental** revelando o descaso com a relevância dos agravos de Saúde Mental e sua prioridade clínico sanitária. Para ilustrar tal situação cabe destacar segundo o próprio RAG 2022 tabela 207. No ano de **2021** para **2022**, houve **aumento de 20,5%** na autoagressão, e de **25,8%** na violência sexual. **Adolescentes** entre 15 e 19 anos são a população que mais busca atendimentos nas US em decorrência da **tentativa de suicídio**. Predomínio das tentativas de suicídio em mulheres e por faixa etária, predomínio nas tentativas de suicídio **10 a 29** anos, com **agravamento** nos subgrupos de **10** aos **19** anos. Desse modo cumpre informar a **inexistência** de componentes estruturantes da RAPS, demonstrando que a Política de Saúde Mental na cidade, **não tem garantido minimamente** o acesso a todas as ofertas previstas na RAPS, explicitando assim a fragilidade dessa Política e a não garantia de princípios estruturantes do SUS, como universalidade, integralidade e equidade na organização dos serviços e de sua oferta de cuidados, quais sejam: **a)** NASF - sendo que na matriz diagnóstica não há previsão das equipes de apoio a saúde da família na contramão da construção da Política e do acúmulo técnico-político; **b)** Unidade de Acolhimento; **c)** Centro de convivência; **d)** CAPS III - destaca-se que as deliberações apontam esse componente como complementar aos outros CAPS - na perspectiva de reorganizar a atenção à crise na cidade; **e)** Expansão dos CAPS II para a delimitação das 08 GDs; **f)** Parâmetro de cobertura e expansão das equipes especializadas por DS; **g)** Priorização dos CAPS i para 08 critérios epidemiológicos, determinantes e marcadores sociais; **h)** Organização da RAPS por Distrito de Saúde como referência comum para Rede de Atenção Básica. Por outro lado, **não há um planejamento com base territorial** e epidemiológica para identificar os vazios assistenciais e não tem sido implementados serviços próprios, desrespeitando a deliberação das Conferências e a implementação de serviços contratualizados CAPS AD III e IV e Residenciais Terapêuticos.

A RAPS deve organizar-se de forma descentralizada, com base territorial e comunitária através dos **Distritos de Saúde articulada** de forma intersetorial, respeitando os critérios de cobertura populacional com base em Modelo de atenção psicossocial foco no sujeito e na determinação social do processo saúde-doença com orientação para o cuidado interprofissional e organizado em linhas de cuidado, priorizando a atenção extra-hospitalar.

Destacamos a importância de que a Política Municipal esteja alinhada aos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e das diretrizes da Atenção Psicossocial estabelecidas na Portaria 3088/2011, o que não observamos na Política Municipal de Atenção Psicossocial. As diretrizes prioritárias não se materializam na organização proposta e não correspondem a matriz diagnóstica apresentada pela CASM, no documento da Política Municipal de Atenção Psicossocial, sendo que algumas propostas afrontam, por exemplo a relação AB apoio matricial, o acesso na RAPS e a priorização dos componentes.

Reiteramos a necessidade de que a **gestão incorpore as deliberações da 4ª Conferência de Saúde Mental e da 9ª Conferência Municipal de Saúde**, realizadas em 2022 e 2023, respectivamente, nas diretrizes, metas e ações do PMS.

Outra situação preocupante é o coeficiente de incidência da Tuberculose foi de 87/100.00 habitantes em 2021 e de 82/100.00 habitantes em 2022, até o momento (dados encerram em outubro/23). A população negra representou aumento no número de casos de TB no comparativo com o ano de 2021, representando 40,6% dos casos, permanecendo em desvantagem visto que constitui 20% da população da capital. De acordo com a avaliação dos indicadores epidemiológicos do MS “valores elevados de incidência desse agravo estão geralmente associados a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e às insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento. A intensificação da busca ativa de sintomáticos respiratórios em determinado território pode refletir no aumento da incidência pela descoberta de novos casos, assim como a baixa detecção de casos e o subregistro devem ser considerados na interpretação do indicador.” São alarmantes as informações disponibilizadas no RAG que em 2022 das **2.616 notificações, 1.667** foram realizadas pela **atenção secundária e terciária** de saúde, **716 casos** foram identificados e notificados pela DVS enquanto a Atenção Primária à Saúde notificou **apenas 233 casos de tuberculose**. No ano de **2021**, a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) identificou e abriu **754** notificações. Os dados acima referidos que apontam **a subnotificação na AB revelam a fragilidade da atenção em garantir a prioridade desse agravo**. É importante destacar a necessidade de garantir o atendimento na AB, a partir do que está preconizado na Nota Técnica TB da Secretaria Estadual de Saúde, **garantindo** consulta **mensal** com médico e enfermeiro do 1º ao 6º mês dos casos em tratamento, bem como a realização no 1º e 6º mês de radiografia de tórax e mensalmente baciloscopia de controle e TR de HIV no primeiro mês. Como já foi afirmado em análises anteriores a tuberculose é a doença que mais emblematicamente caracteriza a determinação social da pobreza no processo saúde/doença de uma população, por isso é considerada uma doença negligenciada como o são as populações mais vulneráveis, entre as quais estão as comunidades empobrecidas, populações em situação de rua, população negra, privadas de liberdade, indígenas e pessoas vivendo com HIV/AIDS, são as mais atingidas por essa patologia, aponta-se a tuberculose em consonância com a Política Nacional de Direitos humanos, à vista disso, considera-se que as ações desenvolvidas pela gestão municipal **são tímidas e**

insuficientes, não correspondem à realidade dos indicadores demonstrados e tampouco foram capazes de superar a realidade descrita no relatório. De um modo geral, os dados demonstram que os marcadores sociais como raça, gênero, território e situação econômica tem impacto direto nos indicadores desses agravos. Nesse sentido, esses dados demonstram a **necessidade permanente de combate ao racismo e das desigualdades étnico/raciais como determinantes das condições de saúde da população negra**, considerando que o racismo institucional é uma das principais barreiras de acesso da população negra aos serviços de saúde.

Chama a **atenção** a situação da **Dengue** descrita no RAG, onde está informado que os maiores índices, em 2022, foram reflexos da população do vetor **estar muito alta** e da circulação viral nas pessoas e nos insetos permanecer por muitos meses, causando **mais de 4 mil casos de dengue na cidade**. O índice médio de infestação de fêmeas adultas de *Aedes aegypti* (**IMFA**), ao longo do ano de 2022, manteve-se no nível crítico por mais semanas quando comparado a 2021, **foi o ano de maior número de casos de dengue da história do município de Porto Alegre**. Em que pese a gravidade da situação descrita acima o relatório restringe a avaliação ao índice médio de infestação de fêmeas adultas de *Aedes aegypti* (**IMFA**) que se manteve em índice crítico durante o ano, quando sabemos que a melhor forma de combater a Dengue é a prevenção e a informação, pois está associada a desinformação e a negligência, não só governamental, mas também de parte da população. **Não encontramos na avaliação do RAG elementos que indiquem o conjunto de ações que deveriam ter sido desenvolvidas para enfrentar o maior nº de casos de Dengue da história de Porto Alegre**. Indaga-se se não seria previdente identificar metas que dialoguem com a comunicação por exemplo? Visto que há metas inócuas relativas à comunicação. Não há informações acerca do contrato que opera as armadilhas **Mosquitrap. Tampouco da relação dos agentes de endemia na prevenção da doença e qual a previsão de ampliação desses profissionais para compor a rede**. Dados do observatório da vigilância em saúde demonstram que em 2022 foram notificados **7.264 casos de dengue** e confirmados **5.140**. Dos casos confirmados destaque para evolução: **4.799 curas; 04 óbitos; 02 óbitos por outras causas e 335 ignorados**.

Com relação a **saúde das pessoas com deficiência**, se faz necessária a atualização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do município pois se identificou um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações. Para suprir as necessidades identificadas neste grupo populacional, o Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (2022-2025) elencou 48 Metas. Contudo, numa análise mais detalhada observa-se que a maioria das metas apresentadas não se enquadram como tal e devem ser transformadas em ações vinculadas a metas específicas. Tal fato gera a necessidade de rediscutir **as Metas** do Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e incluir algumas delas no Plano Municipal de Saúde (2022-2025). E ainda, referente à estrutura e arranjos institucional da SMS, destacamos a importância do reconhecimento formal da relevância da Política de Atenção à Saúde das pessoas com Deficiência e de que nesse sentido se possa alterar o organograma para estabelecer uma coordenação e estrutura necessária para essa Rede -da mesma forma como foi realizada a

mudança de Área Técnica de Saúde Mental para Coordenação de Saúde Mental, para dar conta das atribuições de coordenar a Política e a Rede de Atenção Psicossocial-. Nessa esteira, é fundamental a implementação de um Grupo Condutor da RCPcD, conforme previsto nas normativas do Ministério da Saúde, como colegiado gestor responsável pela elaboração da matriz diagnóstica da rede, sua implementação, monitoramento e avaliação. Relativo ao acesso à **dispensação de fraldas descartáveis** teve seu fluxo alterado e seu fornecimento passou a ser vinculado ao CAD-Único, na Assistência Social. O CMS **reprovou em Plenária este novo fluxo**. A ausência de fraldas e a má qualidade das mesmas são um problema de longa data e foi apresentado como um dos principais pontos críticos pela Comissão da Pessoa com Deficiência Mesmo assim, a gestão decidiu por repassar este dever vinculado à Política de Saúde - conforme instituído na Constituição Federal - para a Assistência Social. Somado a isso, ao condicionar a dispensação das fraldas à análise de situação de vulnerabilidade social (análise da capacidade econômica do usuário) fere diretamente os princípios do SUS, em especial, o da universalidade, da integralidade e da equidade. O retrocesso no fornecimento das fraldas descartáveis é exemplo contundente dos **retrocessos na garantia** de direitos das pessoas com deficiência.

Com relação aos tempos e prazos previstos pela **Regulação** para o acesso da população aos leitos hospitalares clínicos e de UTI cabe destacar que **não são condizentes com as evidências científicas que protegem os pacientes nas urgências**. O indicador **tempo de permanência no serviço de urgência é preditivo do desfecho dos casos**. A janela de segurança é de 4 a 8 h de permanência. 24 h é fatal com aumento de mortalidade, complicações e custo. Os pacientes que requerem UTI não têm tempo de segurança, necessitariam fluxo imediato. Durante a Pandemia o fluxo melhorou, diminui tempo de espera para UTIs por aumento significativo da oferta de leitos públicos de UTI. Hoje voltamos quase ao número anterior e as filas de espera de UTI voltaram a ser alarmantes com efeitos de aumento de complicações, custo e mortalidade. O Plano Municipal de Saúde necessita definir metas de suficiência e indicadores por necessidades sociais e baseado nas melhores evidências, para garantir aplicação dos princípios do SUS.

Com relação a EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA do RAG 2022 foi analisado e seu conteúdo debatido nas reuniões ordinárias da COFIN/CMS de 28/6/2023 e 19/7/2023. Como destaque principal, o RAG demonstra que percentual de **17,06% aplicado em ASPS em 2022 é o menor percentual aplicado em toda a série histórica que iniciou em 2013**, indicando a opção política por desonerar o tesouro municipal, provocando o **desfinanciamento do SUS na cidade**, utilizando especialmente a fonte federal para o financiamento da saúde no município. A Receita Líquida de Impostos e Transferências – RLIT anualmente apresenta crescimento, não acompanhada, percentualmente, da ampliação do valor aplicado em ASPS. Nesse sentido o crescimento total do valor empenhado em ASPS foi de **3,91%**, menor que o índice da inflação de 2022 que foi de **5,79%**. (IPCA)

Tal escolha governamental se reflete nos indicadores do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em que Porto Alegre, passa a figurar como um município que investe abaixo da média nacional e estadual, em **gastos por habitante (R\$)** e aplica percentual em ASPS **abaixo** da média nacional e estadual. Porto Alegre teve

um gasto por habitante de **R\$541,50** em 2021 e **R\$506,19** em 2022, portanto investiu menos (**R\$35,40**). Belo Horizonte, capital com população similar a Porto Alegre teve um gasto em saúde por habitante de **R\$671,81** em 2021 e **R\$659,73** em 2022, embora tenha ocorrido redução foi menor do que em Porto Alegre (**R\$12,10**). Belo Horizonte aplicou **20,45%** em ASPS/2022.

O **gráfico 8** apresenta a série histórica dos **ingressos** de recursos por fonte, em regime de caixa, e de acordo com a **tabela 148**, houve o ingresso de valores – da **fonte municipal** – na ordem de **R\$753.080.702,90**, sendo responsável por **33,24%** em 2022 e **R\$794.142.637,04** em 2021 perfazendo **38,17%**. O **estado ingressou** com **R\$215.770.812,55**, significando **9,52%** em 2022 e **R\$186.675.812,38** representando **9,05%** em 2021. Assim se observa uma redução no comparativo com o ano anterior no ingresso de recursos municipais, (**-5,1%**), aumento no ingresso de recursos estaduais (**15,5%**), bem como aumento de recursos no âmbito federal que contribuiu com **R\$1.279.993.573,89** em 2022 e **R\$1.068.076.752,33** em 2021, gerando **variação positiva de (19,8%)**. Ressaltamos que conforme dados do Relatório de Gestão Fiscal a suficiência dos recursos **não vinculados** do Tesouro Municipal apresentaram no ano de 2022 um **superávit** de **R\$ 252.007.450,95** (de **R\$ 417.561.446,80** ao final de 2021 para **R\$ 669.568.897,75** ao final de 2022), o que **demonstra a viabilidade da ampliação do financiamento de fonte municipal**. É mister informar que em janeiro de 2023 a PMPA anunciou que registrou superávit de 516 milhões em 2022, informando investimentos na cidade da ordem de 41,2%, na notícia veiculada em jornal de grande circulação destacava que embora o mínimo constitucional fosse de 15%, a capital havia investido 17,6% em saúde como sendo uma grande façanha, omitindo que o percentual era o menor desde 2013. Assim como a ocorrência de **déficit entre os ingressos e despesas com recursos de saúde**. (<https://prefeitura.poa.br/gp/noticias/porto-alegre-termina-o-ano-com-aumento-nos-investimentos-e-estabilidade-financeira#:~:text=A%20receita%20em%202022%20somou.or%C3%A7ament%C3%A1rio%20de%20R%24%20516%20milh%C3%B5es.>)

Na análise da proposta de Lei Orçamentária Anual/2022, realizada pela COFIN foi apontado que a gestão municipal tem adotado uma perspectiva de diminuição entre o orçado e executado, ao contrário dos anos anteriores, o que demonstra uma política de restrição orçamentária frente ao cenário de ampliação das necessidades em saúde, inclusive uma ampliação da população SUS dependente em função dos efeitos do desemprego e precarização do trabalho. **Como foi alertado na análise da LOA**, no que diz respeito a **Pessoal e Encargos Sociais** se observa ampliação de **57%** (De: **R\$ 502.570.899,00** em 2021 Para: **R\$791.476.054,00** em 2022). No entanto, os valores relativos a **obrigações patronais e administração de pessoal** são orçados pela SMPAE e não pela SMS, sendo identificada ampliação substancial na dotação de **Obrigações Patronais da SMS** passando de **R\$ 1,6 Milhões** para **R\$283.569.050,00** em 2022, sendo que o recurso empenhado foi de **R\$224.492.390,33**. O acréscimo **não representa** a ampliação de valores para a contratação de pessoal, mas, em princípio, tende a ser uma mudança na forma de **contabilizar a despesa** no registro de repasses ao PREVIMPA. Foi encaminhando questionamento à DPO/SMPAE para esclarecimentos deste valor. Vale frisar que valores a título de previdência dos servidores **não representam gastos em saúde**, não contabilizando para ASPS. Questiona-se esse tipo de manobra contábil a partir do entendimento que como não houve resposta formal do PREVIMPA sobre essa

mudança, esse tipo de apresentação configura-se em uma retórica falaciosa, para encobrir o real processo de desfinanciamento da Saúde, em especial, de pessoal que tem sido a opção adotada pelas últimas gestões e mantidas na gestão atual, pela proposta apresentada. Em resposta ao questionamento da DFMS, a Diretoria de Planejamento Orçamentário SMPAE informou que o aumento do orçamento das obrigações patronais deu-se em razão da contabilização do *déficit* financeiro da previdência seguindo as orientações da SMF correrá pela Ação 9090 – Contemplação Financeira ao RPPS/R.SIMPLES, conforme previsto na LOA. De outro modo a DFMS indagou a Diretoria de Planejamento Orçamentário SMPAE acerca de eventuais levantamentos dos valores executados em anos anteriores ao citado déficit financeiro, foi informado que o levantamento dos valores executados em anos anteriores ao déficit financeiro deve ser informado pelo PREVIMPA ou pela SMF. (SEI 21.0.000096312-4)

O **Gráfico 7 (pag.158)** apresenta a série histórica das **despesas** por fonte, em regime de caixa, sendo que no **município**, de acordo com a **tabela 148** houve despesas da ordem de **R\$752.024.690,48**, representando **31,65% do total** em **2022** e **R\$795.080.938,61** em **2021**, representando **40,37%**, perfazendo variação negativa de **-5,41%**. Com os **recursos do Estado** despendeu-se **R\$189.708.821,40**, equivalente a **8,06%** em **2022** e **R\$160.485.726,38**, representando **8,28%** em **2021**, com variação de **18,2%**. O SUS municipal dispôs de recursos da **União** para as despesas da ordem de **R\$1.364.074.334,84**, representando **60,29%** em **2022** e **R\$1.005.619.810,27** equivalente a **51,35%** em **2021**, com variação de **35,64%**. Desse modo se observa que além da **redução** na execução da **despesa** no SUS municipal com recursos próprios (5,41%), no comparativo com o ano anterior, houve ampliação da utilização dos recursos estaduais (18,2%), no caso dos recursos de fonte federal também houve aumento na sua utilização, atingindo 35,64% em relação ao ano anterior. Dessa forma está demonstrada a desoneração do tesouro municipal como já destacado nesta análise. De acordo com o demonstrativo de ingressos e despesas (tabela 148, pag.157 – RGMS) o ingresso total de recursos foi de **R\$2.248.845.089,34** e despesas no valor total de **R\$2.305.807.846,72**, nesse sentido é importante destacar a ocorrência de **saldo negativo no total de R\$56.962.757,38**. Relativo às análises e considerações quanto à Suficiência e Disponibilidade a DFMS-SMS **alerta** que a suficiência dos recursos, que nada mais são que os valores disponíveis menos os compromissos a serem pagos, no final de 2022 esteve no menor patamar da série histórica considerada, bem como houve importante redução da disponibilidade dos recursos ao longo do exercício. Esse alerta já vem sendo emitido há alguns períodos, o que indica a necessidade premente de maiores aportes financeiro-orçamentários para a Política de saúde. Com relação aos aportes como repasses de recursos atrasados pelo Governo do Estado (item 9.6) ocorridos ainda em 2021 tiveram efeito sobre as contas em 2022, o que amenizou a situação do FMS. Conforme relatado pela DFMS-SMS, em dezembro de 2021 o Fundo Estadual de Saúde efetuou o repasse de **R\$ 29.656.114,42** referente a **competências de 2014 a 2018**. O efeito deste ingresso pode ser verificado no aumento da disponibilidade destes vínculos orçamentários, bem como da receita de fonte estadual registrada no 3º quadrimestre de 2021. Até a data de 30/01/2023 constatou-se o empenho efetivo de **R\$ 27.180.874,42** das despesas encaminhadas. Entretanto a aplicação desse recurso não foi submetida à deliberação do CMS. Com relação aos recursos transferidos da União para o Materno Infantil Presidente Vargas, através de portaria que estabelece o repasse ao município de

R\$69.362.564,63 (sessenta e nove milhões trezentos e sessenta e dois mil, quinhentos e sessenta e quatro reais e sessenta três centavos), da seguinte forma: **R\$45.329.831,03** em parcela única e **R\$24.032.733,60** (vinte e quatro milhões, trinta e dois mil, setecentos e trinta e três reais e sessenta centavos), a ser incorporado ao limite financeiro anual da de Média e Alta Complexidade. O CMS tomou conhecimento através de **SEI 22.0.000033311-9** que através de decisão da Secretaria Executiva do Comitê de Gestão Orçamentária e Financeira órgão do gabinete do prefeito definiu pela desoneração dos recursos do vínculo 40, para o pagamento da folha do HMIPV que perfaz o montante de **R\$6.000.000,00** mensais aproximadamente. Desse modo passa a utilizar os recursos federais do Vínculo **4501** média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Além disso, o **Decreto nº 21.530 de 17 de junho de 2022** que abre créditos suplementares no executivo municipal prevê a utilização de recursos do FMS para utilização na Secretaria Municipal da Educação/Ensino Fundamental e Infantil e Especial. A partir desse decreto o valor orçado no vínculo 40 reduziu de **R\$782.710965** para **R\$753.221.433,21**, totalizando **R\$29.489.531,79**(**SEI desp. 19220617**) que foram subtraídos da saúde para a educação. Essa manobra em dois movimentos confirma o que foi apontado inicialmente, há uma **desresponsabilização** do município com relação às ações em saúde e utilizando um recurso extraordinário e que nesse caso em especial tem o **protagonismo do CMS**, na medida em que, em 2015, o órgão reivindicou através de representação ao MPF, o pagamento de verba indenizatória prevista no termo de municipalização do HMIPV, assinado em 2000. Por outro lado à utilização do recurso para suplementar a educação é **ilegal**, constitui **desvio de finalidade**, visto que a decisão foi tomada por um órgão externo ao FMS, contrariando o disposto na lei 141/2012 pois aplica recursos da saúde e afrontando decisão judicial cuja sentença julgou procedente o pedido para condenar o Município de Porto Alegre a criar conta corrente no Fundo Municipal de Saúde com vista a movimentação dos recursos financeiros próprios, na condição de contrapartida na saúde e atribuir à Secretaria da Saúde a gestão dos recursos do Fundo a fim de proporcionar melhora gradativa no processo de planejamento empregando agilidade para a utilização dos recursos.

Por fim, a verificação de inúmeras inconsistências nos dados, a ausência de informações relevantes para análise, a retirada de indicadores estruturantes como cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, mudança de indicadores e método de cálculo como da cobertura de Saúde da Família, sem pactuação prévia e análise do CMS, interferindo inclusive na fidedignidade da aferição das metas e na série histórica de agravos como sífilis congênita. Indicando que não foram garantidos os requisitos indicados para o Planejamento em Saúde:

- clareza e objetividade
- unidade nos conceitos de seus elementos constituintes; e
- estrutura básica, passível de aplicação e adequações pelas três esferas, segundo peculiaridades de cada uma.

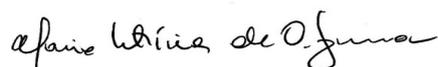
Já havíamos apontado na análise do Plano a desconexão entre a metodologia proposta que parte da análise situacional dos Distritos de Saúde, mas apresentam os dados por Coordenadoria e não por Distrito de Saúde, demonstrando uma dissociação entre as etapas do planejamento e a execução das metas. Observamos um abismo entre a análise apresentada com as metas estabelecidas para superação da realidade vivenciada: das filas

de espera, dos gargalos e vazios assistenciais e das barreiras de acesso e dos indicadores de saúde.

Na relação com o controle social, ainda vivenciamos o desrespeito às deliberações do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência de Saúde, além da não inclusão das metas propostas nas análises dos relatórios pela SETEC desde 2019. Em síntese pode-se aferir que não foram atingidos os objetivos gerais de melhoria/aperfeiçoamento da gestão e das ações e serviços prestados à população, favorecendo também a participação e o controle social, previstos para a efetividade desse instrumento de planejamento no SUS

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração o exposto a SETEC submete este parecer à deliberação do Plenário.



Maria Leticia de Oliveira Garcia
Coordenadora da Secretaria Técnica