



## **RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL**

### **RELATÓRIO FINAL**

<b>Projeto de Auditoria</b>	<b>Processo de Auditoria</b>	<b>Decisão do Tribunal Pleno</b>
<b>02/2006</b>	<b>9.126-0200/06-2</b>	<b>TP-1.658/2006</b>

**ÓRGÃO :** Executivo Municipal de Viamão

**FUNÇÃO AUDITADA:** Avaliação da Ação Governamental nos Serviços de Saúde Pública em Atenção Básica

**GESTOR RESPONSÁVEL:** Alex Sander Alves Boscaini

**PERÍODO DE EXAME ABRANGIDO PELA AUDITORIA:** 2005 e 2006

**PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA AUDITORIA:** 2006 (27-10 a 28-12) e 2007 (26-02 a 15-06)

**EQUIPE DE AUDITORIA:**

Maria Antonieta Siles Barcellos  
Paulo Eduardo Panassol  
Veridiano Steimetz

A presente análise fundamenta-se no disposto nos artigos 31 e 70 a 75 da Constituição Federal; artigo 70 da Constituição Estadual; Lei Complementar Federal nº 101/2000; Lei Estadual nº 11.424/2000 (Lei Orgânica do TCE/RS) e Resoluções nºs nº 544/2000 (RITCE) e 728/2005.

Conforme Projeto de Auditoria Operacional (nº 02/2006/SAM) aprovado pelo Tribunal Pleno em 27/09/06.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
171	

## **Agradecimentos**

Os trabalhos de auditoria operacional somente apresentam resultados satisfatórios, quando estabelecida uma relação de parceria com os órgãos envolvidos e os gestores responsáveis pela execução de determinada atividade ou programa. Nesse aspecto, registra-se o agradecimento aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão que, de forma direta ou indireta, prestaram colaboração para a execução do presente Trabalho, tornando possível a troca de experiências e a incorporação de suas expectativas e dificuldades.



## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	5
LISTA DE TABELAS .....	6
LISTA DE FIGURAS .....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. Objetivo Geral de uma Auditoria Operacional.....	7
1.2. Identificação do Objeto desta Auditoria Operacional .....	8
1.3. Objetivos e Escopo .....	9
1.4. Estratégia Metodológica.....	10
1.5. Limitações .....	12
2. VISÃO GERAL.....	14
2.1. Fundamentos Constitucionais e Legais do Sistema Único de Saúde .....	14
2.2. Organização e Funcionamento do Sistema Municipal de Saúde de Viamão .....	17
2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA .....	17
2.2.2. LEGISLAÇÃO MUNICIPAL PERTINENTE.....	18
2.2.3. SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO EM RELAÇÃO À GESTÃO DO SUS .....	19
2.2.4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	19
2.2.5. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS.....	34
2.2.6. ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE DE VIAMÃO .....	42
3. QUESTÕES DE AUDITORIA – ACHADOS E RECOMENDAÇÕES.....	48
3.1. Organização e Estrutura da SMS para Atender a Atenção Básica .....	48
3.1.1. DEFICIÊNCIA NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	48
RECOMENDAÇÕES (R 1 a R 7).....	51
3.1.2. DEFICIÊNCIA DAS PEÇAS ORÇAMENTÁRIAS .....	53
RECOMENDAÇÕES (R 8 a R 13).....	56
3.1.3. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA DE CUSTOS DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	57
RECOMENDAÇÃO (R 14).....	60
3.1.4. INSTALAÇÕES FÍSICAS E EQUIPAMENTOS INADEQUADOS E INSUFICIENTES.....	60
RECOMENDAÇÕES (R 15 a R 17).....	74
3.1.5. DEFICIÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL.....	74
RECOMENDAÇÕES (R 18 a R 19).....	80
3.1.6. INEXISTÊNCIA DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....	84
RECOMENDAÇÕES (R 20 a R 21).....	87
3.1.7. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO.....	88
RECOMENDAÇÕES (R 22 a R 23).....	92
3.1.8. INEXISTÊNCIA DE MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS.....	93
RECOMENDAÇÃO (R 24).....	94
3.1.9. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA FORMAL DE COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES TANTO INTERNA COMO EXTERNAMENTE.....	94



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
173	

RECOMENDAÇÕES (R 25 a R 26).....	95
3.2. Critérios de Atendimento da Atenção Básica.....	96
3.2.1. INEXISTÊNCIA DE CRITÉRIOS DEFINIDOS NO ATENDIMENTO AO PÚBLICO.....	96
RECOMENDAÇÕES (R 27 a R 34).....	100
3.3. Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.....	101
3.3.1. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO INSUFICIENTE, ASSISTEMÁTICA E COM BAIXA QUALIDADE.....	101
RECOMENDAÇÕES (R 35 a R 41).....	106
4. ANÁLISE DO PRONUNCIAMENTO DO GESTOR ....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
BIBLIOGRAFIA.....	110
GLOSSÁRIO.....	113
ANEXOS.....	115



### **LISTA DE ABREVIATURAS**

- AOP – Auditoria Operacional
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CMC – Central de Marcação de Consultas
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
- DAS/SMS – Departamento de Atenção à Saúde da SMS de Viamão
- DIS/SMS – Divisão de Informação em Saúde da SMS de Viamão
- EAS – Entidades Assistenciais de Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FNS - Fundo Nacional de Saúde
- GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
- MS - Ministério da Saúde
- NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAB – Piso de Atenção Básica
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PPI – Programação Pactuada e Integrada
- SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- SAS/MS - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- URS – Unidade de Referência em Saúde



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura de Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde .....	22
Tabela 2 – Serviços de Apoio e Serviços Especializados nas Unidades de Saúde do Município.....	30
Tabela 3 – Demonstrativo do Quadro de Pessoal da SMS - Base: 24/11/06 .....	31
Tabela 4 – Nº de Afastamentos por Licença de Saúde.....	34
Tabela 5 – Evolução das Receitas Municipais - 2003 a 2006 – R\$ mil .....	35
Tabela 6 – Percentual das Receitas Realizadas X Orçadas - 2003 a 2006 .....	36
Tabela 7 – Participação das Transferências SUS s/ as Transferências Totais – 2003 a 2006 – R\$ mil .....	37
Tabela 8 – Evolução das Despesas Municipais - 2003 a 2006 – R\$ mil.....	38
Tabela 9 – Créditos Adicionais e Despesa Empenhada - 2003 a 2006 – R\$ mil .....	39
Tabela 10 – Despesa Empenhada na Função Saúde - 2003 a 2006 – R\$ mil.....	39
Tabela 11 – Créd. Adicionais e Despesa Empenhada/Liquidada na Função Saúde – 2003 a 2006 – R\$ mil .....	41
Tabela 12 – Indicadores Selecionados – BR, RS e Viamão – 1991 e 2000 .....	44
Tabela 13 – Indicadores Selecionados do Pacto pela Saúde .....	46
Tabela 14 – Cursos oferecidos no período 01/01 a 30/10/06 .....	85

## LISTA DE FIGURAS

Foto 1 – UBS Santa Cecília – Falta de Identificação da Unidade.....	62
Foto 2 – UBS Santa Cecília – Falta de Medicamentos .....	62
Foto 3 – UBS São Tomé – Falta de Identificação da Unidade.....	63
Foto 4 – UBS São Tomé – Mofo nas paredes em consultório .....	63
Foto 5 – UBS Santa Isabel – Falta de Telhado.....	64
Foto 6 – UBS Santa Isabel – Falta de Telhado. Vista interior da Unidade .....	64
Foto 7 – URS São Lucas – Marcação de Consultas – Estrutura Anterior I.....	65
Foto 8 – URS São Lucas – Marcação de Consultas – Estrutura Anterior II .....	65
Foto 9 – URS São Lucas – Marcação de Consultas – Nova Estrutura – Falta de Acomodações Condizentes.....	66
Foto 10 – URS São Lucas – Lista de Medicamentos em Falta .....	66
Foto 11 – URS Centro – Teto com rachaduras.....	67
Foto 12 – URS Centro – Falta de Medicamentos I .....	68
Foto 13 – URS Centro – Falta de Medicamentos II .....	68
Foto 14 – URS Centro – Falta de Acomodações Condizentes.....	68
Foto 15 – URS Centro – Armário de vidro remendado com fita adesiva .....	69
Foto 16 – SMS – Armário de Vidro contendo medicamento vencido – Vista do Corredor	79
Foto 17 – SMS – Armário de Vidro contendo medicamento vencido .....	80



## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Objetivo Geral de uma Auditoria Operacional**

A Carta Magna de 1988 prevê a fiscalização operacional entre as atribuições do Controle Externo, o qual é exercido pelo Congresso Nacional (ou pelas Assembléias Legislativas e Câmaras Municipais), com auxílio técnico dos Tribunais de Contas, e pelo Sistema de Controle Interno.

A auditoria de natureza operacional, embora esteja estribada na mesma base legal, art. 70 da Constituição Federal, tem foco distinto ao da auditoria de legalidade ou conformidade, pois esta Auditoria visa à prestação das contas anuais dos gestores de cada Órgão ou Entidade que gerenciam recursos públicos.

A avaliação do setor público, no enfoque operacional, tem precipuamente como referencial básico a sociedade com as suas demandas e necessidades. Nessa avaliação são verificados o valor das ações, sua qualidade, bem como, as omissões da ação estatal em áreas de sua competência exclusiva, especialmente naquelas de maior impacto nos níveis de vida social.

Nas auditorias operacionais, se procura identificar erros e acertos da ação governamental e as suas respectivas causas e efeitos, para subsidiar recomendações que possam ser implementadas, tempestivamente, na correção das distorções e na manutenção e ampliação dos acertos.

Predomina a indicação de medidas para a correção de rumo. Portanto, não se limita a explicar os erros cometidos ou a simples descrição dos procedimentos inadequados, dos resultados que não deram certo e da quantificação do dinheiro público desperdiçado, aspectos geralmente abordados nas auditorias de conformidade. Assim, a avaliação do objeto auditado valoriza a identificação de oportunidades que possam ser aproveitadas tempestivamente para melhorar processos e procedimentos, objetivando a otimização dos recursos disponíveis para cada projeto ou programa governamental.

Nessa concepção, são privilegiados os enfoques sociais e econômicos da gestão, para aferir-se a eficácia dos resultados alcançados, a economicidade e a eficiência dos meios e das técnicas utilizadas, assim como a efetiva evolução da qualidade de vida da população envolvida, decorrente da ação pública.

Assim, os Tribunais de Contas ao realizarem auditorias de natureza operacional atuam como agentes colaboradores, visando contribuir para o aperfeiçoamento da Gestão Pública de forma preventiva e orientativa.



## **1.2. Identificação do Objeto desta Auditoria Operacional**

Nos termos da Resolução TCE/RS nº 728/2005 desta Corte de Contas, que dispõe sobre a Auditoria Operacional, a presente Auditoria é decorrente da aprovação pelo Tribunal Pleno, em Sessão Plenária de 27/09/2006, do Projeto de AOP no âmbito da Supervisão de Auditoria Municipal Nº 02/2006, e tem como objeto o desempenho da gestão municipal de Viamão nas ações e serviços de saúde pública em atenção básica, levando em conta o exame da ação governamental quanto aos aspectos da economicidade, eficiência e eficácia e, dentro do possível, da efetividade.

O objeto de auditoria foi escolhido em razão da identificação de oportunidades de melhoria de desempenho, da repercussão social, por apresentar-se como mecanismo de promoção de cidadania, pela elevada materialidade orçamentária e financeira e o papel que o gestor municipal deve ter na prestação dos serviços públicos de saúde para a sociedade, em especial à população de baixa renda.

É patente que os esforços coletivos proporcionaram, ao longo da última década e meia, melhoria do sistema de saúde pública brasileiro e das condições gerais de saúde da população. Entretanto, apesar dos avanços obtidos, as ações e serviços em saúde ainda deixam muito a desejar, dada a existência de deficiências qualitativas e quantitativas, tanto no sistema de informação, quanto nos serviços de atenção à saúde de um modo geral.

Tais desafios têm repercussão no perfil das demandas por políticas públicas que devem ser proporcionadas pelo Estado, já que se exige disponibilidade de maiores e mais onerosos recursos, com reflexo na rede de serviços existente. Representa, ainda, um desafio à sociedade, dada a necessidade de ações efetivas que garantam a qualidade de vida dessa população e estabeleçam canais de acesso à efetiva participação e inclusão social.

Como integrante da estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Secretaria Municipal de Saúde de Viamão, mantida com recursos financeiros que provêm de impostos e contribuições da sociedade, deve propiciar o caráter de direcionamento geral do atendimento, mediante o acesso universal e igualitário.

Para tanto, constatou-se a necessidade de acompanhar e verificar a atuação do Executivo Municipal de Viamão na operacionalização do direito constitucional do cidadão ao atendimento à saúde e promoção das condições para que esse direito esteja ao alcance de toda a população, independente da condição social e, inclusive, da condição física de cada um, atendendo o princípio da equidade.



### **1.3. Objetivos e Escopo**

Esta Auditoria de Natureza Operacional, na modalidade de desempenho, utilizou duas das três abordagens existentes: análise da estratégia organizacional e análise da gestão.<sup>1</sup>

A análise da estratégia organizacional visa, basicamente, aspectos como a identificação dos principais produtos, indicadores de desempenho e metas organizacionais, a identificação dos pontos fortes e fracos da organização, bem como, das oportunidades e ameaças ao desenvolvimento organizacional (TCU, 2000a).

Por sua vez, a análise da gestão abrange questões como a existência de sistemas de controle adequados, destinados a monitorar, com base em indicadores de desempenho válidos e confiáveis, aspectos ligados à economicidade, à eficiência e à eficácia. É analisado, também, o uso adequado dos recursos humanos, instalações e equipamentos voltados à prestação de serviços na qualidade e proporção requeridos (TCU, 2000a).

O foco desta auditoria operacional foi o desempenho da gestão pública municipal de Viamão nas ações e serviços públicos de saúde em atenção básica nos exercícios de 2005 e 2006, quanto aos aspectos da economicidade, eficiência e eficácia e, dentro do possível, da efetividade.

Foram considerados os aspectos que compõem o processo de gestão, ou seja, o planejamento da ação, a organização e estrutura que, juntamente com os procedimentos operacionais, tornam a ação exequível, além do acompanhamento gerencial (controle), inclusive quanto aos seus resultados em termos de metas alcançadas.

Esta Auditoria Operacional procurou atingir os seguintes objetivos: incentivar os gestores à cultura avaliativa das ações e serviços de saúde municipal; ser instrumento de apoio à gestão, a partir das recomendações produzidas; possibilitar a observação de experiências exitosas no Município para melhoria da qualidade local; incorporar indicadores de desempenho para avaliação das ações e serviços de saúde que, ainda, não são utilizados em sua plenitude; identificar oportunidades e possibilidades de melhoria e disponibilizar os resultados para conhecimento público.

Isto posto, a Equipe definiu como problema a ser estudado a avaliação do planejamento, da execução e do controle das ações do Executivo Municipal nos serviços de saúde pública em atenção básica em Viamão. Para atingir esse objetivo, verificou-se a necessidade de realizar o estudo com base em três questões.

A primeira questão abordou como a Secretaria Municipal de Saúde planeja,

---

<sup>1</sup> A terceira abordagem de uma auditoria de desempenho operacional é a análise dos procedimentos operacionais que visa, dentre outros, aspectos relacionados com a existência de rotinas e procedimentos de trabalhos documentados e o cumprimento das práticas recomendadas pela legislação para aquisição de bens e serviços (TCU, 2000a).



executa e está estruturada para atender à demanda da atenção básica em saúde, bem como para o atingimento de suas metas. Para tanto, foram necessárias informações sobre a estrutura física existente, os recursos humanos e financeiros utilizados, o Plano Municipal de Saúde e suas metas estabelecidas e os instrumentos de planejamento utilizados.

A segunda questão procurou avaliar em que extensão as ações da Secretaria Municipal de Saúde contribuem para a resolutividade do atendimento da saúde da população de Viamão.

Por fim, a terceira questão procurou constatar em que medida os resultados dos serviços prestados são mensurados e avaliados. Com esse objetivo específico, buscou-se conhecer se existem e se são utilizados instrumentos, procedimentos e informações suficientes que permitam uma adequada avaliação das ações da atenção básica da saúde em Viamão, bem como se a Administração dispõe de indicadores que subsidiem o aperfeiçoamento da sua atuação.

#### **1.4. Estratégia Metodológica**

Para responder as questões formuladas e executar este Trabalho, foram utilizados métodos de investigação como a visita de estudo e a pesquisa de dados.

A visita de estudo foi utilizada com o intuito de ser conhecida a situação da saúde municipal, através da observação direta em 6 (seis) Unidades Municipais de Saúde, equivalendo a 30% do total. Dada a limitação temporal *in loco* desta Auditoria Operacional, a observação direta foi utilizada para obter dados ilustrativos e evidenciar os pontos fortes e fracos das Unidades de Saúde Municipais, mediante ênfase no aspecto qualitativo das informações, possibilitando confrontá-las com aquelas obtidas através de outros métodos de coleta de dados como questionários, entrevistas estruturadas e dados secundários.

Essas visitas de estudo foram realizadas em dias e horários aleatórios de forma a abranger todos os períodos de funcionamento das Unidades de Saúde.

Há que se mencionar que houve alguma objeção por parte do gestor municipal de saúde à escolha da Equipe de Auditoria em visitar as Unidades Básicas de Saúde Águas Claras e Capão da Porteira. Tal fato se caracterizou como um fator limitador ao alcance dos resultados desta Auditoria Operacional.

Já a pesquisa de dados visou à obtenção de informações de caráter quantitativo e qualitativo relacionadas aos aspectos operacionais e gerenciais do Órgão, assim como aos resultados esperados.

Como métodos de coleta de dados foram utilizados questionários aplicados aos usuários e entrevistas estruturadas com os profissionais da SMS, com o fito de se coletar informações que não estavam disponíveis de outro modo e que eram importantes para



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
180	

referendar e documentar o ponto de vista dos usuários e dos profissionais que estão diretamente envolvidos na execução das ações e serviços públicos de saúde.

Tais métodos foram utilizados para obter dados uniformes de uma grande quantidade de elementos pesquisados, tendo como vantagem a facilidade no tratamento dos dados disponíveis e a projeção para toda a população a respeito das conclusões obtidas a partir da amostra.

Assim, durante as visitas de estudo às Unidades Municipais de Saúde, foram aplicados 39 questionários aos usuários, cada um contendo 38 questões de preenchimento de lacunas, fechadas, de múltipla escolha com escala e questões abertas.

Há que se ressaltar, todavia, que dadas às limitações, tanto temporais quanto operacionais, não foi possível a aplicação de questionários a um maior contingente de usuários das ações e serviços de saúde municipal de Viamão. Entretanto, entende-se que as conclusões são passíveis de generalização para a totalidade de usuários dos serviços de saúde, pelas características demográficas e sociais do Município.

Na análise dos questionários não foram considerados os fatores de escolaridade e renda dos usuários (beneficiários), embora, de acordo com pesquisa realizada pelo CONASS, haja uma relação inversa, bastante nítida, entre a avaliação positiva do funcionamento do SUS e o grau de escolaridade do entrevistado. O mesmo ocorre em relação à renda, pois, quanto menor seja a renda, melhor é a avaliação sobre o SUS (CONASS, 2003).

As informações obtidas através dos questionários foram processadas estatisticamente, ou seja, as frequências das respostas foram tabuladas e os resultados de cada questão foram analisados de modo a identificar subgrupos entre os questionários respondidos. As informações obtidas com as questões abertas, tanto dos questionários quanto aquelas presentes nas entrevistas, tiveram tratamento não-estatístico na análise do conteúdo, ou seja, as informações foram organizadas em lista de categorias de respostas, o que permitiu realizar inferências com base nas características do material registrado.

As entrevistas foram realizadas com o Sr. Secretário Municipal de Saúde, com profissionais que atuam diretamente nas ações e serviços de saúde, bem como, em funções administrativas das Secretarias Municipal de Saúde e da Fazenda e com membros do Conselho Municipal da Saúde, totalizando 26 pessoas. Tal técnica foi utilizada para que fosse obtido conhecimento sobre os procedimentos adotados pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como, coletar opiniões e idéias relacionadas com o objetivo da Auditoria, e, também, para confirmar fatos e corroborar dados procedentes de outras fontes, ou explorar possíveis recomendações.

Foram também utilizados como técnicas de coleta de informações a análise secundária, a pesquisa bibliográfica e o exame documental, além do Roteiro de Verificação dos Processos de Controle Interno, elaborado pelo Tribunal de Contas da União, utilizando os princípios da metodologia COSO<sup>2</sup>, cujo entendimento foi recomendado pela

---

<sup>2</sup> Trabalho realizado pela Treadway Commission, National Commission on Fraudulent Financial Reporting



Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores – INTOSAI, que analisa e considera o nível de informação e de comunicação, a efetividade dos controles internos e a governança corporativa.

Essa metodologia COSO define o processo de controle interno em cinco dimensões: ambiente de controle; avaliação e gerenciamento de riscos; atividades de controle de riscos; informação e comunicação; e monitoramento. Verificados os itens relacionados no roteiro, pondera-se o grau de confiabilidade e consistência de cada uma das dimensões analisadas de cada um dos cinco componentes.

### **1.5. Limitações**

Em virtude das dificuldades encontradas na Secretaria Municipal de Saúde, os objetivos e o escopo desta Auditoria Operacional foram limitados.

A demora da Secretaria Municipal em fornecer dados e informações solicitados para o desenvolvimento dos trabalhos, seja por lentidão, seja pela inexistência ou não-elaboração dos mesmos, acarretou prejuízo ao cronograma, inicialmente estabelecido, para a execução da Auditoria, assim como ao desenvolvimento e à qualidade da mesma.

Nesse sentido, houve necessidade de voltar à SMS para complementar *in loco* a coleta de dados, fora do planejamento inicial da Equipe de Auditoria, entre 12 e 14 junho de 2007, como procedimento alternativo para a obtenção de dados e de informações que ainda restavam pendentes desde dezembro/2006, embora tenham ocorrido diversas solicitações dessa natureza ao longo do primeiro semestre de 2007.

Para exemplificar, cita-se a solicitação realizada em dezembro/2006 e formalizada através das Requisições de Documentos nº 01 e 02/2007, ambas de abril/2007, para que fossem enviados dados e informações relativos ao número de atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem e outros de atenção básica mais a estrutura disponível por Unidade Básica de Saúde, para o atendimento das ações e serviços de saúde, itens importantíssimos para o desenvolvimento desta Auditoria Operacional, relativo ao período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006, porém, só foram entregues em todos os seus termos em 27/06/07, ou seja, 9 dias úteis depois do encerramento dos trabalhos de campo.

É de salientar-se que, durante o período de execução desta Auditoria, ocorreram duas reuniões com o Gestor Municipal de Saúde e uma reunião com o Sr. Prefeito Municipal para explicar os objetivos deste Trabalho e as diferenças existentes em relação aos procedimentos de auditoria de conformidade, destacando que esta Auditoria

---

nos Estados Unidos em 1985, constituído por representantes da American Accounting Association (AAA), American Institute of Certified Public Accountants (AICPA), Financial Executive Institute (FEI), Institute of Internal Auditors (IIA) e Institute of Management Accountants (IMA).



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
182	

visa ao aperfeiçoamento da gestão pública e, também, o estímulo e o engajamento do Controle Social. Também, foi realçada a necessidade de se estabelecer parceria com a organização auditada, mediante colaboração e apoio, bem como a importância da sua participação e contribuição em todas as etapas do trabalho, para a efetividade da Auditoria, na medida em que o Órgão venha reconhecer a importância das conclusões e se dispor a implementar as recomendações, porventura, exaradas.

Contudo, observou-se que o Gestor Municipal da Saúde não entendeu cabalmente a real característica desta Auditoria que, entre outros objetivos, busca identificar oportunidades e possibilidades de melhoria, ademais de pretender auxiliar no processo de gestão municipal. Por isso, não houve, inicialmente, uma boa recepção ao presente Trabalho quiçá, até, porque há limitações que abrangem: a infra-estrutura física da Secretaria; o pessoal disponível para o atendimento das solicitações decorrentes desta Auditoria Operacional e, também, pela grande demanda existente por ações e serviços de saúde por parte da população viamonense.

Ainda, é digno de nota o espaço precário destinado a esta Equipe de Auditoria em termos de acomodações que se apresentaram exíguas, com falta de ventilação e sem disponibilização de linha telefônica, imprescindível para contatos com setores da própria SMS, bem como, de outras repartições do Executivo Municipal.

Por fim, cabe registrar, como experiência positiva, em âmbito mundial, as das Entidades de Fiscalização Superior, como o GAO e o NAO, e em nível nacional, como a do Tribunal de Contas da União e as dos Tribunais de Contas Estaduais da Bahia e de Pernambuco no sentido de afirmar que as Auditorias Operacionais proporcionam aperfeiçoamento dos resultados das ações governamentais, inclusive as voltadas para a redução de desigualdades, além de contribuir com a eficiência, eficácia e economia da gestão pública.



## **2. VISÃO GERAL**

### **2.1. Fundamentos Constitucionais e Legais do Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde – SUS encontra-se definido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – nºs 8.080/90 e 8.142/90, e é regulamentado pela Norma Operacional Básica – NOB 01/96 e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002.

A Constituição Federal de 1988 deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a se nortear pela descentralização. Ou seja, o objetivo é capacitar os Municípios a assumirem suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como, desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

A Constituição Federal estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei 8.080/90 ou Lei Orgânica da Saúde.

Com a Lei nº 8.080/90, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde, que agrega todos os serviços estatais (esferas federal, estadual e municipal) e os serviços privados (contratados ou conveniados). A partir dessa Lei, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criadas para a viabilização plena do direito à saúde.

O artigo 15 da Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, em seus itens primeiro a terceiro estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, em seu âmbito administrativo, definirão as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde, a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde, em cada ano, além do acompanhamento, avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população.

Segundo o estabelecido no artigo 18 dessa mesma Lei, compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde, dentre outros itens, o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde e gerenciar e executar os serviços públicos de saúde.

A Lei nº 8.142/90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), onde cada esfera de governo tem as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde.

Essa Lei Federal também dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, mediante alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automático para os Municípios, Estados



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
184	

e Distrito Federal. Para o recebimento de recursos, cada um desses entes deve contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento, e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

De acordo com o constante na NOB SUS 01/96, a atenção à saúde compreende três grandes campos: o da assistência; o das intervenções ambientais (controle de vetores, condições sanitárias no ambiente de vida e de trabalho, saneamento ambiental, etc.); e o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades. Nesses três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

A NOAS SUS 01/2002 ampliou as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica, estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios.

Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema.

No exercício de 2006 foi editado um conjunto de normativos que visam contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequado à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT e o fortalecimento do controle social (CONASS, 2006, p. 133).

Dentre as Portarias editadas, cabe destacar:

- Portaria GM/MS nº 399/2006, que define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O primeiro é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Tem foco em resultados, mediante compromissos orçamentários e financeiros, tendo como prioridades os seguintes itens: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica/primária (CONASS, 2006, p. 134).



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
185	

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública inscritos na Constituição Federal (CONASS, 2006, p. 8).

Finalmente, o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Avança na regionalização e na descentralização do SUS, e explicita nove diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos (CONASS, 2006, p. 136). As diretrizes são: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento no SUS; programação pactuada e integrada – PPI; regulação da atenção à saúde; participação e controle social; gestão do trabalho; e educação na saúde.

Essa Portaria instituiu, ainda, o Termo de Compromisso de Gestão, documento de formalização do Pacto, nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, onde deverão constar as responsabilidades sanitárias e as atribuições de cada gestor, as metas e os objetivos e os indicadores de monitoramento. Esse Termo deverá ser assinado pelas três esferas, segundo Portaria GM/MS nº 699/2006, alterada pela Portaria GM/MS nº 153/2007, até setembro de 2007, permanecendo vigentes, até esse momento, as responsabilidades e prerrogativas dos Estados e Municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/96 e NOAS SUS 01/2002.

- Portaria GM/MS nº 648/2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (CONASS, 2006, p. 36).

- Portaria GM/MS nº 650/2006, que define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica - PAB fixo como sendo de R\$ 13,00 (treze reais), a partir de abril/2006, e PAB variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Tal normativo foi alterado pela Portaria GM/MS nº 2.133/2006, que definiu o valor *per capita*/ano referente ao PAB Fixo como sendo de R\$ 15,00 (quinze reais), a partir de agosto/2006.

- Portaria GM/MS nº 675/2006, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

- Portaria GM/MS nº 687/2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde. Tem por objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.



- Portaria GM/MS nº 699/2006, alterada pelas Portarias GM/MS nº 91, 153 e 372, todas de 2007, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
- Portaria GM/MS nº 822/2006, que altera critérios para definição de modalidades das Equipes de Saúde da Família.
- Portaria GM/MS nº 3.332/2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS (Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e Relatório Anual de Gestão).
- Portaria GM/SM nº 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

## **2.2. Organização e Funcionamento do Sistema Municipal de Saúde de Viamão**

### **2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA**

Segundo dados presentes no *site* oficial do Município<sup>3</sup> a população em 1970 era de 66.443 pessoas, desses, apenas 17,20% estavam concentrados em área urbana. Já em 2000 a população era de 227.429 habitantes, sendo que 93,05% estavam situados em área urbana. Constatou-se um crescimento populacional significativo de 242,29% entre os anos de 1970 e 2000, significando um incremento considerável na demanda por ações e serviços de saúde.

Segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano IPEA (2003), a proporção de pobres na população de Viamão passou de 22,4% em 1991 para 20,8% em 2000.<sup>4</sup> Mesmo com decréscimo de 7,14% no período considerado, a proporção de pobres de 20,8% representava um expressivo contingente populacional de 47.305 pessoas.

O público-alvo da Secretaria Municipal de Saúde é a sociedade de um modo geral, constituindo, segundo estimativa elaborada pela Fundação de Economia e Estatística (FEE, acesso em 29/06/07), no ano de 2006, um total de 260.133 habitantes (potenciais beneficiários), o que lhe garantiu ocupar o 6º lugar entre os Municípios do Estado em população, ficando atrás somente de Porto Alegre, Caxias, Canoas, Pelotas e Gravataí. Essa população representava 2,39% frente ao total do Rio Grande do Sul, que era de 10.867.102 pessoas.

<sup>3</sup> Disponível em <http://www.viamao.rs.gov.br/porta1/>. Acesso em 18/08/06.

<sup>4</sup> Os dados para o Rio Grande do Sul indicavam uma proporção de pobres em 1991 de 28,8% e em 2000 de 19,7%.



Extrapolando para Viamão o resultado da pesquisa A Saúde na Opinião dos Brasileiros (CONASS, 2003), na qual, mais de 90% da população do país era usuária do SUS, na proporção de 28,6% os exclusivos e os não-exclusivos em 61,5%, teríamos, com base na população de 2006, 234.380 pessoas como potenciais usuários das ações e serviços de saúde pública viamonense. De outra forma, com base no princípio da prudência, se for considerado apenas o percentual de usuários exclusivos do SUS, ou seja, 28,6%, teríamos mais de 74.398 potenciais usuários dos serviços de saúde de Viamão.

Se, por outro lado, for considerada a proporção de pobres municipais como potenciais usuários do SUS municipal, segundo dados do IPEA (2003), como dito acima, com base nos dados populacionais de 2000, teríamos mais de 47.000 pessoas e com base na população de 2006 (FEE, acesso em 29/06/07), mais de 54.100 pessoas.

De qualquer forma, os dados revelam a magnitude e importância do Sistema Municipal de Saúde de Viamão e ante o caráter de direcionamento geral do atendimento, não deve ocorrer seleção de beneficiários. No entanto, devem ser obedecidos os critérios de atendimento estabelecidos pelos normativos do Sistema Único de Saúde.

Mais do que cobertura a um grande contingente populacional, as ações e serviços de saúde devem propiciar resolubilidade e qualidade à população viamonense.

## 2.2.2. LEGISLAÇÃO MUNICIPAL PERTINENTE

No Município de Viamão o serviço de saúde está regrado na Lei Orgânica Municipal, nos artigos 197 a 210, que estabelecem que o Poder Municipal deva prover as condições indispensáveis a sua promoção e recuperação, através de um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, obedecendo, entre outros princípios, à universalidade, à integralidade e à igualdade, no acesso à prestação dos serviços à população do Município.

Além da Lei Orgânica Municipal, outros normativos dispõem sobre a matéria, dentre os quais, destacamos:

- Lei Municipal nº 2.207/92, cria o Conselho Municipal da Saúde, alterada pelas Leis Municipais nº 2.655/98 e 3.544/07.
- Lei Municipal nº 2.366/94, que cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.
- Lei Municipal nº 2.646/98, dispõe sobre o quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, alterada pela Lei Municipal nº 2.713/98, que cria o cargo de médico neurologista.
- Leis Municipais nºs 2.848/00, 3.020/01, 3.061/03, 3.042/05, 3.395/05 e



3.444/06 autorizadoras de contratação por prazo determinado de profissionais da área da saúde, especificamente.

- Lei Municipal nº 3.452/06, que cria e extingue secretarias, departamentos e reorganiza a estrutura administrativa da Administração Direta do Executivo de Viamão e dá outras providências.

### 2.2.3. SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO EM RELAÇÃO À GESTÃO DO SUS

Com base na NOAS SUS 01/2002, o Município de Viamão é habilitado, mediante Portaria do Ministério da Saúde nº 1.785, de 10/09/03, em Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada, que abrange um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Está vinculado ao Distrito Sanitário de Santa Maria e à Coordenadoria Regional de Saúde de Porto Alegre (1ª CRS). O Órgão municipal incumbido das ações e serviços de saúde é a Secretaria Municipal de Saúde.

### 2.2.4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

#### 2.2.4.1. Secretaria Municipal de Saúde

Através da Lei Municipal nº 3.452/06, o Executivo Municipal criou e extinguiu secretarias e departamentos, visando reorganizar a estrutura administrativa municipal. Em decorrência, a Secretaria de Saúde, nesta nova estrutura, ficou com a missão de cuidar da saúde exclusivamente, tendo-se criado uma outra Secretaria para tratar dos assuntos da Cidadania e Assistência Social. Contudo, à época desta Auditoria, essa nova estrutura ainda não estava em vigor.

A Secretaria Municipal de Saúde está inserida na estrutura administrativa do Executivo Municipal e é composta, conforme art. 12 da mencionada Lei Municipal, pelos seguintes setores: Gabinete do Secretário; Direção Geral; Assessoria Jurídica; Assessoria Especial; 4 (quatro) Departamentos: de Atenção à Saúde; de Apoio Administrativo; de Vigilância em Saúde e o de Controle, Avaliação e Auditoria.

Cabe menção, que durante toda esta Auditoria Operacional a Equipe deste TCE solicitou à SMS cópia de organograma vigente. Somente em fins de junho/2007, a Auditada forneceu um organograma “não oficial” elaborado com base LM nº 3.452/06. Comparando-se a estrutura da SMS estabelecida no art. 12 da LM nº 3.452/06, com a



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
189	

presente no Organograma fornecido pela Auditada, constatam-se inconsistências de dados e informações.

Importa referir que a Auditada forneceu a esta Equipe, cópia de relação de “Unidades, Serviços e Setores da SMS”, onde constavam os endereços e os nomes dos respectivos coordenadores. Tal relação também não encontra guarida na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde estabelecida no art. 12 da LM nº 3.452/06. Exemplificativamente, citam-se algumas dessas unidades ou setores que constam naquela relação, e que, no entanto, não foram criadas pela referida legislação municipal. São elas: a Divisão de Saúde e Segurança dos Municipários - Biometria, o Serviço de Pronto Atendimento Ambulatorial e a Central de Regulação, Referência e Contra-Referência.

Recomenda-se que a SMS se estruture conforme o estabelecido na LM nº 3.452/06 e elabore o respectivo organograma visando, primeiramente, adequar-se à legislação municipal vigente e, em segundo lugar, organizar-se administrativamente de modo a criar condições para o fluxo de decisões e informações e, também, facilitar o conhecimento tanto dos servidores quanto dos usuários da organização hierarquizada da Secretaria de Saúde.

#### 2.2.4.2. - Recursos Físicos

Através da Requisição de Documentos 01/2007, item nº 4, deste Tribunal de Contas do Estado, solicitou-se a estrutura física disponível por UBS, como salas de curativo, vacina, observação, etc., com as respectivas áreas em m<sup>2</sup> de cada peça. Em atenção, a Auditada, através do Of. GAB/SMS/PMV/nº 051/2007, de 03/05/07, informou que tal “(...) *solicitação não será possível atender, pois cada Unidade de Saúde tem suas especificações diferentes. Ao longo do ano vem sofrendo modificações para aplicar-se as regras da ANVISA*”.

Mesmo assim, através de procedimentos alternativos de auditoria, foi elaborada a Tabela 1 abaixo que evidencia que a Secretaria Municipal de Saúde conta com uma estrutura de atendimento composta por 20 Unidades de Saúde, sendo 5 (cinco) Unidades da Estratégia da Saúde da Família - ESF, 2 (duas) Unidades Móveis, 7 (sete) Serviços Especializados e pelo Sistema de Vigilância em Saúde.

Cabe registro que a Portaria GM/MS nº 648/2006 estabelece o parâmetro de até 30 mil habitantes para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família localizada em grandes centros urbanos e dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica. Já para uma UBS com Saúde da Família localizada em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
190	

responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica (CONASS, 2006, p. 39).<sup>5</sup>

Os dados da Tabela 1 evidenciam que o critério de número de habitantes por unidade de saúde, 30 mil/UBS ou 12 mil/UBS PSF, é atendido pelo Município, exceto as Unidades Regionais Centro e São Lucas e a Unidade Básica de Saúde PSF Augusta Meneguine.

---

<sup>5</sup> Nota da Equipe de Auditoria: a referida Portaria não conceitua “grandes centros urbanos”.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
191	

**Tabela 1 – Estrutura de Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde**

UBS	População Coberta-2006	Tipo de Unidade	Nível de Atenção	Fluxo da Clientela	Classificação	Turnos	Nº de Prof.	Consult. Clínica Básica	Consult. Odonto	Consult. Clínica Espec.	Sala de Enfermagem	Consult. Não Médicos	Sala Repouso/Observação	Sala Imunização	Sala de Pequena Cirurgia	Sala Nebulização	Sala Curativo	Farmácia	Equip.
UBS Augusta Marina	12.970	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	11	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	(i)
UBS Capão da Porteira	3.660	Posto de Saúde	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	9	1	1	-	-	-	-	-	-	1	2	1	(i)
UBS Cecília	14.930	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M	8	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	N C
UBS Esmeralda	9.669	Posto de Saúde	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	10	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	(i)
UBS Indígena Karai Jekupé - Estiva	100	Posto de Saúde	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	8	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	(ii)
UBS Indígena Canta Galo - Curral da Macega	3.793	Posto de Saúde	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	10	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	(ii)
UBS Índio Jary	10.037	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	N C
UBS Monte Alegre	10.494	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea e Referenciada	PAB	M e T	15	2	1	-	1	3	-	1	-	-	1	1	(i)
UBS Orieta	7.339	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M, T e N	21	3	1	-	1	-	1 (com 1 leito)	1	-	1	1	1	(iii)
UBS Planalto	8.625	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	7	1	-	-	1	-	-	1	-	1	1	1	N C
UBS PSF Águas Claras	5.520	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	15	2	1	-	-	2	2 (com 2 leitos)	1	-	-	2	-	(i)



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
192	

UBS PSF Augusta Meneguine	12.915	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	40, com 2 equipes ESF	3	1	1	1	1	-	1	-	-	1	1	(i)
UBS PSF Itapuã	6.246	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	11, com 1 equipe ESF	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	(i)
UBS PSF Luciana	2.940	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea e Referenciada	PAB	M e T	13	3	-	-	1	-	-	1	1	1	1	1	N C
UBS PSF Vila Elsa 1	11.123	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	29, com 1 equipe ESF	2	1	-	1	-	-	1	-	1	1	1	(i)
UBS Santa Isabel	18.577	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M, T e N	16	2	-	-	1	1	-	1	-	1	-	1	N C
UBS São Tomé	11.650	Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	10	3	1	-	1	-	-	1	-	1	1	1	(i)
URS Centro	42.678	Policlínica	Básica (Mun.); Média Complexidade (Est.)	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Média	M e T	36	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	(i)
URS Lomba do Sabão	23.420	Policlínica	Básica (Mun.); Média Complexidade (Est.)	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Média	M e T	30	12	1	1	1	2	1 (com 1 leito)	1	-	1	-	1	(iv)
URS São Lucas	45.285	Policlínica	Básica (Mun.); Média (Est.)	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Média	M, T e N	46	7	1	1	1	2	1 (com 1 leito)	1	-	1	-	1	(i)
Unidade Móvel 1		Un. Móvel Terrestre	Básica	Demanda Espontânea	PAB	M e T	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(v)



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
193	

Unidade Móvel 2		Un. Móvel Terrestre	Básica	Demanda Espontânea	PAB	Turnos intermitentes	7	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(v)
Ambulatório Nova Vida Sem Tabaco		Clín. Espec./ Amb. de Especialidade	Básica e Média Complexidade	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Média	M e T	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N C
CAPS II Casa Azul		Clín. Espec./ Amb. de Especialidade	Média e Alta Complexidade (Estado)	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Alta	M e T	10	-	-	5	1	-	2 (com 2 leitos)	-	-	-	-	-	N C
CAPS II Centro		Clín. Espec./ Amb. de Especialidade	Média e Alta Complexidade (Estado)	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Alta	M e T	9	-	-	5	1	-	2 (com 2 leitos)	-	-	-	-	-	N C
CAPS II Nova Vida		Clín. Espec./ Amb. de Especialidade	Média e Alta Complexidade	Demanda Espontânea e Referenciada	Centro de Atenção Psicossocial I e II	M e T	13	1	-	4	1	-	1 (2 leitos)	-	-	-	-	-	N C
Programa Agentes Comunitários		Unidade Básica	Básica	Demanda Espontânea e Referenciada	PAB	M e T	25	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N C
SAMECA (Augusta Meneghini)		Clín. Espec./ Amb. de Especialidade	Básica e Média Complexidade	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Média	M e T	5	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	N C
Serviço de Tuberculose		Clín. Espec./ Amb. de Especialidade	Básica (Mun.); Média Complexidade (Est.)	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Média	M e T	6	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	N C
Serviço DST/AIDS		Policlínica	Básica (Mun.); Média Complexidade (Mun. e Est.)	Demanda Espontânea e Referenciada	Hierarquia Média	M e T	14	-	-	4	-	1	-	-	1	-	-	-	N C
Sistema de Vigilância em Saúde		Un. de vigilância em Saúde	Básica	Não possui atendimento prestado	PAB	M e T	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N C

Fontes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Ministério da Saúde (Acesso em 04/07/07) e dados produzidos e informados pela Auditada.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
194	

OBS:

- a) Todas Unidades/Serviços são mantidos pelo Município.
- b) Não há leitos disponíveis nessas Unidades de Saúde/Serviços oferecidos pelo Município.
- c) Em todas Unidades/Serviços o nível de atenção é considerado como “ambulatorial”.
- d) Todas as Unidades/Serviços prestam atendimento ambulatorial, exceto as Unidades de Referência Centro, Lomba do Sabão e São Lucas e os Serviços de Tuberculose e DST/AIDS que também prestam serviços de SADT. A única Unidade que não presta nenhum tipo de atendimento é a Unidade de Vigilância em Saúde.
- e) As URS Centro, Lomba do Sabão e São Lucas e os Serviços de Tuberculose e de DST/AIDS têm gestão dupla entre o Município e o Estado.
- f) Os CAPS II Casa Azul, Centro e Nova Vida têm gestão estadual.
- g) Equipamentos disponíveis cadastrados no CNES:
  - (i) - 1 equipamento odontológico e coleta de resíduos comuns.
  - (ii) - 1 equipamento odontológico e coleta de resíduos comuns e biológicos.
  - (iii) - 2 equipamentos odontológicos e coleta de resíduos comuns.
  - (iv) - 1 equipamento odontológico; 1 equipamento de eletrocardiógrafo; e coleta de resíduos comuns.
  - (v) - 1 equipamento odontológico.
- NC - Nada Consta.
- h) A coluna “População Coberta” foi preparada com base em informações do DAS/SMS, de dezembro/2006. Nessa informação, o total da população do Município era de 261. 971 habitantes em 2006, portanto, divergente da população estimada de 260.133 pela Fundação de Economia e Estatística, para esse mesmo ano.
- i) Não está demonstrada, na Tabela acima, a UBS Pimenta, localizada no Distrito de Águas Claras, que seria inaugurada parcialmente no final de julho/2007.

O Município de Viamão conta com equipes da Estratégia da Saúde da Família, como demonstrado na Tabela acima, em 5 (cinco) Unidades de Saúde. Segundo informações da Coordenação da Saúde da Família, totalizam 8 (oito) equipes, assim distribuídas: UBS PSF Águas Claras com 1 (uma); UBS PSF Augusta Meneghini 3 (três); UBS PSF Itapuã 1 (uma); UBS PSF Vila Elsa 2 (duas); e UBS PSF Luciana 1 (uma) equipe. Tal número de equipes foi aprovado pela Resolução N° 079/06 – CIB/RS, de 17/05/06, entretanto, segundo informações da Coordenação Municipal da Saúde da Família, 2 (duas) equipes não contam atualmente com médicos: 1 (uma) equipe na UBS PSF Vila Elsa e 1 (uma) na UBS PSF Luciana. Por esse motivo o Município, a partir de maio/2007, deixou de receber, a título de incentivo, R\$ 10.800,00/mês.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> A Portaria GM/MS n° 650/2006 estabelece valor de incentivo financeiro de R\$ 5.400,00/mês por equipe da saúde da família implantada. Assim, o Município dispende de apenas 6 (seis) equipes completas recebe,



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
195	

Cabe mencionar as informações presentes no Of. GAB/SMS/PMV/nº 051/2007, prestadas em 03/05/07, em atendimento à Requisição de Documentos deste TCE, que a UBS PSF Luciana encontra-se interdita pelo Ministério Público Estadual desde outubro de 2006, dadas as precárias condições da infra-estrutura.<sup>7</sup> Tal fato está prejudicando o atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família dessa Unidade que vem sendo executado em uma Unidade Móvel.

A Portaria GM/MS nº 648/2006 estabelece um máximo de 4.000 habitantes por Equipe da Saúde da Família, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho semanal de 40 horas. Conforme indicadores presentes no Pacto pela Saúde 2007,<sup>8</sup> a proporção da população coberta pela ESF em Viamão, nos anos de 2005 e 2006 foi de, respectivamente, 3,54% e 9,20%, tendo superado a meta de 5,37%, nesse último exercício. Já para 2007, a meta é de 10% da população.

Comparativamente o índice de cobertura da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul, em 2005 e 2006, foi de, respectivamente, 28,35% e 30,48%, e no Brasil, no mesmo período, respectivamente, índices de cobertura populacionais de 44,35% e 46,19%.<sup>9</sup>

O atual índice de cobertura populacional de Viamão, levando em conta apenas as 6 (seis) ESF completas, é de 8,05% (em maio/2007).<sup>10</sup> Já a Portaria GM/MS nº 91/2007 estabelece como meta nacional uma cobertura de 43% da população para o exercício de 2007. Entretanto, mesmo que a meta de Viamão para 2007, indicada no Pacto pela Saúde, seja de 10%, índice possível de ser alcançado pela municipalidade ao longo desse exercício, ao ser considerada a meta nacional de 43%, constata-se que o Município está muito aquém desse parâmetro e, portanto, distante do que vem sendo alcançado pelo Estado e pelo País, como evidenciam os indicadores de 2005 e 2006.

Cabe registro, por fim, que, segundo relatórios fornecidos pela Auditada e por informação da Coordenação da Saúde da Família do Município, a análise da produtividade do Programa de Saúde da Família de Viamão demonstra que as Equipes/UBS PSF vêm realizando atendimentos típicos de unidades de saúde, ou seja, as atividades/produção são

---

desde maio/2007, R\$ 32.400,00/mês e não, como anteriormente, R\$ 43.200,00/mês pelas 8 (oito) equipes de ESF (disponível em: [http://www.fns.saude.gov.br/visualizarFundoaFundo.asp?NU\\_CGC\\_ENTIDADE=88000914000101](http://www.fns.saude.gov.br/visualizarFundoaFundo.asp?NU_CGC_ENTIDADE=88000914000101); acesso em: 11/07/07).

<sup>7</sup> Objeto de Inquérito Civil Público sob nº 00931.00032/2006.

<sup>8</sup> Cópia fornecida pela Auditada.

<sup>9</sup> Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Período Janeiro de 2005 a Junho de 2007*. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza\\_cadastro\\_ret.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php). Acesso em 11/07/07.

<sup>10</sup> Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Período Janeiro de 2005 a Junho de 2007*. Disponível em [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza\\_cadastro\\_ret.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php). Acesso em 11/07/07. O Departamento de Atenção Básica/MS, para elaborar esse dado, levou em conta uma população de 257.095 pessoas. Entretanto, se for levada em consideração a estimativa da Fundação de Economia e Estatística – FEE para a população de Viamão, em 2006, como sendo de 260.133 pessoas (FEE, acesso em 29/06/07), obtém-se uma cobertura populacional equivalente a 9,23% [24.000 pessoas cobertas pelas 6 (seis) ESF completas].



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
196	

realizadas dentro da estrutura física dessas unidades, em detrimento das visitas domiciliares por parte de médicos e de enfermeiros.<sup>11</sup>

Das Unidades de Saúde listadas na Tabela acima, segundo informações do Departamento de Apoio Administrativo - DAA da SMS, estão instaladas em prédios alugados: as UBS Santa Cecília e Santa Isabel e a UBS PSF Luciana. Porém, divergindo dessa informação, o Departamento de Atenção à Saúde - DAS/SMS<sup>12</sup> produziu documento referindo que, apenas, a UBS Santa Isabel está instalada em prédio alugado, ademais de mencionar que as URS Centro e Lomba do Sabão estão instaladas, respectivamente, em prédios estadual e federal repassados ao Município quando da municipalização do SUS.

Frisa-se que esses dois setores, o Departamento de Apoio Administrativo - DAA e o Departamento de Atenção à Saúde – DAS, por serem da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde estariam incumbidos do conhecimento da real situação do Órgão; entretanto, não ocorre assim, podendo-se inferir que, além da base de dados ser pouco confiável e, por isso, conduzir a essas inconsistências, tampouco existe articulação e comunicação entre os setores. Tais divergências e inconsistências de informações não foram isoladas, pois situações como essas foram comuns durante esta Auditoria Operacional.

Como exemplo disso, também apresentam-se as inconsistências/divergências no que pertine aos serviços prestados pelas unidades de saúde municipais, verificada através do confronto entre os dados fornecidos pelo DAS/SMS e os existentes no CNES, que é um sistema do Ministério da Saúde cuja fonte é alimentada por outro setor da própria SMS que é a Divisão de Informação em Saúde, como segue: o DAS/SMS informou que as UBS Augusta Marina e Esmeralda possuem serviços de imunização e nebulização e a UBS Indígena Karai Jekupé (Estiva) possui serviços de imunização, pequenas cirurgias, nebulização, curativo e farmácia, enquanto que o CNES registra dados revelando que não há salas específicas para tais serviços nessas Unidades Básicas de Saúde, evidenciando informações contrárias originadas de dois departamentos da própria Secretaria.

Também, constam dados no CNES em sentido contrário, ou seja, é afirmada a existência de salas de imunização nas UBS Monte Alegre e Orieta, enquanto que a informação do DAS/SMS assegura que esses serviços não são oferecidos nessas Unidades.

Do exposto, se impõe concluir que, além das inconsistências nos informes, há a possibilidade dos serviços estarem sendo prestados em ambientes impróprios.

A propósito da matéria, deve-se mencionar que a Resolução – RDC nº 50, de 21/02/02, da ANVISA, regulamenta acerca dos ambientes mínimos obrigatórios nos estabelecimentos assistenciais de saúde, a partir da existência de determinada atividade de

<sup>11</sup> Consta na Portaria GM/MS nº 648/2006, no item 4 – Do Processo de Trabalho da Saúde da Família, *in verbis*: “**IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.**” (grifos da Equipe de Auditoria).

<sup>12</sup> “Relatório descritivo dos serviços de Atenção Primária em Saúde de Viamão 2007”, remetido a esse TCE através do Of. GAB/SMS/PMV/Nº 075/007 pelo Sr. Secretário Municipal de Saúde de Viamão. Salienta-se que nesse relatório não constaram informações da UBS PSF Luciana.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
197	

saúde. Cita-se, como exemplo, que se uma Unidade de Saúde presta atividade de imunização, o ambiente próprio para a realização da mesma deve obrigatoriamente dispor de peça com área mínima de 6,0m<sup>2</sup>.<sup>13</sup>

Por outro lado, segundo critérios vigentes da NOAS SUS 01/2002,<sup>14</sup> os municípios para se habilitarem em Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada, como é o caso de Viamão, têm que atender uma série de responsabilidades, dentre elas, a disponibilização de serviços e procedimentos assistenciais típicos da atenção básica em qualidade e quantidade suficiente para a população. Assim, para disponibilizar esses serviços, os ambientes mínimos obrigatórios devem ser observados nos estabelecimentos assistenciais de saúde, em atendimento ao regrado na Resolução – RDC nº 50/2002, da ANVISA.

Merece, ainda, destacar que, além do acima referido, houve dificuldade de acesso aos setores, em razão da rotatividade dos responsáveis e, até, pela dificuldade de comunicação com os mesmos, devido à falta de telefone/ramal para contato; bem como, a demora dos diversos departamentos/setores em fornecer informações relevantes para o desenvolvimento dos trabalhos, seja por lentidão, inexistência ou não-elaboração das mesmas, acarretando sensíveis prejuízos ao cronograma estabelecido para a execução desta Auditoria.

Verificou-se, também, não ter havido critérios para a instalação da rede de Unidades de Saúde no Município, o que pode criar limitações ao acesso igualitário dos usuários dos serviços. Em regra, 15 unidades de saúde localizam-se a Oeste do Município e atendem mais de 92% da população municipal, conforme apresentado no Mapa do Município (Anexo I, p. 112).

Segundo dados presentes no Of. GAB/SMS/PMV/nº 051/007 e no Memorando 035/2007, de 24/04/07, atendendo solicitação desta Equipe de Auditoria, item nº 3 da Requisição de Documentos nº 1/2007, para que fosse apresentado o critério utilizado pela SMS para a criação e a localização geográfica das UBS, a Auditada informou, *in verbis*:

*3 – Na gestão atual temos o conhecimento de que algumas [unidades de saúde] foram abertas através do Orçamento Participativo (...)*<sup>15</sup>

*O critério utilizado para criação de novas unidades de saúde baseia-se na demanda da comunidade e na necessidade de serviço de saúde no local. Cabe ressaltar que o município, quando da municipalização, contava com Unidades de Saúde das três esferas de governo, com um contingente maior, devido a necessidade social, nas regiões da Augusta, Cecília e Santa Isabel. Esse acúmulo de serviços gerou uma região de vazio para o lado leste da cidade. Ainda hoje é difícil de reorganizar a rede nesse sentido, considerando a escassez de recursos para a*

<sup>13</sup> Conforme essa Resolução, “(...) em alguns casos o fato de determinada atividade ser realizada, não garante a existência de ambiente específico para esta, pois a atividade **eventualmente** pode ser executada junto com outra atividade em outro ambiente” (ANVISA, 2002, p. 37; grifos da Equipe de Auditoria).

<sup>14</sup> Condições de habilitação vigentes até setembro/2007, prazo para assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal regrado na Portaria GM/MS nº 699/2006.

<sup>15</sup> Conforme dados presentes no Of. GAB/SMS/PMV/Nº 051/007.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
198	

*construção de unidades de saúde. (sic)*<sup>16</sup>

Todos esses dados demonstram a maior concentração das Unidades de Saúde na Região Oeste do Município. Contudo, apesar de cobrir a quase totalidade dos habitantes, gera problemas para as pessoas das demais Regiões de Viamão, porque mesmo sendo atendidos pelas UBS das suas regiões, necessitam se deslocar, às vezes por mais de uma oportunidade para o mesmo propósito, a outras Unidades, principalmente, às Unidades de Referência, dadas as limitações de recursos físicos e humanos nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde próximos a eles. Frisa-se, por oportuno, que todas as três UR's estão localizadas a Oeste da Cidade.

Cabe menção que, hodiernamente, a equidade em saúde, entre os princípios norteadores dos sistemas de saúde, é um dos que têm alcançado maior nível de consenso, ainda que, em muitos casos, sua validade se encontre restringida exclusivamente à definição formal de um direito e, na realidade, não seja assegurado seu efetivo exercício (IPEA, 2002, p. 123).

Um dos possíveis conceitos de equidade em saúde é o da “*igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais*” que reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelos perfis demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo social do acesso (por exemplo, a distância aos serviços de saúde). (IPEA, 2002, p. 130).

Saliente-se, ainda, que os serviços de apoio à consecução da saúde básica, como a esterilização de materiais, por exemplo, bem como, alguns serviços especializados, como controle e acompanhamento à gestação de baixo risco, são realizados por algumas das 17 Unidades Básicas de Saúde e nas 3 (três) Unidades Regionais de Saúde, conforme Tabela 2 a seguir.

---

<sup>16</sup> Conforme informações presentes no Memorando 035/2007, do DAS/SMS.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
199	

**Tabela 2 – Serviços de Apoio e Serviços Especializados nas Unidades de Saúde do Município**

UBS	UBS Augusta Marina	UBS Capão da Porteira	UBS Cecília	UBS Esmeralda	UBS Indígena Karai Jekupé	UBS Indígena Canta Galo	UBS Índio Jary	UBS Monte Alegre	UBS Orieta	UBS Planalto	UBS PSF Águas Claras	UBS PSF Augusta Meneguine	UBS PSF Itapuã	UBS PSF Luciana	UBS PSF Vila Elsa 1	UBS Santa Isabel	UBS São Tomé	URS Centro	URS Lomba do Sabão	URS São Lucas
<b>Serviços de Apoio</b>																				
Central de Esterilização de Materiais	X	X					X		X	X		X					X	X	X	X
Serviço de Prontuário do Paciente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nutrição e Dietética								X				X							X	X
Serviço Social																			X	X
Ambulância																				X
<b>Serviços Especializados</b>																				
Controle e Acompanhamento de Gestantes de Baixo Risco	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vigilância Epidemiológica			X																	
Estratégia da Saúde da Família											X	X	X	X	X					
Triagem Neonatal (tratamento de recém nascidos)																X				
Atenção à tuberculose (diagnóstico)																		X		
Laboratório Clínico (exames de média complexidade M1 e M2)																		X		
Exame Eletrocardiógrafo - Cardiologia																			X	
Diagnóstico e Assistência Ventilatória Nasal - Pneumologia																				X

Fontes: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Ministério da Saúde (Acesso em 04/07/07).



### 2.2.4.3 – Recursos Humanos

A Secretaria Municipal de Saúde forneceu a esta Equipe de Auditoria relatório em que demonstra o quantitativo de Recursos Humanos por forma de ingresso no seu quadro funcional, apresentando como base a lei municipal que reorganiza o quadro de servidores da Secretaria, leis específicas de contratações por prazo determinado, convênios com entidades públicas e privadas e contratação de servidores terceirizados.

**Tabela 3 – Demonstrativo do Quadro de Pessoal da SMS - Base: 24/11/06**

Cargo/Emprego	Concursados do Quadro (i)		Oriundo de outras Secretarias (ii)	Municipalizados		Adidos (v)	Contrato por prazo (vi)	Terceirizado (vii)	CC (viii)	Total de Servidores
	Criado (a)	Ocupado (b)		Estado (iii)	União (iv)					
• Médico da Atenção Básica	113	41	-	03	03	-	11	-	-	58
• Médico Outras Especialidades	48	22	01	03	-	-	-	01	-	26
• Médico PSF	-	-	-	-	-	-	-	05	-	05
Odontólogo	32	24	-	02	-	-	01	-	-	27
Enfermeiro	32	21	-	-	-	-	02	-	-	23
Enfermeiro PSF	-	-	-	-	-	-	-	06	-	06
Agente Comunitário de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	61	-	61
Outros Profissionais da Saúde	168	117	-	15	04	01	09	28	-	174
Profissionais da Área Técnico/administrativa e operacional	83	68	28	01	05	01	-	62	-	166
Profissionais em Cargo em Comissão	-	-	-	-	-	-	-	-	15	15
<b>TOTAL</b>	<b>476</b>	<b>292</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>02</b>	<b>23</b>	<b>164</b>	<b>15</b>	<b>561</b>

Fonte: Divisão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão.

Observações:

(i) Servidores concursados com base no Quadro de Cargos da Secretaria de Saúde criado pelas LM nº 2.646/98 e 2.713/98.

(a) nº de cargos criados pelas leis acima citadas.

(b) nº de cargos ocupados por servidores concursados efetivos do quadro.

(ii) Servidores concursados oriundos de outras Secretarias.

(iii) Servidores concursados estaduais municipalizados.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
201	

- (iv) Servidores concursados federais municipalizados.
- (v) Servidores adidos à Secretaria de Saúde.
- (vi) Contratações por prazo determinado mediante leis específicas n<sup>os</sup> 2.848/00, 3.020/01, 3.161/03, 3.342/05, 3.395/05 e 3.444/06.
- (vii) Servidores terceirizados mediante contratos/convênios firmados com entidades públicas e privadas.
- (viii) Cargos em comissão – base legal LM n<sup>o</sup> 2.646/98.

Os dados da Tabela 3 foram extraídos das planilhas ST-01.20, fornecidos pelo Setor de Pessoal da Secretaria de Saúde, e revelam que o Quadro de Pessoal total do Órgão constitui-se de 561 servidores, sendo composto de 292 servidores concursados efetivos; 29 oriundos de outras secretarias; 24 concursados estaduais municipalizados; 12 concursados federais municipalizados; 02 adidos; 23 contratados por prazo determinado; 164 terceirizados e 15 provimentos em cargos em comissão.

Na coluna (i) da Tabela encontram-se os servidores concursados e nomeados na forma de provimento efetivo, ocupantes de cargo ou emprego do quadro de cargos da Secretaria criada e alterado, respectivamente, pela LM n<sup>o</sup> 2.646/98 e 2.713/98, acerca do qual faz-se as seguintes considerações:

No que tange à Atenção Básica da Saúde, observa-se que apenas 36,28% dos cargos de médico estão providos, eis que no quadro de cargos da SMS existem 113 cargos criados e somente 41 estão providos.

Já com relação aos médicos de outras especialidades (não da Atenção Básica), a ocupação é de 45,83% dos cargos criados.

Relativamente aos profissionais de Odontologia e de Enfermagem, a ocupação dos cargos do quadro por servidores concursados é, respectivamente, de 75% e 65,63%. Concernente aos demais profissionais da área da saúde, como os técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, inspetor sanitário e outros, o percentual de provimento é de 69,64% do total de cargos criados.

Com relação ao cargo de Inspetor Sanitário, identificado na Tabela como outros profissionais da área da saúde, observou-se, através da listagem fornecida pelo setor de Recursos Humanos, que há 02 (dois) servidores além do número de cargos criados legalmente, haja vista que a Secretaria conta com 08 (oito) servidores no seu quadro funcional contra apenas 06 (seis) cargos criados por lei.

Idêntica situação verifica-se com o cargo de Motorista da área operacional, eis que o número de cargos criados por lei são 17, enquanto que o quadro funcional da Secretaria conta com 22 Motoristas, portanto, 29% acima do fixado no normativo legal.

Situação com maior discrepância dá-se com relação ao cargo de Operário Não-Especializado, igualmente da área operacional, visto que há uma grande disparidade entre



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
202	

o número de cargos criados por lei (12) e o número de servidores existentes no quadro funcional (26), representando um percentual de 116% além do fixado em Lei.

Observa-se, por fim, que a ocupação geral do Quadro de Cargos de provimento efetivo da SMS, instituído pelas Leis Municipais supracitadas, atinge o percentual de apenas 61,34%.

Outras considerações acerca do quadro de servidores da Secretaria da Saúde:

O quadro funcional da Auditada se compõe de 29 servidores originários de outras Secretarias, os quais, disponibilizados à Administração Municipal, foram lotados na SMS. Em algumas situações, porém, não há compatibilidade entre o cargo/emprego para o qual o servidor foi concursado e o que está desempenhando. Essa prática acaba apresentando algumas anomalias no exercício das atividades funcionais, configurando, dessa forma, o denominado desvio de função no serviço público. Segundo informação do Setor de Pessoal havia, por exemplo, uma servidora do cargo de Auxiliar de Educação Infantil exercendo funções como Telefonista na Unidade de Saúde São Lucas; um Pedreiro exercendo a função de Motorista de Ambulância; e dois Operários Não-Especializados, um exercendo a função de Motorista e outro exercendo as funções de Auxiliar Administrativo.

Quando da municipalização da saúde, os servidores do Estado e da União que à época trabalhavam nas Unidades de Saúde pertencentes ao Município de Viamão, mantiveram-se desde então até agora laborando nessas Unidades respaldados em legislação específica. Assim sendo, esses servidores foram considerados na aferição do Quadro de Pessoal Geral da Secretaria de Saúde, sendo 24 servidores municipalizados estaduais e 12 municipalizados federais.

O vínculo empregatício desses servidores é com os Governos Federal e Estadual conforme a situação de cada um. Assim, não integram a folha de pagamento da Secretaria da Saúde, restando a esta apenas a comunicação da efetividade mensal desse pessoal à esfera de governo correspondente.

O Quadro Geral da SMS conta também com 2 (dois) servidores adidos, sendo um eletricitista oriundo da Prefeitura de Porto Alegre e um Agente de Saúde Pública do Ministério da Saúde (FUNASA), ambos sem quaisquer ônus para os cofres do Município de Viamão no referente aos vencimentos do cargo.

O Quadro de Pessoal constitui-se também de 23 servidores contratados por prazo determinado, autorizados mediante leis específicas, retrocitadas, observando-se que todos são profissionais da área da saúde.

A Secretaria de Saúde possui 164 servidores terceirizados com base em contratos/convênios firmados com entidades públicas e privadas, agregados ao seu quadro funcional para o atendimento da demanda aos serviços de Saúde.

O efetivo total do Quadro da SMS completa-se com 15 CCs - profissionais no exercício de cargo em comissão.

A SMS não possui Política de Recursos Humanos nem Plano de Carreira,



Cargos e Salários para o seu quadro funcional. Segundo informação da Divisão de Recursos Humanos - Setor de Pessoal, houve um estudo iniciado em 2005 com vista à implementação de um plano geral para o Executivo Municipal, incluindo a Saúde, não tendo sido levado adiante, na forma de projeto-de-lei, em face do elevado impacto financeiro que causaria aos cofres municipais, tendo sido formulado, sem sucesso, no início de 2007.

Cabe mencionar a situação referente aos servidores que se encontram em licença de saúde e que após análise da documentação fornecida pelo Setor de Pessoal, verificou-se que a Secretaria contava, em dezembro de 2006, com 31 servidores em Licença de Saúde, sendo 16 cargos/empregos do quadro efetivo o que, frente ao total dos licenciados, estabelece uma equivalência entre servidores da área da saúde e da área técnico-administrativa e operacional.

A título informativo, destaca-se a quantidade de servidores que se encontram com maior tempo de licença:

**Tabela 4 – N° de Afastamentos por Licença de Saúde**

<b>Licença a contar do ano</b>	<b>N° de servidores</b>
2000	01
2002	04
2003	02
2004	05
2005	04

Fonte: Divisão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão.

## 2.2.5. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

### 2.2.5.1. Receitas Municipais

A análise das receitas municipais dos exercícios de 2003 a 2006, expostas na Tabela 5 abaixo, evidenciou que ocorreu um incremento nominal de 54% entre o primeiro e o último ano da série histórica consultada. Quando deflacionado pelo IGP-M se obtém um acréscimo real significativo de 30,06% no período considerado.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Disponível em: [http://www.fgvdados.com.br/bf\\_download.asp](http://www.fgvdados.com.br/bf_download.asp). Acesso em: 29/06/07. Número Índice de dezembro/2003 = 294,455; Número Índice de dezembro/2006 = 347,842. Fórmula: Variação =  $[(m2/m1) - 100]$ . Então,  $[(347,842/294,455)100] - 100 = 18,13\%$ . O percentual de 33,08% é obtido através da comparação da receita total do exercício de 2006 com a receita total de 2003, corrigida em 18,13%.

Nota da Equipe: essa metodologia foi utilizada em todos os cálculos que envolveram comparações de valores em termos nominais e reais, não sendo, dessa forma, necessário demonstrá-la em todas as oportunidades.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
204	

Os incrementos nominal e real das Receitas Tributárias foram de, respectivamente, 56% e 32,23% entre 2003 e 2006, apresentando variações um pouco maiores do que o das receitas totais. Nessa mesma linha o item Outras Receitas Correntes variou em termos nominais e reais, no mesmo período, 61% e 35,99%, respectivamente. Já a rubrica Transferências Correntes variou nominalmente os mesmos 54% das Receitas Totais entre 2003 a 2006 e, em termos reais, variou 30,12%, no mesmo período.

Cabe menção, o incremento significativo do déficit das receitas entre 2003 a 2006: em termos nominais variou 224% e em termos reais 173,98%, quando deflacionados pelo IGP-M.

**Tabela 5 – Evolução das Receitas Municipais - 2003 a 2006 – R\$ mil**

Receitas	2003	2004	Var. Perc. 2003/2004	2005	Var. Perc. 2004/2005	2006	Var. Perc. 2005/2006	Var. Perc. 2003/2006
<b>1. Receitas Correntes (1.1+1.2+1.3)</b>	<b>84.989</b>	<b>102.217</b>	<b>20%</b>	<b>119.527</b>	<b>17%</b>	<b>131.572</b>	<b>10%</b>	<b>55%</b>
1.1. Receita Tributária	7.515	10.129	35%	10.494	4%	11.739	12%	56%
1.2. Transferências Correntes	66.750	79.089	18%	97.025	23%	102.605	6%	54%
1.3. Outras Receitas Correntes	10.724	12.999	21%	12.008	-8%	17.228	43%	61%
<b>2. Receitas de Capital</b>	<b>647</b>	<b>1.513</b>	<b>134%</b>	<b>539</b>	<b>-64%</b>	<b>508</b>	<b>-6%</b>	<b>-21%</b>
<b>3. Deduções da Receita: FUNDEF</b>	<b>4.887</b>	<b>5.409</b>	<b>11%</b>	<b>7.035</b>	<b>30%</b>	<b>8.015</b>	<b>14%</b>	<b>64%</b>
<b>Total das Receitas (1 + 2 - 3)</b>	<b>80.749</b>	<b>98.321</b>	<b>22%</b>	<b>113.031</b>	<b>15%</b>	<b>124.065</b>	<b>10%</b>	<b>54%</b>
Déficit	1.729	-	-100%	-	NA	5.596	NA	224%
<b>TOTAL</b>	<b>82.478</b>	<b>98.321</b>	<b>19%</b>	<b>113.031</b>	<b>15%</b>	<b>129.661</b>	<b>15%</b>	<b>57%</b>

Fonte: TCE/SIAPC - Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas. Balancete Orçamentário da Receita, diversos exercícios.

Onde: NA – Não aplicável.

Ao se dividir as receitas totais do exercício de 2006 pela população de Viamão, desse mesmo ano, que era de 260.133 pessoas (FEE, acesso em 29/06/07), se obtém uma receita municipal *per capita* de R\$ 476,93. Quando comparada à receita municipal *per capita* de 2003 que era de R\$ 332,11, se constata um crescimento nominal de 43,61% e real de 21,57%.<sup>18</sup>

Verifica-se, pelo exposto, que o incremento da receita municipal total *per capita*, seja em termos nominais seja em termos reais, foi menor do que a variação das receitas totais, entre 2003 a 2006. Tal fato pode ser explicado pelo crescimento populacional de 6,99% entre 2003 e 2006, que acaba onerando sobremaneira a capacidade de investimento do Município, bem como, dado o perfil populacional de Viamão, sobrecarrega a demanda por ações e serviços públicos de saúde.

A Tabela 6 abaixo apresenta a execução orçamentária das Receitas Totais de Viamão entre 2003 a 2006. Constata-se que, à exceção do exercício de 2003, nos demais anos financeiros considerados, a realização da receita ocorreu, em média, apenas 71,11%<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Segundo FEE (Acesso 28/06/07) a população de Viamão era de 243.138 pessoas no exercício de 2003. O percentual de 21,57% é obtido através da comparação da receita *per capita* do exercício de 2006 com a receita *per capita* de 2003, corrigida em 18,13%.

<sup>19</sup> Média aritmética simples entre os percentuais dos exercícios de 2004 a 2006.



do orçado, o que pode significar falta de acuidade na preparação do orçamento municipal, com claros reflexos no planejamento das ações governamentais de Viamão e, também, das ações e serviços públicos de saúde.

**Tabela 6 – Percentual das Receitas Realizadas X Orçadas - 2003 a 2006**

<b>Exercício</b>	<b>Receita Orçada</b>	<b>Receita Realizada</b>	<b>Percentual Realizado/Orçado</b>
2003	89.412.000,00	80.749.400,46	90,31%
2004	135.600.000,00	98.320.529,72	72,51%
2005	159.182.000,00	113.031.418,64	71,01%
2006	177.700.000,00	124.065.127,76	69,82%

Fonte: TCE/SIAPC - Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas. Balancete Orçamentário da Receita, diversos exercícios.

A Tabela 7 abaixo evidencia os repasses financeiros do SUS das esferas Federal e Estadual para o Município entre 2003 a 2006, bem como a participação dessas transferências do SUS sobre as transferências totais.

Constata-se que o total das transferências do SUS sofreram um incremento nominal de 49% entre o primeiro e o último ano da série histórica consultada. Quando deflacionado pelo IGP-M se obtém um acréscimo real significativo de 26,28% no período considerado. Tais incrementos são um pouco menores do que as variações da receita total que, como visto acima, corresponderam em termos nominais e reais a 54% e 30,06%, respectivamente.

Por outro lado, a participação percentual dessas transferências do SUS frente ao total das transferências correntes ficou estabilizada em 7% entre 2003 e 2006, em consonância com a participação das transferências correntes frente às receitas totais, no mesmo período, que corresponderam a 83%.

Cabe menção, que o incremento das transferências do SUS, que montaram R\$ 7.326 mil no exercício de 2006, se deve, principalmente, aos repasses da União, que aumentaram em termos nominais e reais, respectivamente, 77% e 50,21% entre 2003 a 2006. Em sentido contrário, os repasses do SUS do Estado ao Município diminuíram, no mesmo período, 57% em termos nominais e 63,52% em termos reais, quando deflacionados pelo IGP-M.



**Tabela 7 – Participação das Transferências SUS s/ as Transferências Totais – 2003 a 2006 – R\$ mil**

Fonte	2003	2004	Var. Perc. 2003/2004	2005	Var. Perc. 2004/2005	2006	Var. Perc. 2005/2006	Var. Perc. 2003/2006
PAB Fixo	2.476	2.961	20%	3.144	6%	3.447	10%	39%
PAB Variável	935	1.076	15%	1.513	41%	1.727	14%	85%
Convênios	-	903	NA	390	-57%	-	NA	NA
Outras Transferências Fundo a Fundo	101	398	294%	36	-91%	1.058	2839%	948%
<b>Total Transferências SUS da União (1)</b>	<b>3.512</b>	<b>5.338</b>	<b>52%</b>	<b>5.083</b>	<b>-5%</b>	<b>6.232</b>	<b>23%</b>	<b>77%</b>
Convênios	-	-	NA	-	NA	-	NA	NA
Outras Transferências do Estado	738	305	-59%	288	-6%	318	10%	-57%
<b>Total Transferências SUS do Estado (2)</b>	<b>738</b>	<b>305</b>	<b>-59%</b>	<b>288</b>	<b>-6%</b>	<b>318</b>	<b>10%</b>	<b>-57%</b>
Remuneração de Depósitos Bancários	568	450	-21%	669	49%	592	-12%	4%
Receita de Outros Serviços de Saúde	93	139	49%	206	48%	184	-11%	98%
<b>Total Outras Receitas do SUS (3)</b>	<b>661</b>	<b>589</b>	<b>-11%</b>	<b>875</b>	<b>49%</b>	<b>776</b>	<b>-11%</b>	<b>17%</b>
<b>Total Transferências SUS (1) + (2) + (3)</b>	<b>4.911</b>	<b>6.232</b>	<b>27%</b>	<b>6.246</b>	<b>0,2%</b>	<b>7.326</b>	<b>17%</b>	<b>49%</b>
<b>Total Transferências Correntes</b>	<b>66.750</b>	<b>79.089</b>	<b>18%</b>	<b>97.025</b>	<b>23%</b>	<b>102.605</b>	<b>6%</b>	<b>54%</b>
<b>Receitas Totais</b>	<b>80.749</b>	<b>98.321</b>	<b>22%</b>	<b>113.031</b>	<b>15%</b>	<b>124.065</b>	<b>10%</b>	<b>54%</b>
<b>% Transferências SUS/Transferências Correntes</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>		<b>6%</b>		<b>7%</b>		
<b>% Transferências Correntes/Receitas Totais</b>	<b>83%</b>	<b>80%</b>		<b>86%</b>		<b>83%</b>		

Fonte: TCE/SIAPC - Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas. Balancete Orçamentário da Receita, diversos exercícios.

Onde: NA – Não aplicável.

#### 2.2.5.2. Despesas Municipais

A análise das despesas municipais do período de 2003 a 2006 presentes na Tabela 8, permite constatar que as Despesas Totais sofreram um incremento nominal de 57%.

As Despesas Correntes variaram 65% entre 2003 a 2006, portanto acima da variação das despesas totais do Executivo Municipal. Tal comportamento é explicado pela variação nominal de, respectivamente, 65% e 66%, das rubricas Despesas com Pessoal e Outras Despesas Correntes. Essas rubricas quando deflacionadas pelo IGP-M apresentaram acréscimo real significativo de 39,79% e de 40,14%, respectivamente, no período considerado.

Por outro lado, as despesas de capital variaram, apenas, 10% em termos nominais ou 7,27% negativos em termos reais, entre 2003 a 2006. Embora a rubrica Obras e Instalações tenha variado nominalmente 79% entre 2003 a 2006, o item Equipamentos e Material Permanente variou negativamente 47% em termos nominais no mesmo período.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
207	

**Tabela 8 – Evolução das Despesas Municipais - 2003 a 2006 – R\$ mil**

Despesas	2003	2004	Var. Perc. 2003/2004	2005	Var. Perc. 2004/2005	2006	Var. Perc. 2005/2006	Var. Perc. 2003/2006
<b>1. Despesas Correntes (1.1 + 1.2)</b>	<b>70.410</b>	<b>80.737</b>	<b>15%</b>	<b>96.301</b>	<b>19%</b>	<b>116.441</b>	<b>21%</b>	<b>65%</b>
1.1 Despesas com Pessoal	30.073	37.548	25%	44.667	19%	49.662	11%	65%
1.2 Outras Despesas Correntes	40.337	43.189	7%	51.634	20%	66.779	29%	66%
<b>2. Despesas de Capital (2.1 + 2.2 + 2.3)</b>	<b>12.068</b>	<b>14.163</b>	<b>17%</b>	<b>13.932</b>	<b>-2%</b>	<b>13.220</b>	<b>-5%</b>	<b>10%</b>
2.1 Obras e Instalações	3.190	5.735	80%	5.041	-12%	5.705	13%	79%
2.2 Equipamentos e Material Permanente	3.508	3.208	-9%	3.724	16%	1.860	-50%	-47%
2.3 Outras Despesas de Capital	5.370	5.220	-3%	5.167	-1%	5.655	9%	5%
<b>3. Reserva de Contingência</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>NA</b>	<b>-</b>	<b>NA</b>	<b>-</b>	<b>NA</b>	<b>NA</b>
<b>Total das Despesas 1+ 2 + 3</b>	<b>82.478</b>	<b>94.900</b>	<b>15%</b>	<b>110.233</b>	<b>16%</b>	<b>129.661</b>	<b>18%</b>	<b>57%</b>
Superávit	-	3.421	NA	2.798	-18%	-	100%	NA
<b>TOTAL</b>	<b>82.478</b>	<b>98.321</b>	<b>19%</b>	<b>113.031</b>	<b>15%</b>	<b>129.661</b>	<b>15%</b>	<b>57%</b>

Fonte: TCE/SIAPC - Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas. Balancete Consolidado da Despesa, diversos exercícios.

Onde: NA – Não aplicável.

Importa mencionar, analisando-se os dados das Tabelas 5 e 8, que de um superávit de R\$ 3.421 mil no exercício de 2004 passou-se para um déficit de R\$ 5.596 mil no exercício de 2006. Em termos absolutos, as receitas diminuíram R\$ 9.017 mil em apenas três exercícios, correspondentes a 7,27% das receitas totais de Viamão no exercício de 2006. Portanto, são fatos financeiros importantes ocorridos em sentidos contrários, que sinalizam indícios de desajustes, seja no planejamento ou na execução do orçamento.

A Tabela 9 abaixo registra as dotações iniciais, os créditos adicionais, a redução de dotação, o montante das despesas autorizadas, o percentual de créditos sobre a dotação inicial, o montante de despesa empenhada e o seu percentual sobre a despesa autorizada entre os exercícios de 2003 a 2006.

Os dados relativos à Dotação Inicial (Coluna 1 da Tabela 9) evidenciam o aumento nominal de 95,19% e de 65,24% em termos reais, entre 2003 a 2006. Da mesma forma, o total de créditos adicionais (Coluna 4) passaram de R\$ 30.264 em 2003 para 63.483 em 2006, apresentando um aumento nominal e real de, respectivamente, 109,76% e 77,57%, no período considerado. Essa elevada abertura de créditos adicionais montava em 2003 e 2004, respectivamente, 34% e 18% da dotação inicial e, depois de ter alcançado patamar o 12% no exercício de 2005, voltou a registrar nível altíssimo de 36% do total em 2006.

Cabe registrar o comando legal expresso na Lei Federal nº 4.320/64, art. 40, *caput*, que estabelece que os créditos adicionais são autorizações de despesa não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei de Orçamento.

A Tabela abaixo também apresenta a execução orçamentária das Despesas Totais de Viamão de 2003 a 2006. Constata-se que, a exceção do exercício de 2003, nos demais anos financeiros considerados, a despesa executada (critério empenhado) se deu,



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
208	

em média, equivalente, apenas, a 71,67%<sup>20</sup> da despesa autorizada, já computados os créditos adicionais e as reduções de dotação. Tal fato pode significar falta de acuidade na preparação do orçamento municipal, com claros reflexos no planejamento das ações governamentais de Viamão e também, não obstante, das ações e serviços públicos de saúde, objeto desta Auditoria Operacional.

**Tabela 9 – Créditos Adicionais e Despesa Empenhada - 2003 a 2006 – R\$ mil**

Exercício	Dotação Inicial (1)	Créditos Suplementares (2)	Créditos Especiais (3)	Total de Créditos (4) = (2)+(3)	Redução de Dotação (5)	Despesa Autorizada (6) = (1)+(4)-(5)	Despesa Empenhada (7)	% de Créditos/ Dotação Inicial (8) = (4)/(1)	% Desp. Empenhada/ Desp. Autorizada (9) = (7)/(6)
2003	89.412	29.988	276	30.264	28.441	91.235	82.478	34%	90%
2004	135.600	22.043	2.608	24.652	24.033	136.218	94.900	18%	70%
2005	155.724	18.279	380	18.659	18.279	156.104	110.233	12%	71%
2006	174.527	55.293	8.190	63.483	62.291	175.719	129.661	36%	74%

Fonte: TCE/SIAPC - Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas. Resumo de Totais, diversos exercícios.

A Tabela abaixo apresenta as despesas empenhadas na função 10 – Saúde, incluindo as subfunções 122, 128, 301, 302, 304 e 305. A Tabela apresenta, também, os totais das despesas da Função 10 - Saúde e do Executivo Municipal, incluindo a Função Legislativa, e a participação das despesas da SMS, relativa à função 10 – Saúde e à subfunção 301 – Atenção Básica, no total despendido por todo o Executivo Municipal, incluindo a Função Legislativa, no período selecionado de 2003 a 2006.

**Tabela 10 – Despesa Empenhada na Função Saúde - 2003 a 2006 – R\$ mil**

Função/Sub Função	2003	2004	2005	2006	Var. Perc. 2003/2006
10-122 Administração Geral	767	1.030	1.082	1.093	42,50%
10-128 Formação de Recursos Humanos	1	-	4	1	0,00 %
10-301 Atenção básica	8.262	10.348	15.200	17.332	109,78%
10-302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	525	887	723	470	-10,48%
10-304 Vigilância Sanitária	427	175	704	95	-77,75%
10-305 Vigilância Epidemiologia	-	-	-	82	NA
<b>Total Função 10</b>	<b>9.982</b>	<b>12.440</b>	<b>17.713</b>	<b>19.073</b>	<b>91,07%</b>
<b>Total Executivo (inclui a Função Legislativa)</b>	<b>82.478</b>	<b>94.900</b>	<b>110.233</b>	<b>129.661</b>	<b>57,21%</b>
<b>% das Despesas da Função 10 frente ao Total do Executivo (inclui a Função Legislativa)</b>	<b>12,10%</b>	<b>13,11%</b>	<b>16,07%</b>	<b>14,71%</b>	<b>21,57%</b>
<b>% das Despesas da Subfunção 301 frente ao Total do Executivo (inclui a Função Legislativa)</b>	<b>10,02%</b>	<b>10,90%</b>	<b>13,79%</b>	<b>13,37%</b>	<b>33,43%</b>

Fonte: TCE/SIAPC - Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas. Despesa Empenhada por Função de Governo, diversos exercícios. Critério despesa empenhada.

Onde: NA – Não aplicável.

Nota: Apenas foram consideradas as funções e subfunções da Unidade Orçamentária 01 -

<sup>20</sup> Média aritmética simples entre os percentuais dos exercícios de 2004 a 2006.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
209	

Fundo Municipal de Saúde. As outras Unidades Orçamentárias do Órgão 08 – Secretaria Municipal de Saúde, a saber, 02 – Fundo de Assistência Social e 03 – Assistência Atividade Meio, não foram consideradas por não terem relação com o objeto desta Auditoria Operacional.

As despesas empenhadas na Subfunção 301 – Atenção Básica apresentaram crescimento nominal de 109,78%, entre 2003 e 2006, e crescimento real (deflacionado pelo IGP-M/FGV) de significativos 77,58%, passando de R\$ 8.262 mil em 2003 para R\$ 17.332 mil no exercício de 2006. Tal crescimento é em muito superior, seja em termos nominais seja em termos reais, à variação das despesas totais que foi de 57,21% e de 33,08%, respectivamente.

Essas despesas frente ao total das despesas empenhadas do Executivo Municipal, incluindo a função legislativa, significavam 10,02% em 2003 e 13,37% em 2006, apresentando um aumento relativo de 33,43% na participação das despesas totais no período considerado.

Por outro lado, ao analisar-se o montante das despesas da Função 10 – Saúde, vê-se que entre 2003 e 2006, aumentaram 91,07% nominalmente ou 61,75% em termos reais, após deflação pelo IGP-M/FGV.

Essas despesas da Função 10 frente ao total das despesas empenhadas do Executivo Municipal, incluindo a função legislativa, significavam 12,10% em 2003 e 14,71% em 2006, aumentando sua participação relativa frente ao total das despesas do Executivo Municipal, em 21,57%, no período considerado.

Constata-se, dessa forma, a partir do exposto na Tabela 10, que houve incremento considerável, seja em termos nominais (91,07%), seja em termos reais (61,75%), no gasto com a Função Saúde e, principalmente, com a Atenção Básica, que variou 109,78% em termos nominais e 77,58% em termos reais, quando comparados às despesas totais do Executivo de Viamão, nas quais já está incluída a função legislativa, que variaram 57,21% em termos nominais e 33,08% em termos reais.

Ao se dividir as despesas com a função 10 – Saúde e com a Subfunção 301 – Atenção Básica do exercício de 2006 pela população de Viamão, desse mesmo ano, que era de 260.133 pessoas (FEE, acesso em 29/06/07), se obtém despesas *per capita* de R\$ 73,32 e R\$ 66,63, respectivamente. Por outro lado, as despesas com a função 10 e com a subfunção 301 *per capita* de 2003 eram, respectivamente, de R\$ 41,05 e R\$ 33,98. Quando essas despesas de 2003 são deflacionadas pelo IGP-M, se constata crescimento nominal de 78,61% e real de 51,20 % na função Saúde e um crescimento nominal de 96,09% e real de 65,99% na subfunção Atenção Básica, frente às despesas *per capita* de 2006.<sup>21</sup>

Digno de menção é o montante de recursos destinados a atividades de formação de recursos humanos que em 2003 montou R\$ 1.484,00 e em 2006 totalizou R\$ 1.330,00. Tais valores correspondem a írisórios 0,015% e a 0,007% do total da Função 10, respectivamente em 2003 e em 2006.

<sup>21</sup> Segundo FEE (Acesso 28/06/07) a população de Viamão era de 243.138 pessoas no exercício de 2003. O percentual de 21,57% é obtido através da comparação da receita *per capita* do exercício de 2006 com a receita *per capita* de 2003, corrigida em 18,13%.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
210	

Por fim, a Tabela 11 abaixo registra as dotações iniciais, os créditos adicionais, a redução de dotação, o montante das despesas autorizadas, o percentual de créditos sobre a dotação inicial, os montantes das despesas empenhadas e liquidadas e os respectivos percentuais sobre a despesa autorizada, entre os exercícios de 2003 a 2006, da Função Saúde.

Os dados relativos à Dotação Inicial (Coluna 1 da Tabela 11) evidenciam o aumento nominal de 54,60% e de 30,88% em termos reais, entre 2003 e 2006. Da mesma forma, o total de créditos adicionais (Coluna 2) passaram de R\$ 3.194 em 2003 para 6.379 em 2006, apresentando um aumento nominal e real de, respectivamente, 99,72% e 69,07%, no período considerado. Essa elevada abertura de créditos adicionais montava em 2003 17% da dotação inicial e, depois do pico de 29% no exercício de 2004, alcançou 22% em 2006 (Coluna 7).

**Tabela 11 – Créd. Adicionais e Despesa Empenhada/Liquidada na Função Saúde – 2003 a 2006 – R\$ mil**

Exercício	Dotação Inicial (1)	Créditos Adicionais (2)	Redução de Dotação (3)	Despesa Autorizada (4) = (1)+(2)-(3)	Despesa Empenhada (5)	Despesa Liquidada (6)	% de Créditos/Dotação Inicial (7) = (2)/(1)	% Desp. Empenhada/Desp. Autorizada (8) = (5)/(4)	% Desp. Liquidada/Desp. Autorizada (9) = (6)/(4)	% Desp. Liquidada/Desp. Empenhada (10) = (10)/(5)
2003	18.797	3.194	10.675	11.316	9.982	9.139	17%	88%	81%	91,55%
2004	24.271	7.019	7.235	24.055	12.440	11.960	29%	52%	50%	96,14%
2005	29.841	5.878	6.446	29.273	17.713	16.077	20%	61%	55%	90,76%
2006	29.061	6.379	3.688	31.752	19.073	17.947	22%	60%	57%	94,10%

Fonte: TCE/SIAPC - Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas. Balancete Orçamentário da Despesa, diversos exercícios.

Nota: Apenas foram consideradas as funções e subfunções da Unidade Orçamentária 01 - Fundo Municipal de Saúde. As outras Unidades Orçamentárias do Órgão 08 – Secretaria Municipal de Saúde, a saber, 02 – Fundo de Assistência Social e 03 – Assistência Atividade Meio, não foram consideradas por não terem relação com o objeto desta Auditoria Operacional.

As despesas empenhadas na Função 10 – Saúde (Coluna 8) representavam 88% em 2003 da despesa autorizada, sendo que esse percentual reduziu-se para 60% no exercício de 2006. Tal comportamento foi acompanhado pelas despesas liquidadas da Função 10 frente ao total das despesas autorizadas (Coluna 9) que representavam 81% em 2003, mas em 2006 montavam apenas 57% do total.

Finalmente, evidenciou-se na Tabela acima (última coluna) o percentual de realização das despesas liquidadas frente às despesas empenhadas. De 91,55% no exercício de 2003 passou para 94,10% em 2006.



### 2.2.5.3. Fundo Municipal de Saúde

O Fundo, conforme Lei Municipal nº 2.366/94, está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e tem como Coordenadores Contábil e Financeiro, segundo Portaria 1.813/05, o Sr. Prefeito Municipal, o Secretário Municipal da Fazenda e um Assistente Técnico, que ocupa cargo de Tesoureiro no Município.

Conforme informações obtidas, mediante entrevistas, a SMS não tem controle efetivo da parte financeira dos recursos do FMS, que fica a cargo da Secretaria Municipal da Fazenda.

Constatou-se, também, que não há um sistema eficiente de comunicação entre a SMS e a SMF, caracterizado pela demora no fluxo de solicitações de aquisições, não sistematização de envio de relatórios financeiros por parte da SMF e não rotinização de envio de extratos bancários das contas do Fundo, por parte da Tesouraria à SMS, que só são remetidos mediante solicitação.

Tais fatos ganham destaque quando se leva em conta a distância física entre esses Órgãos do Executivo Municipal de Viamão, pois a Secretaria Municipal da Fazenda está localizada na Prefeitura, no centro de Viamão, e a sede da Secretaria Municipal de Saúde, na Parada 44, distando uns 4 km do Centro. Cabe menção que, não raro, a SMS está com problemas de comunicação representada pela indisponibilidade de linha telefônica para contato e, eventualmente, não conta com *internet*, o que agrava sobremaneira o problema de comunicação, antes mencionado.

Em face do exposto, sugere-se que o gestor do Fundo passe a ser o Secretário Municipal de Saúde.

### 2.2.6. ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE DE VIAMÃO

São vários os indicadores utilizados para identificar o nível socioeconômico de um País, de um Estado ou de um Município, todos, de alguma forma, mesmo que indiretamente, indicam as condições de saúde da população, como o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, o grau de alfabetização, a porcentagem de habitações ligadas a redes de saneamento básico, etc.

Pessoas com maior renda têm, de modo geral, maior acesso aos serviços, e podem arcar mais facilmente com os custos de uma alimentação adequada, com a prática orientada de exercícios físicos e acesso a outras formas de lazer. A educação, por sua vez, aumenta a probabilidade de as pessoas terem conhecimento sobre hábitos saudáveis, cuidados com a própria saúde e, mesmo, sobre como e onde procurar o serviço de saúde quando necessário. Da mesma forma, condições sanitárias impróprias, também exercem um importante papel, pois podem favorecer a incidência de doenças infecciosas e parasitárias, dificultar a adoção de hábitos adequados de higiene pessoal, bem como facilitar a proliferação de vetores de doenças.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
212	

Entre os indicadores utilizados com mais frequência por terem relação com o estado de saúde de uma população, pode-se citar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Longevidade (IDH-M - Longevidade), a Esperança de Vida ao Nascer, a Mortalidade até 1 ano de Vida, Probabilidade de Sobrevivência até 60 anos, e o Número de Médicos Residentes por Mil Habitantes. Outro indicador que também guarda relação com o estado de saúde de uma população é a taxa de mortalidade.<sup>22</sup>

Outra forma de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, medida por um indicador indireto, é o percentual de óbitos por causas mal definidas em relação ao total de falecimentos. Esse é um indicador tradicional de qualidade da assistência, visto que não identificar adequadamente a causa de um óbito está relacionado, geralmente, à falta ou deficiências qualitativas e quantitativas tanto no sistema de informação quanto nos serviços de atenção à saúde de um modo geral.

A Tabela 12 apresenta indicadores selecionados que estão relacionados com o estado de saúde da população do Município de Viamão. São apresentados, também, os mesmos indicadores do Brasil e do Rio Grande do Sul. Com relação a esses indicadores selecionados, constata-se, como exposto na referida Tabela, que as três esferas governamentais estão obtendo, ao longo dos últimos anos, expressivos resultados que são decorrentes de esforços despendidos pela sociedade e por todas as esferas de governo.

---

<sup>22</sup> Cabe assinalar que a utilização da mortalidade como indicador de necessidades de serviços de saúde tem recebido inúmeras críticas, como a não existência de correlação significativa entre as taxas de mortalidade padronizadas e doenças agudas, por ser um indicador sensível unicamente quando as doenças infecciosas têm um peso significativo no total dos problemas de saúde e por não refletir a ampla gama de morbidades que pode apresentar um indivíduo no transcurso de sua vida. Em relação ao caso brasileiro, efetua-se outra crítica, pois as informações relacionadas com as taxas de mortalidade apresentam deficiências pela cobertura incompleta do sistema de informação, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e pelo sub-registro de óbitos (IPEA, 2002, p. 135).



**Tabela 12 – Indicadores Selecionados – BR, RS e Viamão – 1991 e 2000**

		1991	2000	Var. Percentual
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	Brasil	0,696	0,766	10,06
	RS	0,753	0,814	8,10
	Viamão	0,732	0,808	10,38
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Longevidade	Brasil	0,662	0,727	9,82
	RS	0,729	0,785	7,68
	Viamão	0,72	0,834	15,83
Esperança de Vida ao Nascer (anos)	Brasil	64,73	68,61	5,99
	RS	68,8	72,1	4,80
	Viamão	68,2	75	9,97
Mortalidade até 1 ano de Vida (por 1000 nascidos vivos)	Brasil	44,68	30,57	-31,58
	RS	22,59	16,31	-27,80
	Viamão	23,1	11,3	-51,08
Probabilidade de Sobrevivência até 60 anos	Brasil	70,92	77,63	9,46
	RS	77,23	83,86	8,58
	Viamão	76,35	88,14	15,44
Número de Médicos Residentes por Mil Habitantes	Brasil	1,02	1,16	13,73
	RS	1,23	1,55	26,02
	Viamão	0,09	0,31	244,44

Fonte: IPEA (2003). Os cálculos da variação percentual entre os anos selecionados foram elaborados pela Equipe de Auditoria.

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a posição de Viamão, no exercício de 2000, no ranking gaúcho e brasileiro, com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), era, respectivamente, 126 e 407. O IDH-M de Viamão é maior do que o IDH-M médio do Brasil, tanto no ano de 1991 quanto no exercício de 2000. Por outro lado, é menor do que o IDH-M médio do Rio Grande do Sul em ambos os exercícios selecionados, embora tenha apresentado maior variação percentual entre os anos de 1991 e 2000, diminuindo, com isso, o hiato existente entre as realidades municipal e estadual.

Da mesma forma, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Longevidade apresentou uma maior variação percentual entre os anos de 1991 e 2000, de 15,83%, quando comparados à variação desse subíndice do Brasil e do Estado. Assim, Viamão saiu de uma posição relativa inferior ao Estado em 1991 para uma posição melhor no exercício de 2000 frente aos dados do Brasil e do RS.

A esperança de vida ao nascer em Viamão era maior do que a média nacional, mas, menor do que a do Rio Grande do Sul no exercício de 1991. Entretanto, no ano de 2000 superou tanto a média nacional quanto a média gaúcha, chegando aos 75 anos.

Comportamentos idênticos, também, apresentaram a taxa de mortalidade até 1



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
214	

ano de vida (para cada mil nascidos vivos) e a probabilidade de sobrevivência até 60 anos que eram piores do que os das médias gaúchas, mas melhores do que os das médias nacionais no exercício de 1991. Porém, no ano de 2000 superaram tanto a média nacional quanto a média gaúcha, chegando à taxa de mortalidade até 1 ano de vida de 11,3‰ e à probabilidade de 88,14 de uma criança recém-nascida viver até os 60 anos se o nível e padrão de mortalidade, por idade, prevalentes em 2000, permanecerem constantes ao longo da vida.

Cabe mencionar o significativo decréscimo das taxas de mortalidade até 1 ano de vida do Brasil, do Rio Grande do Sul e de Viamão, entre 1991 e 2000, que caíram, respectivamente, 31,58%, 27,80% e 51,08%.

Mesmo com uma variação positiva de 244,44% entre 1991 e 2000, o número de médicos por mil habitantes em Viamão é, em muito, menor do que os mesmos indicadores do País e do Estado, correspondendo a, apenas, 0,31 médicos por mil habitantes.

Outro indicador que também guarda relação com o estado de saúde de uma população é a taxa de mortalidade (não demonstrado na Tabela 12). O Brasil manteve inalterada a taxa de mortalidade (por mil habitantes) em 5,7‰ entre 1997 e 2003. Contrariamente, o Rio Grande do Sul apresentou leve aumento na taxa de mortalidade (por mil habitantes) de 6,6‰ em 1997 para 6,8‰ em 2003. O Município de Viamão apresentou esse mesmo comportamento na taxa de mortalidade, pois passou 5,9‰ em 1997 para 6,3‰ em 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 22/08/06).

Outra forma de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, medida por um indicador indireto, é o percentual de óbitos por causas mal definidas em relação ao total de falecimentos (não demonstrado na Tabela acima). Viamão, a exemplo do Rio Grande do Sul que registrou aumento de 5,4% em 1997 para 6,5% em 2003, apresentou significativo aumento do percentual de óbitos por causas mal definidas de 1,9% em 1997 para 7,0% em 2003, movimento contrário ao do País cujo percentual reduziu de 14,7% em 1997 para 13,3% em 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 22/08/06). Essa diferença apresentada entre as esferas governamentais pode estar relacionada à qualidade do registro das causas das mortes.

Por outro lado, a Tabela 13 apresenta indicadores de desempenho que foram pactuados pelo Município junto ao Estado, no instrumento denominado Pacto pela Saúde:



**Tabela 13 – Indicadores Seleccionados do Pacto pela Saúde**

Indicadores	METAS					
	Realizado			Pactuado		Port. 91/2007 (i)
	2004	2005	2006	2006	2007	2007
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	0,41 hab/ano	0,63 hab/ano	0,45 hab/ano	0,70 hab/ano	0,70 hab/ano	1,5 hab/ano
Coefficiente de mortalidade infantil ou número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano	13,70%	12,17%	14,80%	12%	12%	NA
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	42,70%	73,58%	86,75%	90%	100%	75%
Cobertura da primeira consulta odontológica programática	5,17%	5,81%	4,51%	5%	5%	30%
Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)	0,33%	3,54%	9,20%	5,37%	10%	43%

Fonte: Relatório “Indicadores do Pacto pela Saúde 2007 – Pactuação Estado – Municípios” fornecido pela Auditada.

OBS:

(i) Metas referência presentes na Portaria GM/MS nº 91/2007, que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde.

NA - não aplicável, pois a meta referência da Portaria nº 91/2007 é para municípios com menos de 80 mil habitantes.

Com exceção do coeficiente da população coberta pelo PSF, cujo indicador registrado foi melhor do que o pactuado para o exercício de 2006, os demais foram piores dos que foram acordados com o Estado para esse ano. Em comparação com as metas referência da Portaria GM/MS nº 91/2007, os indicadores alcançados por Viamão, no ano de 2006, exceto a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, foram, em muito, piores.

A partir de dados compilados pela Divisão de Informação em Saúde – DIS, setor da SMS, relativos à produção ambulatorial do Município englobando mais de 330 tipos de procedimentos com a produção das unidades e serviços públicos e privados de saúde, foram seleccionados 25 casos relativos às Unidades de Saúde públicas municipais para ilustrar a magnitude da área nos exercícios de 2005 e 2006 (Anexos II e III p. 113 e 114, respectivamente).<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Das 20 Unidades de Saúde listadas na Tabela 1 acima, não constaram os dados relativos a produção ambulatorial das UBS Canta Galo – Curral da Macega e UBS Indígena Karai Jekupé – Estiva. A primeira,



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
216	

Tais dados são compilados a partir das Fichas de Atendimentos Ambulatoriais FAA's –, que devem ser emitidas nas unidades de saúde a cada prestação de serviço realizada. Nessas FAA's constam os procedimentos, o tipo de atendimento prestado, a idade, o grupo de atendimento, a atividade profissional do profissional de saúde que realizou a prestação do serviço. Essas FAA's são somadas e transcritas em dois formulários, um para o atendimento de atenção básica e outro relativo a atenção não-básica, que geram o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA magnético que, posteriormente, alimenta o *site* do Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, do Datasus.

Essas fichas de atendimento ambulatorial têm até 4 (quatro) meses para serem alimentadas no sistema SIA/SUS, a partir do fato gerador. Cabe menção que, segundo informações fornecidas pela Auditada, não são raros os casos de sub-registros originados a partir do não-preenchimento das FAA's nas unidades e serviços de saúde, do não-envio dessas fichas ao Setor responsável pela compilação dos dados ou, ainda, pelo envio extemporâneo das FAA's. Assim, os dados podem não representar fidedignamente a produção ambulatorial de Viamão, em determinado período.

No exercício de 2005 foram mais de 203 mil procedimentos, sendo 47.748 consultas em clínica médica, 11.713 consultas com ginecologista, 28.201 consultas com pediatra e 11.546 consultas médicas da Estratégia da Saúde da Família. Chama a atenção, também, a realização de mais de 33.800 curativos em pacientes e as 5.670 coletas de material para exames citopatológicos (Anexo II, p. 113).

Já em 2006 esses mesmos 25 tipos de procedimentos selecionados de 18 Unidades de Saúde Municipal montaram mais de 193 mil atendimentos, sendo 48.451 consultas em clínica médica, 13.186 consultas em ginecologia, 28.126 consultas em pediatria e 18.818 consultas médicas da Estratégia da Saúde da Família, apresentando um aumento significativo, de quase 63%, frente ao exercício de 2005 (Anexo III, p. 114).

Concluindo, os números apresentados traduzem, de forma objetiva, os esforços coletivos pela melhoria do sistema e das condições gerais de saúde dos brasileiros. Apesar dos avanços obtidos, em específico Viamão, as ações e serviços em saúde ainda deixam muito a desejar, dada a existência de deficiências qualitativas e quantitativas, tanto no sistema de informação quanto nos serviços de atenção à saúde de um modo geral.

São desafios que ainda não foram superados, situações em que mesmo sendo patente o progresso, este ainda não alcança a intensidade necessária. Desafios que têm repercussão no perfil das demandas por políticas públicas que devem ser proporcionadas pelo Estado, já que se exige disponibilidade de maiores e mais onerosos recursos, com reflexo na rede de serviços existente. Representa, ainda, um desafio à sociedade, dada a necessidade de ações efetivas que garantam a qualidade de vida dessa população e estabeleçam canais de acesso à real participação e inclusão social.

---

por que os atendimentos relativos a sua população foram realizados por Unidades Móveis, dessa forma os procedimentos foram somados a produção das mesmas. Já a segunda foi inaugurada no exercício de 2007.



### **3. QUESTÕES DE AUDITORIA – ACHADOS E RECOMENDAÇÕES**

#### **3.1. Organização e Estrutura da SMS para Atender a Atenção Básica**

##### **3.1.1. DEFICIÊNCIA NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

A Auditada não possui um processo de planejamento sistematizado, tecnicamente fundamentado, e orientado por políticas públicas que expressem o nível de consenso em torno de objetivos e metas que fortaleçam a atuação municipal na área de saúde, em específico, na Atenção Básica.

A definição de diretrizes de gestão e o conseqüente estabelecimento dos programas de ação se dá de forma vaga e pouco sistematizada. As políticas definidas para a ação governamental na Atenção Básica caracterizam-se, no geral, por um baixo grau de aderência às peças orçamentárias municipais, pela falta de consenso acerca dos objetos de ação, pela inexistência de circuitos sistematizados de tomada de decisões, e pela ausência de vias de participação e escolha de alternativas de ação por parte da população interessada. Elaboradas de forma desvinculada de um processo participativo de decisão, as prioridades formuladas para a ação governamental carecem de pré-condições para uma gestão planejada.

Planejar significa organizar um esforço sistemático no sentido de identificar e escolher alternativas operacionais que viabilizem o cumprimento da sua missão, que é coordenar e executar a Atenção Básica, no âmbito municipal, necessitando detalhar programas e atividades, como recursos necessários, meios, alternativas de ação, e, para tanto, a análise situacional, a formulação de objetivos, diretrizes e metas, e o conhecimento da demanda espontânea são etapas primárias nessa fase do processo contínuo de tomada de decisão.

A atuação na saúde, conforme informação colhida na Secretaria, encontra-se descrita no Plano Municipal de Saúde, sendo que o mesmo é elaborado com os subsídios tanto do Departamento de Atenção à Saúde sobre a Atenção Básica, quanto pelo Departamento de Vigilância em Saúde, no que tange aos programas e ações de promoção da saúde e prevenção da doença, através das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

O Plano Municipal de Saúde em vigor é o do quadriênio 2006-2009 que, segundo informações obtidas junto à Secretaria, foi elaborado com base no Plano Municipal de Saúde de junho de 2003 (com previsão de aplicação até dezembro de 2005). Há que se ressaltar que, na verdade, esse Plano não pode ser considerado como tal, eis que somente faz um apanhado de intenções realizado de forma precária e sucinta.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
218	

Esse PMS é incompleto comparativamente aos modelos propostos pelo Ministério da Saúde e insuficiente para o planejamento das ações e serviços públicos de saúde. Não há definição de diretrizes de gestão, com a conseqüente delimitação de estratégias e de prioridades de atuação, de objetivos, que descrevam a situação a ser alcançada, e de metas, que são a expressão quantitativa de um objetivo a ser atingido no período.

Conforme evidências obtidas nas entrevistas, no que tange a esse aspecto, ficou claro que para a feitura desse Plano Municipal de Saúde não houve participação efetiva de todos os setores e servidores que atuam na saúde. Tal fato se configura como nítido prejuízo na elaboração do Plano, pois deixa de contar com dados, informações e sugestões importantes de profissionais inseridos diária e diretamente na saúde que, por certo, contribuiriam sobremaneira para a produção de um Plano mais consistente e legítimo, suportado num melhor embasamento das reais necessidades e carências existentes na saúde como um todo. Propiciaria, também, maior conhecimento das diretrizes, dos objetivos e metas constantes do Plano aos que atuam direta ou indiretamente na saúde, tendo, como conseqüência, um maior engajamento por parte dos servidores quando da execução das ações da saúde.

Questionada a respeito da Programação Anual de Saúde, a Auditada, mediante informação verbal obtida no Departamento de Apoio Administrativo da SMS, relata que não vem elaborando tal instrumento que serve para operacionalizar as intenções do PMS.

Vale destacar que a Portaria GM/MS nº 3.332/06 visa dar orientações relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, composto pelo Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e pelo Relatório de Gestão. Segundo essa Portaria, a formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por conseqüência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população. (Vide quadros esquemáticos dos tempos e movimentos na elaboração dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS nos Anexos IV e V, p. 115 e 116, respectivamente).<sup>24</sup>

O Plano de Saúde é o instrumento básico que norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde. O Plano de Saúde deve apresentar a análise situacional, as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. É instrumento referencial no qual devem estar registradas as necessidades e peculiaridades próprias de cada ente federado, configurando-se como a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde, devendo ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde.

Nesse encadeamento os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de

---

<sup>24</sup> Cabe citar as Portarias GM/MS nº 3.085/06, de 1º/12/06, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, a Port. GM/MS nº 376/2007, de 16/02/07, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS e a Port. GM/MS nº 1.229/07, de 24/05/07, que aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
219	

Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

A Programação Anual de Saúde deve conter a definição das ações que no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação. A Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Por fim, o Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. O Relatório deve conter: o resultado da apuração dos indicadores; a análise de execução da programação (física e orçamentária/financeira); e as recomendações tidas como necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação, etc.). Esse Relatório serve, também, como instrumento das ações de auditoria e de controle, devendo ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde, até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

Saliente-se que os Relatórios de Gestão são insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde quando termina o seu período de vigência, servindo como um excelente subsídio para a elaboração do novo Plano de Saúde. Essa avaliação, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c, p. 49).

Por outro lado, a Secretária Municipal da Saúde desconhece a Demanda Espontânea, conforme informação contida no Ofício nº 051/2007, porque não há na Secretaria registros sobre toda a procura por serviços de saúde, nos quais estejam incluídos todos os usuários atendidos e não-atendidos.

A Demanda Espontânea se constitui num dado importante para o planejamento, pois através dela serão conhecidas as carências existentes nos serviços de saúde, podendo a Secretaria usar esses dados como subsídio para realizar estudos de viabilização das ações que venham a atender total ou parcialmente essas necessidades, mediante a inserção nos Planos Municipais de Saúde elaborados a cada quadriênio. Esses registros, ou seja, as anotações de toda a demanda dos usuários, tornam-se de extrema importância para a organização e o planejamento dos serviços municipais, pois, entre outras evidências, devem nortear os gestores na administração e na aplicação dos recursos públicos.

A análise documental e as entrevistas realizadas dão conta de que a atual estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde não dá suporte à consecução dos objetivos e metas da saúde, dificulta o fluxo das informações e a implementação de decisões, percebendo-se, ademais, que os instrumentos utilizados não são suficientes e



adequados para o planejamento das ações e serviços públicos de saúde.

Pode-se identificar as causas desse deficiente sistema gerencial, basicamente, pelos seguintes aspectos: falta de cultura de gestão e de planejamento; falta de mais entrosamento com os objetivos e atividades da Secretaria por parte do Gestor; descontinuidade administrativa do gestor e, ainda, a não-participação dos coordenadores, assessores e membros do CMS na tarefa de planejar as ações e serviços de saúde, o que, entre outros prejuízos, resulta na falta de engajamento e comprometimento daqueles que trabalham na execução do Plano, elaborado para o atendimento à saúde municipal.

Como conseqüência dessa falta de planejamento, os coordenadores de área, nas entrevistas realizadas, afirmaram que vem ocorrendo a cultura do “apaga incêndio” para a solução de problemas surgidos durante a execução do “Plano”. Tais fatos impossibilitam, também, a mensuração da eficácia e da eficiência da gestão municipal da saúde e, em específico, da Atenção Básica.

Salienta-se, por fim, que os fatos acima citados inviabilizaram que a Equipe de Auditoria realizasse análise de desempenho sobre a prestação dos serviços de saúde ofertados à comunidade.

### **RECOMENDAÇÕES (R 1 a R 7)**

R 1. Implementar sistema de registro de todas as solicitações de serviços feitas pelos usuários, como consultas médicas, procedimentos, solicitação de medicamentos, remoções atendidas ou não, etc., bem como, toda a procura seja registrada independentemente de ser ou não atendida nas Unidades de Saúde do Município, a fim de que possa ser conhecida a Demanda Espontânea, a qual é de vital importância para nortear o planejamento dos programas e ações de saúde, tanto no que se refere à promoção quanto à prevenção da saúde pública municipal.

Cabe registro, como visto na seção 2.2.1., com base em pesquisa do CONASS (2003), que os usuários exclusivos do SUS eram em proporção de 28,6% da população do País. Tal dado quando extrapolado para Viamão corresponderia a mais de 74.000 potenciais usuários dos serviços da Atenção Básica no Município, justificando, assim, a mensuração da demanda espontânea.

R 2. Buscar subsídios para o planejamento das ações e dos serviços de saúde com os membros do CMS (representantes da sociedade civil), com os funcionários da SMS, com os assessores e coordenadores de programas, para elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual, de acordo com o Modelo de Gestão e o Modelo de Atenção, definindo e corrigindo estratégias e estabelecendo metas. Considerar, também, os itens da Programação Pactuada Integrada – PPI, e dar um destaque especial aos indicadores do Perfil Municipal de Saúde: indicadores de Avaliação de Atenção Básica, Indicadores da Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças e os Indicadores Financeiros que podem ser coletados diretamente na Secretaria de Fazenda.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
221	

Assim, entende-se que no processo formal de planejamento há que se propiciar a todos os atores acima mencionados a identificação e a escolha de alternativas operacionais que viabilizem o cumprimento da missão constitucional da Secretaria Municipal de Saúde. Dessa forma, deve-se observar a seqüência abaixo de acordo com as necessidades da sua realidade municipal e, de posse de suas estimativas de receita, estabelecer metas e estratégias para sua realização:

**PLANEJAMENTO ► PLANO DE SAÚDE ► PPA ► LDO ► LOA ►  
PROGRAMAÇÃO ANUAL ► RELATÓRIO DE GESTÃO**

R 3. Elaborar Plano Municipal de Saúde, consentâneo com o PPA municipal, identificando problemas e prioridades de intervenção para implementar soluções; identificar os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória; estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas; identificar os responsáveis pela execução; definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.

R 4. Elaborar de forma sistematizada a Programação Anual de Saúde, tendo como base a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde, contendo as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano, assim como sejam apresentados os indicadores para o seu monitoramento. Definir os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer para o alcance dos objetivos.

R 5. Implementar sistema gerencial utilizando-se de uma base de dados históricos da atenção básica e de informações tempestivas, fidedignas e consistentes, que permitam ao gestor a administração, o acompanhamento e a tomada de decisões, visando o melhor uso dos recursos humanos, materiais e financeiros na busca do máximo de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade no desempenho das tarefas da Secretaria.

R 6. Propiciar, nos diversos ambientes de trabalho da Secretaria, o sentimento de engajamento dos servidores nas tarefas por eles desempenhadas, através do domínio sobre todas as atividades do Órgão e do entrosamento com a missão da Secretaria de Saúde na prestação de seus serviços. O engajamento pode ser motivado mediante participação efetiva na elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual em Saúde.

R 7. Oportunizar condições adequadas ao Conselho Municipal de Saúde, seja no fornecimento tempestivo e consistente de informações, seja submetendo à apreciação e à aprovação do Plano de Saúde, para que, como representante da população, possa cumprir seu papel legal de controlador e fiscalizador, tanto no que se refere à aplicação dos recursos públicos destinados à saúde quanto no cumprimento das tarefas de competência e de responsabilidade da Secretaria de Saúde.

Cabe salientar, ainda, que em função dos deveres e obrigações previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal, que vigora desde o ano de 2000, os gestores municipais devem preparar-se para administrar suas finanças, dispor de controles mais apurados sobre suas



receitas e despesas, realizar previsões e fazer acompanhamento de todas as realizações de suas metas de forma responsável, o que pressupõe ações planejadas e transparentes, em que se previne riscos e se corrige desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas e resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange à renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar (LRF, art. 1º, §1º).

Por oportuno, sugere-se que se tome conhecimento do Plano Municipal de Saúde de Alcântara/MA em vigor, relativo ao quadriênio de 2005-2008, no *site* do Ministério da Saúde, em razão de constituir-se num modelo a ser adotado, pela sua completeza na apresentação dos elementos necessários e básicos para um Plano de Saúde.<sup>25</sup>

### 3.1.2. DEFICIÊNCIA DAS PEÇAS ORÇAMENTÁRIAS

A análise do Plano Plurianual do quadriênio 2002-2005, Lei n.º 2.994/2001, evidenciou que essa peça orçamentária foi inadequada como instrumento de planejamento, por ter se apresentado de forma genérica, sem o estabelecimento de metas anuais e de indicadores de desempenho necessários para monitorar as ações do Governo.

Por outro lado, conforme informações da Contadoria Municipal e do Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, o Plano Plurianual do quadriênio 2006-2009, Lei n.º 3.429/2005, bem como as Leis de Diretrizes Orçamentárias n.º 3.287/2005 e n.º 3.430/2005, referentes aos exercícios de 2005 e 2006, embora contenham metas anuais e indicadores de desempenho, não têm aderência à realidade de Viamão, não servindo para avaliar as ações e os serviços de saúde municipal, caracterizando-se como “inconsistentes”.

Segundo informações desses mesmos setores do Executivo Municipal, essas peças orçamentárias foram elaboradas apenas para cumprimento de formalidades legais. Informaram, também, que não há setor/servidor responsável pelo controle da execução dos Planos Plurianuais e das Diretrizes Orçamentárias no Município e, tampouco, há emissão de relatório de avaliação dessas peças orçamentárias.

Exemplificativamente, consta no PPA 2006-2009, dentro do Programa 0144 – Atenção Básica, a ação 141 – Capacitação de Profissionais da Saúde, cuja meta física para o exercício de 2006 era de 100% dos profissionais capacitados, com destinação de recursos de R\$ 10.000,00, sem especificar o tipo de qualificação planejada, os objetivos decorrentes e os indicadores de desempenho relativos à efetividade da capacitação correspondentes. Considerando, como visto acima na subseção 2.2.4.3., os 380 profissionais da área técnica

<sup>25</sup> Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_mun\\_alcantara.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_mun_alcantara.pdf). Acesso em 13/04/07.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
223	

da SMS, e não levando em conta os servidores da área administrativa e os detentores de cargos em comissão, havia R\$ 26,32/*per capita* no exercício de 2006 para capacitação.

Entretanto, os dados contidos no Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas (SIAPC), deste TCE, indicam que o Município de Viamão aplicou, em 2006, apenas R\$ 1.300,00 na rubrica Capacitação de Profissionais da Saúde, e a análise do histórico dessa despesa indica que o gasto se destinou ao Departamento de Apoio Administrativo – DAA da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, os profissionais da saúde, ou seja, os que estão diretamente envolvidos com as ações e serviços de saúde, não tiveram qualquer capacitação, ao longo do exercício de 2006, que onerasse o Executivo Municipal. Mesmo que essa despesa tivesse sido liquidada e paga em prol da capacitação desses profissionais, o valor *per capita* teria sido de R\$ 3,42, ficando notório que muito pouco se pode fazer em matéria de capacitação dos recursos humanos que devem prestar serviços de qualidade e resolutividade.

Outro exemplo é o que constou na LDO de 2005 no Projeto/Atividade 2058 – Capacitação de Profissionais da Saúde, ação 290, que consistia em “Desenvolvimento e Capacitação de Pessoal”, cujo produto era “Profissionais Capacitados”, com meta 100%. Entretanto, os recursos destinados foram de apenas R\$ 2.300,00, também sem especificar o tipo de qualificação planejada, os objetivos decorrentes e os indicadores de desempenho relativos à efetividade da capacitação correspondentes. Ou ainda, o Projeto/Atividade 1026 – Aquisição de Equipamento e Material Permanente para a Saúde, ação 294, que consistia em “Implantação de Sistema de Informatização na Rede”, cujo produto era “Unidades e Serviços Informatizados”, com meta de 100%. Entretanto, como visto no Achado 3.1.7., ainda não há rede informatizada entre as Unidades de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde e em algumas unidades não há sequer computadores para registrar os atendimentos ou manter controle sobre o estoque de medicamentos.<sup>26</sup>

Assim, também, pode-se citar que no exercício de 2006, constou na LDO, Lei nº 3.430/2005, o Programa 0220 – Assistência Farmacêutica, ação 140, cujo objetivo era “Garantir o acesso da população a medicamentos básicos”. Embora recursos orçamentários tenham sido destacados no valor de R\$ 810.000,00 e fixado meta relativa ao número de pessoas atendidas (igual a 100.000 pessoas), não havia indicador final expresso quantitativamente. Da mesma forma, o Programa 0221 – Saúde da Família, ação 149, cujo objetivo era o “Fortalecimento e Estruturação, projeto de expansão do programa saúde da família, da rede de Atenção Básica”, tinha como meta 31 equipes contratadas e o valor de R\$ 1.882.472,00. Entretanto, conforme informações da SMS, corroboradas por dados do Ministério da Saúde<sup>27</sup>, o exercício de 2006 apresentou um incremento de seis equipes implantadas, passando de duas em janeiro para oito em dezembro desse ano, sem, contudo,

<sup>26</sup> Consulta ao SIAPC do exercício de 2005, a partir da descrição desses projetos/atividades, pois não havia correspondência entre o código numérico presente nesse banco de dados corporativos do TCE e o constante na LDO de 2005, evidenciou que foram empenhados/liquidados/pagos R\$ 4.200,00 para Capacitação de Profissionais da Saúde e R\$ 0,00 para Implantação de Sistema de Informatização na Rede.

<sup>27</sup> Conforme relatório “Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família”, do MS/SAS/DAB (disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza\\_cadastro\\_ret.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php); acesso em: 11/07/07).



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
224	

ter atingido a meta estabelecida.<sup>28</sup>

Essas peças orçamentárias, deveriam possuir caráter indicativo e não normativo, porém foram elaboradas de modo genérico e sem definição de indicadores de desempenho necessários para monitorar a ação da Gestão Pública. Na medida em que não se utilizam e não se valorizam esses instrumentos de planejamento e controle, perdem sua credibilidade e utilidade plena, prejudicando, assim, a administração pública.

Esses fatos evidenciam falhas na elaboração do processo orçamentário, inviabilizando a análise de desempenho do Órgão, traduzindo-se em perda de qualidade das informações financeiras, não possibilitando o planejamento e o acompanhamento das despesas incorridas ao longo do tempo, inviabilizando a análise e interpretação dos resultados econômicos e financeiros. Tampouco, servem de instrumento de controle interno e de gerência, uma vez que não permite a mensuração de aspectos relacionados à eficiência dos recursos e à eficácia na obtenção das metas propostas pela gestão. Tais fatos também prejudicam a efetividade do controle social.

O Plano Plurianual é o instrumento de planejamento estratégico das ações de um município, contemplando um período de quatro anos. Por ser o documento de planejamento de médio prazo, dele se derivam as Leis de Diretrizes Orçamentárias e as Leis de Orçamento Anuais.

*O Plano Plurianual define as diretrizes, os objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Estas despesas serão planejadas através das ações que integrarão os Programas de PPA, à exceção do serviço da dívida (amortização e encargos) e de outros encargos especiais, bem como da reserva de contingência.*

*A Lei de Diretrizes Orçamentárias compreenderá as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente, orientando a elaboração da Lei Orçamentária Anual.*

*A Lei Orçamentária Anual proverá os recursos necessários para cada ação constante da LDO. (VAINER, ALBUQUERQUE & GARSON, 2005, p. 17).*

Cabe menção que a Lei de Responsabilidade Fiscal reforçou a necessidade de articulação entre as peças orçamentárias, o PPA, a LDO e a LOA, na medida em que a execução das ações governamentais passa a estar condicionada à demonstração de sua

---

<sup>28</sup> Consulta ao SIAPC do exercício de 2006, a partir da descrição desses projetos/atividades, pois não havia correspondência entre o código numérico presente nesse banco de dados corporativos do TCE e o constante na LDO de 2006, evidenciou que foram empenhados, liquidados e pagos, respectivamente, R\$ 544.100,78, R\$ 505.397,66 e R\$ 367.993,42 (correspondendo a 45,43% do valor presente na LDO) para a Assistência Farmacêutica. Por outro lado, foram empenhados R\$ 19.700,00 e liquidados/pagos R\$ 7.940,00 (correspondendo a 0,42% do valor presente na LDO) na rubrica Implementação do Programa de Saúde a Família, no exercício de 2006.



compatibilidade com esses instrumentos.

A elaboração de processo orçamentário propicia o confronto do programado/orçado com os atendimentos efetivos, custos incorridos e recursos humanos utilizados. Essa comparação serve para demonstrar os avanços e as dificuldades encontradas, bem como embasar proposições para superá-las, objetivando fazer medições, correções e possibilitar a construção de indicadores de desempenho do Órgão.

### **RECOMENDAÇÕES (R 8 a R 13)**

R 8. Elaborar as peças orçamentárias com a indicação de metas e prioridades, bem como os resultados esperados, de forma clara e objetiva, expressando, inclusive, os valores monetários a serem incorridos em cada exercício financeiro, além do estabelecimento de indicadores de desempenho que servirão para monitorar a ação governamental. As peças orçamentárias, assim elaboradas, objetivam o planejamento e o controle efetivo das ações e serviços públicos de saúde de Viamão como um todo e, com isso, a melhoria e agilização no processo de gestão e na tomada de decisão, execução e avaliação dos resultados, mediante critérios de eficiência e eficácia, bem como o controle e o processo de divulgação da gestão realizada.

R 9. Reformular os indicadores de desempenho que não se mostrem adequados à mensuração dos objetivos declarados para os respectivos programas e elaborar indicadores para os programas onde não se acham previstos.

R 10. Capacitar os responsáveis pela elaboração e implementação dos programas de governo, no sentido de dar consistência às metas físico-financeiras das ações, bem como, que haja aderência à realidade municipal.

R 11. Adotar sistemática de monitoramento das peças orçamentárias, seja o PPA, a LDO ou LOA. O monitoramento consiste no processo de acompanhamento da execução das ações dos programas, visando à obtenção de informações para subsidiar decisões, bem como a identificação e a correção de problemas.

R 12. Avaliar periodicamente os resultados pretendidos com as peças orçamentárias e o processo utilizado para alcançá-los. A avaliação das peças orçamentárias buscará aferir até que ponto as estratégias adotadas e as políticas públicas desenvolvidas atendem as demandas da sociedade, que devem nortear a elaboração dos programas e ações integrantes das peças orçamentárias (VAINER, ALBUQUERQUE & GARSON, 2005. p. 20).

R 13. Elaborar semestralmente relatório informativo acerca do monitoramento e da avaliação realizada nas peças orçamentárias, e afixar o mesmo no Átrio e na *homepage* do Executivo Municipal com vistas a dar transparência à aplicação de recursos e aos resultados obtidos.



### 3.1.3. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA DE CUSTOS DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde, conforme informação prestada mediante Of. n.º 402/06, evidencia que não há parâmetros de custos de execução de suas atividades, de acordo com o disposto no art. 15, V, da Lei Federal nº 8.080/90.

A ausência de um sistema de identificação de custos acarreta o desconhecimento do custo real dos serviços prestados, o que impossibilita a mensuração dos aspectos de eficácia dos programas/ações na obtenção de seus fins, de economicidade e de eficiência na alocação dos recursos gastos pelo órgão em razão da falta de parâmetros que permitam o comparativo entre o resultado obtido na execução das ações da Secretaria e os custos efetivos da prestação dos serviços ocasionando, conseqüentemente, falta de qualidade nas informações gerenciais, incluindo prejuízo ao planejamento da saúde municipal.

Além disso, para que se tenha um efetivo sistema de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, faz-se necessário um sistema de custos baseados em parâmetros operacionais bem definidos, em custos-padrão.

O conhecimento da estrutura de custos de uma instituição propicia um melhor gerenciamento dos serviços e pode ser aplicado para diversos objetivos como o planejamento das atividades, a administração dos recursos, organização dos setores e avaliação de desempenho (recursos consumidos comparativamente ao planejado). Utilização de um sistema de custos enquanto fonte de informações para o controle, avaliação e planejamento das atividades das instituições (CASTRO, acesso em 21/05/07).

Os sistemas de custeio estão bem disseminados no setor privado, dado que foram desenvolvidos para melhorar a competitividade de empresas privadas. Entretanto, mesmo que as características dos sistemas de custeio não se apliquem diretamente para o setor público, com as devidas adaptações é apropriado para que os gestores, especialmente os municipais, possam reorganizar os serviços de saúde, após a reformulação que, nos últimos anos, tem sofrido o sistema de saúde brasileiro, especialmente, quanto à descentralização das ações, *in verbis*:

*É papel do estado garantir aos cidadãos acesso àqueles serviços de atenção à saúde que são necessários.(...) No entanto, não significa que não é necessário estudar o custo das atividades de atenção à saúde para melhorar a eficiência do gasto público e modificar a estrutura de custos das secretarias de saúde, se necessário. (CASTRO, acesso 29/03/06, p. 1).*

Nesse sentido, *in verbis*, “se vivemos uma situação em que os recursos são escassos temos que dar a estes recursos a melhor utilização possível, a mais racional e eficiente.” (CASTRO, acesso em 21/05/07, p. 10).



A implantação de um sistema de custeio pressupõe o atendimento de alguns requisitos, como por exemplo: o levantamento sistemático do órgão/entidade, separando componentes operacionais e administrativos, definindo a autoridade, a natureza, o alcance e as limitações das atividades, bem como a responsabilidade de cada componente; definição de parâmetros e unidades de mensuração; os insumos usados e os serviços realizados; e também a criação de um sistema de informações eficiente.

Dos diversos métodos de custeio, como o variável, ou por atividade, ou por absorção, a literatura específica consultada indica esse último, dadas as suas vantagens como o mais apropriado à realidade da maioria da rede pública de saúde do País, como é o caso de Viamão, objeto desta Auditoria Operacional.

Esse método de custeio ou sistema de custeamento tem vantagens e desvantagens, como segue, *in verbis*:

#### ***Vantagens do Sistema de Custeio por Absorção***

*(...) a sua simplicidade em relação a outros sistemas mais modernos; a possibilidade de usar as informações disponíveis, organizadas por áreas; permitir identificar as áreas de trabalho, ou centros de custos, que correspondem à estrutura gerencial da secretaria; permitir, se for necessário realizar alterações, identificar os locais onde são necessárias.*

#### ***Desvantagens do Sistema de Custeio por Absorção***

*As principais desvantagens do sistema são a necessidade de realizar os rateios dos custos indiretos, e isto ser feito arbitrariamente, o que pode acarretar na avaliação incorreta dos custos finais. Como este sistema foi criado quando os custos diretos (...) representavam a maior parcela dos custos; então, o arbitramento do rateio dos custos indiretos não alterava sobremaneira o custo final. (...)*

*Outra desvantagem é a incapacidade de identificar e eliminar as atividades que não adicionam valor ao produto e, portanto, induzem a uma produção de serviços maior que a necessária com o objetivo de diluir os custos fixos; este fato geraria estoques excessivos. Ao contrário desta tese, a demanda por serviços de saúde parece apontar para o fato de que existe a falta de serviços. Ou seja, infelizmente não temos estoques excessivos do “produto” atenção básica de saúde. (CASTRO, acesso 29/03/06, p. 2).*

Resumindo, *in verbis*:

*(...) é vantajoso o uso do sistema de custeio por absorção nos casos em que os custos indiretos não representam uma parcela significativa dos custos, quando as instituições não estão plenamente informatizadas, com equipamentos disponíveis e sistemas de dados informatizados. Certamente, é o caso da maioria das instituições*



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
228	

*públicas de saúde no Brasil; e ainda, quando a estrutura gerencial corresponde a diferentes unidades de trabalho geridas com relativa autonomia. (CASTRO, acesso 29/03/06, p. 2).*

Nesse sistema de custeio há a condição da divisão do órgão/entidade em centros de custos cujas principais características são, *in verbis*:

*(...) a) área circunscrita de abrangência, b) fonte geradora de custos, c) identidade de objetivos, d) unidade de mensuração específica, e) homogeneidade funcional, e f) unidade de responsabilidade. Um conjunto de centros de custos é o mapa de centros de custos, que é único para cada instituição. (CASTRO, acesso 29/03/06, p. 2).*

A partir dos custos diretos e do rateio dos custos indiretos são obtidos os custos totais de um centro de custos. Os primeiros são todos os custos relacionados ao objeto de custeio; já os custos indiretos (como custos administrativos e de atividades de apoio) dependem de critérios de rateio, de parâmetros para identificação aos serviços ou objeto de custeio desejado (LEONE, 2000). O sistema de custeio por absorção atribui aos produtos/serviços produzidos/ofertados critérios “arbitrários” de apropriação e de rateio desses custos indiretos.

Esse sistema de custeio recebe diversas críticas, principalmente quanto aos critérios arbitrários de rateio que se constituem em abstração de cálculo. Entretanto, sua utilização é vantajosa quando as informações disponíveis não são tão detalhadas como as que se exigem e “*nos casos em que as instituições não dispõem de estrutura de informações informatizada (...)*” (CASTRO, acesso em 21/05/07), como é o caso de Viamão.

Dessa forma, *in verbis*:

*Acreditamos que, para a maioria das SMS – Secretaria Municipal de Saúde e para os serviços de atenção básica, este instrumento pode ser bastante útil para aprender sobre as suas estruturas de custos e, a partir deste conhecimento, realizar as alterações necessárias para construir um sistema de saúde mais eficiente. Acreditamos que um sistema mais eficiente terá melhores condições de ser, também, um sistema mais equânime, uma vez que a gestão de custos não deve ser vista como um fim em si mesmo, mas como uma maneira de buscar eficácia, equidade e universalidade do acesso no sistema de saúde. (CASTRO, acesso 29/03/06, p. 7).*

Por fim, *in verbis*:



*Ressalte-se que a implantação de sistemas de custos não atende apenas aos imperativos da modernização e da eficiência da gestão, mas é, também, uma exigência da própria legislação vigente. Nesse sentido, o § 3º do art. 50 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, estabelece que “a Administração Pública manterá sistemas de custos que permitam a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial.” (MPOG, acesso em 30/07/07).*

Portanto, face às evidências de fragilidade relativamente à questão da apuração de custos da saúde e, por consequência, da avaliação da eficácia, da economicidade e eficiência da gestão da saúde, índices essenciais e imprescindíveis para que o gestor dê melhor direcionamento aos recursos disponíveis na elaboração do Plano Municipal de Saúde, cabe recomendar o que segue.

#### **RECOMENDAÇÃO (R 14)**

R 14. Implementar e utilizar efetivamente sistema de custeio por absorção na Secretaria Municipal de Saúde, através de centros de custos, visando a melhoria e agilização no processo de gestão e na tomada de decisão, inclusive qualificando as informações do Órgão, imprescindíveis para o planejamento e divulgação das ações de saúde, bem como, a possíveis adequações de rumos na execução das mesmas. Com a adoção desse sistema a administração conhecerá o custo real de cada UBS/URS, Programa e/ou ação de saúde, possibilitando projetar de maneira mais tempestiva e confiante o atendimento das necessidades existentes frente aos recursos disponíveis.

Dado que sistemas de custos são sistemas de informações gerenciais, é essencial a participação dos gestores das unidades de saúde e dos técnicos responsáveis por programas/ações no processo de desenvolvimento e implantação de sistemas de custos, pois são esses servidores que realmente conhecem, ainda que de forma parcial, os padrões de consumo dos recursos organizacionais e a relevância dos objetos de custeio para a estratégia organizacional (MPOG, acesso em 30/07/07).

#### **3.1.4. INSTALAÇÕES FÍSICAS E EQUIPAMENTOS INADEQUADOS E INSUFICIENTES**

Por observação direta no prédio sede da Secretaria Municipal de Saúde e em algumas Unidades Assistenciais de Saúde, constatou-se que as instalações em geral se apresentam inapropriadas para a execução do trabalho de saúde pública. Além da má



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
230	

conservação dos prédios e suas carências, observou-se também a falta e inadequação de equipamentos e mobiliário como mesas, cadeiras, armários, macas, computadores, telefones, copiadoras, ventiladores e demais utensílios de uso rotineiro.

A sede da SMS situa-se a caminho para Viamão, Parada 44, distante aproximadamente 4 (quatro) Km da Cidade, estando, portanto, deslocada do centro administrativo municipal e, em função disso, sujeita a prejuízos no contato diário com setores importantes e fundamentais do Executivo com os quais despacha matérias de interesse da Secretaria. Cabe menção, inclusive, que a Secretaria é desprovida de sistema informatizado em rede, além de apresentar sérios problemas por deficiência quantitativa de telefones, e ainda, com muita frequência, ter ficado incomunicável pelo corte de suas linhas pela empresa de telefonia.

No prédio sede está instalada a parte administrativa e se apresenta pouco funcional para as atividades da Secretaria, pois não permite o fácil acesso a usuários e servidores, por tratar-se de edifício com 4 (quatro) pavimentos e não dispor de elevador. A distribuição dos setores dá-se de forma inadequada estruturalmente, tendo como um dos destaques negativos a atuação da Administração no último andar do prédio, o que dificulta, sobremaneira, o acesso dos usuários quando necessitam falar diretamente com o Secretário ou para contato com outros setores localizados no mesmo piso, como o Departamento de Apoio Administrativo.

Observou-se que é comum pessoas anciãs ou com limitações físicas transitar no prédio para encaminhar seus pleitos ou em busca de informações que, não raro, são convidadas a se dirigirem a outro setor comumente instalado em outros andares, obrigando-se, então, a subirem ou descerem as escadarias internas que estão destituídas de qualquer segurança, em vista das más condições de conservação e pela inexistência de corrimões para servirem de apoio às pessoas, constituindo-se em risco e prejuízo ao deslocamento do usuário.

Nas visitas realizadas em seis Unidades de Saúde, UBS's Cecília, Santa Isabel e São Tomé, URS's Centro, São Lucas e Lomba do Sabão, e por informações obtidas junto ao Gabinete do Secretário, constatou-se que os imóveis nos quais estão instaladas também apresentam muitos problemas de estrutura e de conservação, além da falta de aparelhagem médica e outros equipamentos como computadores, copiadora, telefone, etc. Exemplificando-se:

- Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, instalada em imóvel alugado, constatou-se que dada a falta de ventilação no ambiente interno não há condições para que seja oferecido um dos serviços de saúde básica como a realização de curativos. Além de outras limitações estruturais, como a não identificação de unidade pública de saúde no prédio, á época da visita *in loco* desta Equipe, a Unidade não dispunha de telefone, em virtude de corte efetuado pela Operadora, situação que se verifica também em outras Unidades e até na própria sede da Secretaria, como antes já referido. Também deve-se mencionar que alguns itens de medicamentos estavam faltando.



**Foto 1 – UBS Santa Cecília – Falta de Identificação da Unidade**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 12/12/06.

**Foto 2 – UBS Santa Cecília – Falta de Medicamentos**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 12/12/06.

- Unidade Básica de Saúde São Thomé, instalada em imóvel próprio da Secretaria, apresentava manchas e umidade no teto e paredes de algumas peças por problemas de infiltração, situação que pode trazer prejuízos ao armazenamento dos medicamentos e a outros materiais de uso médico, além de expor os equipamentos e mobiliário da Unidade a riscos decorrentes, qual seja, curtos circuitos, assim como da qualidade do ambiente de trabalho como um todo. Dentre as suas carências, cabe ainda destacar que, à época da visita da Equipe de Auditoria, a Unidade não tinha aparelho esterilizador disponível para uso, em vista de que o único existente encontrava-se quebrado, não possuía placa/cartaz identificador de serviço público de saúde e alguns itens de medicamentos estavam faltando.



**Foto 3 – UBS São Tomé – Falta de Identificação da Unidade**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 13/12/06.

**Foto 4 – UBS São Tomé – Mofo nas paredes em consultório**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 13/12/06.

- Unidade Básica de Saúde Santa Isabel, à época da visita da Equipe de Auditoria, dada a reforma no prédio, não possuía telhado, apenas a chapa de concreto, além de alguns itens do dispensário de medicamentos também estarem em falta. Informa-se que os atendimentos foram mantidos, mesmo com as obras.



**Foto 5 – UBS Santa Isabel – Falta de Telhado**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 12/12/06.

**Foto 6 – UBS Santa Isabel – Falta de Telhado. Vista interior da Unidade**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 12/12/06.

- Unidade de Referência de Saúde São Lucas, prédio inaugurado em meados de 2006 realizava, ainda em dezembro/2006, o agendamento de consultas em estrutura externa à Unidade, onde os usuários ficavam expostos à ação de vento, frio etc.



Posteriormente aos questionamentos desta Equipe de Auditoria, tal estrutura foi desativada. À época da visita da Equipe de Auditoria, também faltavam alguns itens de medicamentos em seu dispensário.

**Foto 7 – URS São Lucas – Marcação de Consultas – Estrutura Anterior I**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 13/12/06.

**Foto 8 – URS São Lucas – Marcação de Consultas – Estrutura Anterior II**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 13/12/06.

OBS: na foto acima, os quadros negros indicavam o número de fichas disponíveis para consultas no dia 15/12/06. Da esquerda para a direita: 1ª coluna, 15 vagas para dermatologia; 2ª coluna, 62 fichas para ginecologia e 5 vagas para otorrinolaringologia; 3ª coluna, 25 e 7 vagas, respectivamente, para pediatria e pneumologia; por fim, a 4ª coluna indicava 66 fichas para clínica-geral.



**Foto 9 – URS São Lucas – Marcação de Consultas – Nova Estrutura – Falta de Acomodações Condizentes**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 13/12/06.

OBS: nova estrutura de marcação de consultas também com formação de fila externa à Unidade no turno da manhã.

**Foto 10 – URS São Lucas – Lista de Medicamentos em Falta**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 13/12/06.

- Unidade de Referência de Saúde Centro, à época da visita da Equipe de Auditoria, além da falta de alguns medicamentos, apresentava equipamentos danificados, como armário com vidro quebrado e colado com esparadrapo, paredes e teto com rachaduras. Cabe menção que o dia da visita *in loco* era a data para marcação de consultas para os habitantes do interior do Município. A fila estava formada desde as primeiras horas da manhã sob o sol do mês de dezembro, entretanto, as fichas seriam distribuídas apenas a



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
236	

partir das 14h, sujeitando os usuários ao rigor do calor e ao desconforto de bancos externos à Unidade. Segundo a Coordenadora Administrativa da Unidade, a fila se forma por que os usuários vêm “cedo demais”, mesmo que a liberação das fichas se dê, como dito, apenas na parte da tarde. Entretanto, após esses questionamentos, a fila foi desfeita, tendo se formado, novamente, na parte da tarde. Conforme entrevistas com usuários, tais pessoas se deslocam do interior a Viamão, às vezes, em horário único pela manhã para tentar conseguir uma ficha de atendimento. Posteriormente, terão que ir novamente a Viamão para realizarem as suas consultas. Esse deslocamento em duplicidade (ou em maior número, quando se considera a autorização de exames ou a retirada de medicamentos) gera custos à população e, às vezes, sofrimento, como o relatado por usuário, senhor de idade, que tinha que levar também ao Centro seu filho portador de necessidades especiais por não ter com quem deixá-lo só para pegar apenas uma ficha para consultar com cardiologista.

**Foto 11 – URS Centro – Teto com rachaduras**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 14/12/06.



**Foto 12 – URS Centro – Falta de Medicamentos I**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 14/12/06.

**Foto 13 – URS Centro – Falta de Medicamentos II**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 14/12/06.

**Foto 14 – URS Centro – Falta de Acomodações Condizentes**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 14/12/06.

**Foto 15 – URS Centro – Armário de vidro remendado com fita adesiva**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 14/12/06.

Já, conforme informação da própria Secretaria, Of GAB/SMS/PMV/Nº 051/007, a UBS Vila Luciana (PSF) foi interditada em outubro de 2006 por determinação do Ministério Público em razão de apresentar infra-estrutura inapropriada para a atividade dos serviços de saúde. Contudo, no mesmo documento, foi colocado que a referida Unidade mantinha suas atividades em funcionamento ainda que de forma parcial, e que, conforme o acerto firmado com o proprietário do imóvel, a partir de abril de 2007 o prédio



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
239	

receberia as alterações necessárias visando a sua reabertura plena direcionada ao atendimento do usuário.

A Equipe de Auditoria solicitou, através da Requisição de Documentos nº 01/2007, item nº 4, que fosse fornecida a estrutura física disponível por Unidade de Saúde, como salas de curativo, de vacina, de observação, com as respectivas áreas, em m<sup>2</sup> de cada peça. Em atenção, a Auditada, através do Of GAB/SMS/PMV/Nº 051/007, informou que tal solicitação não seria possível atender dadas as especificações diferentes de cada UBS.

Posteriormente, mediante “Relatório Descritivo dos Serviços de Atenção Primária em Saúde de Viamão 2007” anexo ao Of GAB/SMS/PMV/Nº 075/007, a SMS informou os serviços ofertados em cada uma das Unidades de Saúde. Por exemplo, serviço de saúde básico, indispensável, como é o caso da realização de curativos, não é ofertado em 9 (nove) das 16 (dezesesseis) UBS existentes, a saber: UBS Augusta Marina, UBS Capão da Porteira, UBS Cecília, UBS Esmeralda, UBS Índio Jary, UBS Planalto, UBS-PSF Itapuã, UBS-PSF Vila Elza, UBS Santa Isabel.

Entretanto, tais dados são questionáveis quando confrontados com os presentes na Produção Ambulatorial das Unidades de Saúde em 2006 (Anexo III, p. 116). Com exceção das UBS Augusta Marina, Esmeralda e Santa Isabel, todas as outras seis realizaram serviços de curativos em pacientes, apesar do Departamento de Atenção à Saúde, diga-se, Setor ao qual estão hierarquicamente subordinadas essas Unidades de Saúde Municipais, ter informado que não ofertam esse procedimento de saúde.

Por oportuno, a partir dos dados presentes no Memorando nº 035/2007, de 24/04/07, do DAS, verificou-se, ainda, que entre as 9 (nove) Unidades de Saúde que não possuem sala de curativos, 5 (cinco) UBS, a saber: Augusta Marina, Esmeralda, Índio Jary e Santa Isabel, além da UBS-PSF Vila Elza, não dispõem inclusive de salas de esterilização e uma das seis Unidades, a UBS Índio Jary, não dispõe de dispensário de medicamentos nas suas instalações, além das carências já citadas.

As carências estruturais nas Unidades de Saúde de Viamão também estão sendo objeto de investigação pelo Ministério Público através de vários Inquéritos Cíveis Públicos, que têm como alvo a precariedade das condições físicas e higiênico-sanitárias, bem como, o gerenciamento dos serviços de saúde, como se expõe a seguir:

UBS Vila Elsa: Inquérito Civil nº 00931.00041/2006. Os apontamentos constantes desse Inquérito estão abaixo listados:

- correta colocação de extintor de incêndio na sala do almoxarifado;
- correto armazenamento dos materiais de enfermagem que se encontram misturados aos administrativos, também na sala do almoxarifado;
- calibragem da balança da sala de triagem;
- colocação de material adequado de revestimento nos biombos;
- substituição de vidro quebrado no consultório clínico e ginecológico;



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
240	

- colocação de termômetro na estufa de esterilização da sala do dentista;
- adequado armazenamento do lixo, que está sendo feito em lixeira-lata, e seu recolhimento.

UBS Esmeralda: Inquérito Civil nº 00931.00044/2006. Os apontamentos constantes desse Inquérito estão abaixo listados:

- substituição da cortina de TNT da sala de medicamentos por outra de material adequado;
- substituição da mesa auxiliar de detector fetal de madeira por outra de material adequado;
- conserto de maca ginecológica que se encontra rasgada;
- substituição da cadeira de madeira do consultório clínico-gineco por outra de material adequado;
- conserto das pernas da maca do consultório clínico-gineco que se encontra rasgada;
- colocação de lixeira;
- colocação de assento no vaso sanitário;
- colocação de lixeira com pedal.

UBS Planalto: Inquérito Civil nº 00931.00042/2006. Os apontamentos constantes desse Inquérito estão abaixo listados:

- readequação dos espaços da unidade de saúde de modo que possa haver retomada dos serviços interditados: sala de curativos, de esterilização, de expurgo;
- que a sala de esterilização não se comunique mais com a farmácia;
- local adequado para armazenamento do lixo contaminado;
- substituição de cortina de pano da farmácia;
- conserto da canalização exposta na sala de vacinas.

URS São Lucas. Inquérito Civil nº 00931.00006/2006. Irregularidades constatadas pela Vigilância Sanitária Municipal em fiscalização efetuada em 15/01/07:



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
241	

- Entrada do Posto: forro descontínuo;
- Sala 1 – Pequenos Procedimentos e Nebulização: presença de medicamentos vencidos no local;
- Sala 1 - Pequenos Procedimentos e Nebulização: presença de almotolias abertas e com prazo de validade das soluções expirado;
- Sala 12 – Sinais Vitais e Ambulatório: suporte metálico para ante-braço está oxidado;
- Sala 12 - Sinais Vitais e Ambulatório: ausência de termômetro na estufa de esterilização ;
- Sala 13 – Consultório Odontológico: mesa metálica auxiliar em péssimas condições de higiene;
- Sala 14 – Consultório do Otorrinolaringologista: piso e paredes descontínuas;
- Sala 22 – Sala de vacinas: área física é pequena para a atividade.

UBS Capão da Porteira: Inquérito Civil nº 00931.00043/2006.

Irregularidades constatadas pelo Ministério Público em diversas visitas e que se mantinham pendentes:

- Sala de vacinas: vidros de janelas trincados; lixeira com defeito na tampa;
- Recepção: infiltração de água nas paredes;
- Sala dos medicamentos: mofo nas paredes e atrás das prateleiras de medicamentos;
- Sala do ginecologista: mofo no forro; embalagem aberta com espátulas de ayres;
- Sala de esterilização: objetos estranhos à atividade fim da sala; paredes descontínuas e com mofo;
- Sala de procedimentos: balança oxidada; paredes descontínuas; forro de madeira descontínuo e sujo; fiação elétrica exposta, próxima ao chuveiro.

OBS: documento da SMS de 27/11/06 menciona que o Município não é o proprietário do prédio ocupado a mais de oito anos. O prédio seria pertencente à Paróquia



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
242	

Santa Terezinha, o que inviabiliza o emprego de verbas públicas.

URS Centro: irregularidades constatadas pelo Ministério Público em diversas visitas e que se mantinham pendentes:

- Corredores: pouca iluminação e ventilação; falta de pintura nas paredes e forros;
- Sala do cardiologista: vidro da janela basculante quebrado; piso escuro de paviflex;
- Sala dos curativos: azulejos quebrados; paredes com rachaduras; balcão de madeira sem portas;
- Consultório dentário: 2 cadeiras de metal oxidadas.

OBS: de modo geral, as paredes se encontram rachadas, pisos escuros de paviflex e descontínuos, banheiro unissex, lixeiras sem pedal e tampa.

PSF Luciana: Inquérito Civil nº 00931.00032/2006.

Investigar as precárias condições físicas, higiênico-sanitárias, bem como, do gerenciamento do serviço de saúde.

UBS Itapuã: Inquérito Civil nº 00931.00006/2007.

Irregularidades encontradas a partir de vistoria da Vigilância Sanitária encontrada em 19/07/06.

Como consequência da realidade da saúde em Viamão, acima exposta, se verifica que a prestação de serviço de saúde é sofrível, eis que a carência de estrutura física se reflete no atendimento aos usuários ocasionando insatisfação ou até constrangimento. Pertine ressaltar que a precariedade da estrutura física é, também, um real risco à integridade física dos servidores e dos usuários, podendo recair demandas extras sobre a responsabilidade municipal.

Os aspectos mencionados se apresentam como relevantes deficiências que prejudicam o cumprimento de sua missão, ainda mais quando se leva em consideração os ambientes obrigatórios, caracterizados por dimensões e instalações diferenciadas para a realização dos serviços de saúde, que as unidades de saúde devem dispor, conforme Resolução – RDC nº 50, de 21/02/02, DA ANVISA.

Cabe menção, por fim, que questionada a respeito da existência de relação de



infra-estrutura necessária para o atendimento da demanda espontânea, ou, se pelo menos havia estudo ou projeto sobre a necessidade dessa infra-estrutura, a Auditada, através do Of GAB/SMS/PMV/Nº 051/007, informou que tal relação/estudo não existia, citando, apenas, que existe “entendimento” de que mais unidades e, conseqüentemente, mais profissionais de saúde são necessários “para aumentar o atendimento ao usuário”. Tal resposta deve ser confrontada com o relatado acima, na seção 3.1.1, de que a demanda espontânea não é registrada pela SMS.

### **RECOMENDAÇÕES (R 15 a R 17)**

R 15. Promover um levantamento criterioso, com base no registro da demanda espontânea, das carências e necessidades relativas às instalações físicas, à aparelhagem médica e aos equipamentos de modo geral, e com base no diagnóstico obtido seja elaborado e colocado em execução um plano que vise implementar condições estruturais adequadas para todas as unidades de saúde do Município visando atender as determinações da Resolução – RDC nº 35/2002 acima mencionada da ANVISA. Assim, também, deve proceder para estruturar os departamentos administrativo, técnico e de apoio existentes no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão.

R 16. Melhorar as condições de trabalho para todo o corpo funcional, ou seja, área administrativa e também área técnica, através de ambiente propício ao desenvolvimento de suas atividades.

R 17. Realizar estudo para adequar o processo de trabalho dos servidores da área-fim, bem como redistribuir o fluxo de atendimento aos usuários ao longo do dia, ao invés de concentrar num único turno (geralmente pela manhã). Considerar, para isso, a possibilidade e os efeitos da flexibilização da escala de trabalho.

É sabido que para a implementação de um projeto da envergadura acima referida deve-se contar com recursos, principalmente financeiros, que num primeiro momento podem não estar ao alcance da Instituição. Entretanto, existem também mecanismos para administrar a escassez. O planejamento é o mais importante dos instrumentos disponíveis após o diagnóstico das necessidades, pois, com a visualização da realidade da Secretaria, ou seja, suas despesas e suas receitas anuais, poderá estabelecer um cronograma de implantação paulatina das suas metas, inserindo-as no PPA, LDO e Orçamento.

Entende-se que, em decorrência da implantação dessas ações, haverá melhoria no atendimento proporcionado aos usuários, aumentando a satisfação e diminuindo os riscos a sua integridade física, inclusive dos servidores e, principalmente, se obterá maior eficiência no uso dos recursos.

#### **3.1.5. DEFICIÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

Conforme observado *in loco* pela Equipe de Auditoria, o Centro de



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
244	

Distribuição de Medicamentos da SMS possui apenas dois servidores para a realização de todas as atividades atinentes ao Setor, tais como a programação das compras, incluindo o detalhamento das especificações e apresentações dos medicamentos, o recebimento e conferência dos pedidos (quantidade, validade e especificidade), contato com as empresas fornecedoras para reclamar itens faltantes ou entregues em apresentações indevidas, o controle de qualidade, a estocagem, a conservação, a guarda, o controle de estoque, o gerenciamento das necessidades e separação dos lotes para o envio às Unidades de Saúde, etc. Um dos servidores é uma farmacêutica, que trabalha em turno único de 6 horas pela manhã, acumulando a função de Coordenadora desse Centro; e, o outro, é um servidor administrativo de nível médio, que trabalha em horário reduzido de apenas 4 horas, à tarde.

Tal fato gerou prejuízos a esta Auditoria Operacional, dado que a Equipe ficou impossibilitada de visitar o Centro de Distribuição em dezembro/2006, pois a Coordenadora estava em férias e não havia ninguém responsável pelo Setor, conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde. Isto posto, houve necessidade de outro período *in loco* em Viamão, realizado em junho/2007, para que fossem obtidas informações sobre o referido Centro.

Segundo entrevista realizada junto à Coordenação da Assistência Farmacêutica, há necessidade de pessoal de, no mínimo, 3 (três) farmacêuticos e 4 (quatro) servidores para auxiliar nas atividades do Centro. Cabe mencionar, que em 2007 a Coordenadora solicitou a sua saída do Setor e, segundo informou, terá seu pleito atendido em breve.

O Centro ocupa uma parte do Almoxarifado Geral da Secretaria de Saúde, onde também estão estocados os produtos de enfermagem (por exemplo, bandagens e soro fisiológico), materiais odontológicos e médicos (como cilindros de oxigênio). O espaço disponível é insuficiente e inapropriado para armazenar os medicamentos, haja vista que o mesmo é utilizado também para estocar os demais itens de consumo geral da Saúde, sendo separados apenas por divisória de meia altura.

Espaço insuficiente, por exemplo, por que as dimensões físicas são reduzidas para o grande número de itens em estoque, ainda mais quando se leva em conta a periodicidade anual das compras dos medicamentos, o que acarreta a aquisição de grandes quantidades de lotes. Além disso, as estantes não são numeradas e algumas estão fixadas junto às paredes, o que contraria normas técnicas do Ministério da Saúde (2006b). Espaço inapropriado, por exemplo, por que não tem condições adequadas de luminosidade, de ventilação e umidade.

Os estrados utilizados para suportar as caixas dos medicamentos no Almoxarifado são insuficientes e sua disposição não favorece à estocagem, eis que há lotes de alguns medicamentos que estão empilhados em altas colunas de prateleiras dificultando o acesso, o manuseio e o controle. Observou-se que há mais de um lote do mesmo medicamento num único estrado (ex.: Predinisona 20mg com três lotes diferentes no mesmo estrado), bem como, medicamentos diferentes igualmente num mesmo estrado, o que vem contrariar as recomendações técnicas do Ministério da Saúde, pois poderá haver trocas indevidas na hora da expedição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
245	

Para o recebimento e distribuição dos medicamentos não há doca específica; a única existente é compartilhada com o Almoxarifado Geral da Saúde e, sendo comum, encontrar-se obstaculizada por automóveis estacionados de pessoas que chegam à Central de Marcação de Consultas – sala contígua ao Almoxarifado - e por veículos que fazem entrega dos demais itens do estoque da Saúde. Portanto, o local não está preparado adequadamente para albergar esses serviços. Dada a limitação de espaço e de pessoal, os medicamentos recebidos são colocados primeiramente no corredor, diretamente no chão, procedimento contrário as normas técnicas estabelecidas.<sup>29</sup>

Por outro lado, se a Farmacêutica ou o Auxiliar Administrativo, servidores do Centro de Distribuição de Medicamentos, ou o Chefe do Almoxarifado da Saúde, que também recebe os lotes quando aqueles dois servidores não se encontram, não estiverem no local, não há ninguém para receber a entrega de medicamentos, haja vista não existir nenhuma pessoa especificamente voltada para realizar essa tarefa.

O pessoal do Almoxarifado Geral da Saúde (1 funcionário e 1 estagiário) colabora com a separação e preparo dos lotes para distribuição na Rede. Contudo, apesar dos seus esforços, esses ajudantes não possuem conhecimentos técnicos para o manuseio dos medicamentos dada as suas peculiaridades.

O controle do estoque de medicamentos é realizado em fichas manuais que ficam soltas em cima das pilhas de caixas, apresentando, dessa forma, alta probabilidade de serem perdidas quando do manuseio dos lotes para separação dos pedidos das Unidades de Saúde.<sup>30</sup>

Tais fichas devem ser preenchidas pelos auxiliares do Almoxarifado Geral da Saúde. Entretanto, não há sistematização do preenchimento e nem sempre acontecem as anotações devidas, gerando prejuízo à gestão desses materiais, pois informações sobre o nível e a movimentação física do estoque necessário ao atendimento da demanda ficam comprometidas, podendo gerar superposições de estoque ou desabastecimento do sistema. Tal fato fica realçado pela não realização de inventários periódicos no estoque, tendo o último ocorrido em fevereiro de 2006, segundo informações da Coordenação da Assistência Farmacêutica, porém não há registro formal da sua execução.

Mensalmente, entre os dias 10 e 15, cada Unidade de Saúde remete formulário, que contém a lista dos 114 itens de medicamentos que o Município de Viamão distribui na Rede de Unidades, à Coordenação da Assistência Farmacêutica que, a partir dos saldos e necessidades presentes nesse formulário, estima a necessidade da medicação que deve ser distribuída às Unidades para o período seguinte. Contudo, como não há normativos no âmbito da SMS no sentido da obrigatoriedade do preenchimento de tal formulário e nem do controle da dispensação e da realização de inventário mensal nos dispensários de

<sup>29</sup> “Deve-se manter distância entre os produtos, e entre produtos e paredes, piso, teto e empilhamentos, a fim de facilitar a circulação interna de ar. Manter uma distância mínima de 50 cm da parede, solo, teto, e entre os produtos e cada um desses itens, para evitar formação de zonas de calor. Não se deve encostar medicamentos junto às paredes, ao teto, ou em contato com o chão, por causa da umidade.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, p. 61).

<sup>30</sup> Essas fichas de controle contêm os seguintes campos de preenchimento: Campos Gerais: Código, Material, Lote, Validade; Campos de Preenchimento conforme a destinação: unidade, data, destino, quantidade e saldo.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
246	

medicamentos existentes em cada Unidade de Saúde, tais formulários, exceto aqueles vindos das três Unidades de Referência de Saúde, não são preenchidos na sua totalidade ou, até mesmo, não são preenchidos, como na UBS Índio Jary. Segundo a Coordenação, os levantamentos das Unidades de Saúde não retratam a realidade, já que a coluna “Saídas” é elaborada pela diferença entre o saldo inicial e o final.

Cabe referir que as solicitações das Unidades muitas vezes, segundo a Coordenação da Assistência Farmacêutica, são superestimadas dada a total falta de controle, não condizendo com a demanda efetiva por medicamentos daquela Unidade. Tais solicitações em excesso serviriam para cobrir eventual falta de medicamentos nas Unidades. Por isso, a Coordenação da Assistência Farmacêutica, a partir do dia 20 de cada mês faz a distribuição dos medicamentos em quantidades arbitradas por ela, de forma prática e por um exercício de compensação, embasada nas anotações de controle efetuadas pela própria Coordenadora do Centro de Distribuição (média do envio mensal) e, até mesmo, pela existência da medicação no estoque central.

A compra dos medicamentos vem sendo efetuada por pregão, em quantidades que deveria abastecer as Unidades de Saúde pelo espaço de um ano. Entretanto, tal periodicidade não ocorre, pois nem sempre se obedecem os períodos previstos para a feitura desses pregões, ocasionando, por vezes, falta de remédios para os usuários.

Nesse sentido, cabe menção, conforme exposto na seção 3.1.4., que durante visita *in loco* a três Unidades de Saúde (URS Centro e URS São Lucas e UBS Santa Cecília) constatou-se falta de alguns itens da lista de medicamentos.

A assistência farmacêutica é uma área com aspectos técnicos muito importantes, como os diversos tipos de embalagens e acondicionamentos (frascos, tubos, blistes, ampolas, etc.), rotulagens e bulas, prazos de validade, condições de transporte, laudos de análise, documentação sanitária etc. O domínio desses conhecimentos e peculiaridades determina a eficiência e eficácia no processo de aquisição de medicamentos.

Por outro lado, conforme assegura a Titular do Centro de Distribuição de Medicamentos, às vezes ocorrem enganos como o que constou, recentemente, em objeto de procedimento licitatório: em vez de determinado número de cartelas, constou um número X de comprimidos, comprando-se a quantia bem menor do que o necessário para atender à demanda das Unidades de Saúde. Exemplo: Levonorgestrel + Etnilestradiol: era para ser 12.000 cartelas com 21 drágeas/cada e constou 12.000 comprimidos.

Também já ocorreu o contrário: foi solicitada uma quantidade de comprimidos pela Coordenação de Assistência Farmacêutica e foi adquirida, a partir de uma licitação preparada pelo Setor de Compras da Secretaria de Administração, uma quantidade de cartelas muitas vezes maior, com evidente reflexo no custo e com possível perda de validade do lote. Exemplo: Estrogenon Conjugados 0,625mg com 21 drágeas: eram necessários 630 comprimidos e compraram 630 cartelas com 21 drágeas cada.

No último pregão realizado em dezembro/2006, não analisado por esta Equipe de Auditoria, dos 119 itens licitados somente 40 foram homologados, conforme informações da Coordenação da Assistência Farmacêutica. A necessidade da Rede foi



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
247	

elaborada por essa Coordenação e enviada para a Secretaria Municipal da Saúde em junho/2006, porém, não sabe informar o porquê da demora na elaboração do certame, ocasionando falta de medicamentos na rede das unidades de saúde.<sup>31 e 32</sup>

Tais fatos podem ser propiciados pela comunicação inadequada e/ou pela operação de forma desvinculada entre os Setores envolvidos, uma vez que o Setor de Compras da Secretaria Municipal da Administração está localizado na Prefeitura, no centro de Viamão, a sede da Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Parada 44, e o Centro de Distribuição de Medicamentos, localizado na Parada 42, bem como, pelo fato de que o primeiro não possui maior conhecimento ou familiarização acerca dos produtos a serem adquiridos. Cabe menção de que o Centro de Distribuição não possui, sequer, telefone para contato e, eventualmente, conta com *internet*, possuindo apenas um computador de mesa e uma impressora em precárias condições pela falta de manutenção.

As rotinas do setor atualmente existentes não são manualizadas, como regra no âmbito da SMS de Viamão, e foram tomadas por iniciativa própria da Coordenação da Assistência Farmacêutica. Em 2007 a Coordenação elaborou Procedimentos Operacionais Padrão para recebimento e inspeção, armazenamento e estocagem e para separação de medicamentos, os quais estão sendo analisados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Por verificação *in loco* nas Unidades Básicas, constatou-se que a dispensação ocorre sem a existência de cadastro nem de um controle organizado dos usuários. Tampouco, há acondicionamento físico adequado e controle dos estoques de medicamentos, bem como, não há designação de um servidor que responda pelo recebimento e entrega dos remédios. Nas Unidades de Referência há um certo controle na dispensação através da indicação de um servidor fixo para realizar essa tarefa. Contudo, dada a falta de pessoal e a inexistência de procedimentos operacionais formalizados na SMS, o controle não completo e nem permanente.

Segundo a Coordenação da Assistência Farmacêutica, mais de 60% das Unidades de Saúde não têm um responsável pela dispensação, quanto mais um farmacêutico. Nessas unidades os enfermeiros, os técnicos em enfermagem e o pessoal administrativo é que fazem a dispensação e os “controles” dos medicamentos.

Face ao exposto, pode-se concluir que no âmbito da SMS não existe um Setor medianamente equipado e organizado para o desenvolvimento e execução da compra, distribuição e controle dos medicamentos, podendo-se concluir que a política de Assistência Farmacêutica, nos moldes propostos pela Política Nacional de Medicamentos, não foi adequadamente instituída.

<sup>31</sup> Através do Ofício nº 305/2007 – 1ª PJCivil, de 22/05/2007, foi estabelecido um prazo de 20 dias para apresentação de documentação comprobatória de adoção de medidas firmadas em audiência pública de 11/04/2007 com base no Inquérito Civil nº 17/2004 (nº 00931.00017/2004). Tal Inquérito Civil da 1ª Procuradoria de Justiça Civil questiona aspectos do Almoxarifado de Medicamentos: falta de controle, de espaço, o mecanismo de aquisição de medicamentos, incluindo o atraso no último pregão realizado em 2006.

<sup>32</sup> “A interrupção no tratamento pela falta de medicamento, seja por cortes dos pedidos de compras ou por falta de orientação adequada ao paciente, representa prejuízos efetivos, não só na melhoria da qualidade de vida do paciente como na credibilidade do serviço prestado. A falta de medicamentos de uso contínuo pode comprometer e agravar a situação de saúde dos pacientes.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, p. 13).



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
248	

A formulação e a implantação da política de Assistência Farmacêutica depende, basicamente, de um processo de gestão, o qual deverá contar com uma gerência efetiva, capaz de garantir a articulação das várias etapas envolvidas que venham assegurar racionalidade, eficácia, eficiência e, por fim, qualidade ao serviço prestado. A referida política é um sistema que envolve uma diversidade profissional que não se restringe ao simples abastecimento de medicamentos, sendo o gestor o elo entre cada uma das partes desse sistema.

É oportuno mencionar conceito sobre gerência, *in verbis*:

*Gerência é a arte de pensar, decidir, agir e obter resultados através do planejamento da organização, da direção, do controle de grupos de pessoas, e o produto de seu trabalho é avaliado pelo desempenho de sua equipe.*

(...)

*A essência do trabalho gerencial é fazer as organizações operarem com eficiência e eficácia e, por isso, esse trabalho requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões 'técnicas', 'administrativas', 'políticas' e 'psicossociais'. Portanto, o aprendizado gerencial é o processo pelo qual o indivíduo adquire novos conhecimentos, atitudes e valores em relação ao trabalho administrativo; fortalece sua capacidade de análise comportamental; desenvolve melhor o seu estilo gerencial e obtém habilidades para a ação. (MARIN, 2003, p.54).*

Por outro lado, Assistência Farmacêutica tem a seguinte definição, *in verbis*:

*A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o paciente. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social. Dessa forma, necessita de uma organização de trabalho que amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados. (MARIN, 2003, p.54).*

Por último, constatou-se na Secretaria Municipal de Saúde, durante o primeiro período de auditoria *in loco*, realizado entre 20/11 e 15/12/06, a existência de um frágil armário de vidro contendo algumas caixas de medicamento vencido, em sala de livre acesso, no 2º pavimento do prédio, sem nenhuma explicação, como evidenciam as fotos tiradas no local:

**Foto 16 – SMS – Armário de Vidro contendo medicamento vencido – Vista do**



### **Corredor**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 14/12/06.

### **Foto 17 – SMS – Armário de Vidro contendo medicamento vencido**



Fonte: Foto tirada pela Equipe de Auditoria em 14/12/06.

### **RECOMENDAÇÕES (R 18 a R 19)**

R 18. Implantar uma política de Assistência Farmacêutica que vise à promoção



do uso racional de medicamentos, à otimização e à eficácia do sistema de abastecimento no setor público, devendo, primeiramente, identificar as diversas situações no âmbito de suas atribuições, dentre as quais citam-se:

- situação epidemiológica do Município;
- os pacientes em situação de esquemas terapêuticos continuados;
- os pacientes de alto risco e as respectivas terapias prescritas;
- definição do perfil de consumo de medicamentos no Município;
- análise do perfil de consumo de medicamentos perante o perfil epidemiológico;
- pacientes com baixa adesão a terapias prescritas a fim de atuar no sentido de melhorar a efetividade dos tratamentos;
- formulação, em função dos dados anteriores, de estratégias técnicas, políticas, educacionais, regulatórias e gerenciais junto aos profissionais em saúde e população em geral;
- programação adequada ao fluxo de abastecimento necessário, visando à otimização de recursos e ao incremento da disponibilidade de produtos;
- qualificação dos procedimentos técnicos referentes aos medicamentos (aquisição, distribuição, armazenamento etc.);
- organização de um sistema de informação;
- capacitação de recursos humanos (MARIN, 2003, p.55-6).

Nesses termos, pode-se frisar que o conhecimento dos problemas auxilia na definição de prioridades e nos mecanismos de intervenção, haja vista que cada um dos pontos acima relacionados tornar-se-ão um objetivo a ser alcançado mediante o desdobramento em operações decorrentes e, que, por sua vez, serão compostas de ações para serem executadas.

Sabe-se, no entanto, que a implementação dessas ações depende, fundamentalmente, de planejamento prévio do que se pretende executar, o qual se constitui num instrumento gerencial que, neste caso, deve estar apoiado no conhecimento exato da realidade do Município, bem como das condições e dificuldades existentes que deverão ser enfrentadas em todas as fases do processo, com vista ao atingimento do objetivo proposto. Ou seja, é necessário que se conheça de forma clara a situação ou o problema presente para que se possa organizar e estruturar um conjunto de atividades com critérios previamente estabelecidos, visando mudar o procedimento frágil e ineficiente hoje praticado no Centro de Distribuição de Medicamentos.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
251	

Assim, para organizar os serviços da Assistência Farmacêutica dentro de uma concepção de modelo assistencial, há que se situar nos diversos níveis de atenção à saúde, sabendo, de antemão, que o medicamento é um insumo básico de relevância na terapia medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, e não um bem de consumo.

R 19. A seguir são referidas algumas recomendações, com base em MARIN (2003, p. 204 e seguintes), a qual se constitui num verdadeiro manual com relação à assistência farmacêutica, com vista à efetiva implementação da Assistência Farmacêutica do Município, em razão das necessidades que devem ser supridas pela SMS, relativas às instalações e funcionamento do Centro de Distribuição de Medicamentos.

Quanto à estrutura física – com a finalidade de proporcionar adequadas condições de conservação, estabilidade e preservação dos produtos em estoque, alguns requisitos básicos devem ser atendidos:

- Piso – deve ser plano (para facilitar a limpeza) e suficientemente resistente, para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos. A espessura do piso deve estar de acordo com as especificações técnicas (em torno de 12 a 16 cm).
- Paredes – cor clara, pintura lavável, isentas de infiltrações e umidade.
- Portas – esmaltadas ou de alumínio, com dispositivo de segurança automático.
- Teto – telhas térmicas, de lã ou fibra de vidro. Deve-se evitar telhas de amianto porque absorvem muito calor.
- Instalações Elétricas – é sabido que a maioria dos incêndios são provocados por curtos-circuitos. A manutenção permanente das instalações elétricas deve ser priorizada pelos responsáveis pelo setor.
- Instalações Sanitárias – devem ser apropriadas e sem comunicação direta com as áreas de estocagem.
- Equipamentos e Acessórios de Armazenagem – objetos, mobiliários, equipamentos, acessórios utilizados na armazenagem para facilitar a movimentação e estocagem visando otimizar os recursos disponíveis e melhor aproveitamento dos espaços, como: empilhadeiras, carrinhos para transporte de medicamentos, cestas de marfinité<sup>33</sup>, exaustores eólicos, termômetros e higrômetros.
- Segurança – medidas de segurança devem ser adotadas para garantir a devida proteção das pessoas, do ambiente interno e externo e dos produtos em estoque (equipamentos de prevenção contra incêndio e manutenção das instalações elétricas e em

<sup>33</sup> Cestas de marfinité são utilizadas para estocagem de produtos leves. São práticas, ajustáveis, de diversos tipos e tamanhos e ocupam pouco espaço.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
252	

geral).

- Organização interna – a organização interna deve estar bem sinalizada, de forma que permita fácil identificação e visualização dos produtos e sua localização, de forma a impedir contaminação de fluxo. De acordo com a funcionalidade e necessidade do serviço é que se pode proporcionar o tamanho do ambiente e a forma do *layout*. Para tanto, deve se contar com profissional adequado para elaborar projeto específico à necessidade local.
- Áreas Básicas Fundamentais – são as áreas destinadas à parte Administrativa, de Recepção, de Expedição e de Produtos Rejeitados.

Quanto aos Recursos Humanos – os recursos humanos do Centro de Distribuição de Medicamentos devem pertencer ao próprio Quadro de Pessoal da Secretaria de Saúde, e devem ser lotados servidores em número compatível com as tarefas de: seleção e compra, recebimento e expedição, distribuição, armazenamento e controle de medicamentos, entre outros. Para tanto, os mesmos devem ter conhecimentos específicos e ser devidamente qualificados para o desenvolvimento dessas atividades, uma vez que é comum esses profissionais serem oriundos de outras áreas e, por isso, desconhecem as peculiaridades do setor farmacêutico, pondo em risco a interlocução com a gerência da Assistência Farmacêutica em razão de que os processos (aquisição de medicamentos, por exemplo) possam vir a ser conduzidos e orientados apenas pelos rigores burocrático-administrativos, fiscais, econômico-financeiro e jurídicos, descuidando-se da agilidade processual e dos aspectos técnico-sanitários, que são de extrema importância por tratar-se de medicamentos.

Quanto aos recursos materiais e técnicos – são necessários: material administrativo, telefone, fax, microcomputadores, impressora, arquivos, acesso à Internet e referencial bibliográfico. Na maioria dos casos podem ser otimizados os recursos já existentes, estabelecendo-se parcerias com alguma instituição de ensino e pesquisa, como as universidades, faculdades e Centros de Informação sobre medicamentos, com o intuito de viabilizar o acesso gratuito à bibliografia necessária.

Os recursos financeiros necessários para a implantação e manutenção dos itens acima recomendados, devem ser previstos e programados, respectivamente, no Plano Plurianual (PPA), na Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária, o que pressupõe o prévio levantamento situacional e as respectivas repercussões financeiras para, então, proceder a elaboração do planejamento e implantação desses objetivos.

Quanto à Dispensação – sobre essa atividade, *in verbis*:



*O procedimento de dispensação deve assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada; que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e que seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto (...). Trata-se do atendimento de um paciente específico e que, portanto, terá necessidade e características também específicas, as quais devem ser levadas em conta no momento do atendimento. É uma das últimas oportunidades de, ainda, dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa.*

*A dispensação é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento do regime de dosificação, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto. (MARIN, 2003, p. 241-2).*

Em decorrência, para que seja alcançada essa tarefa é necessário que se disponha de uma estrutura mínima composta de profissionais capacitados, ambiente limpo e arrumado, mobiliário e equipamentos adequados para o exercício das atividades. Isto porque, a dispensação tem como objetivo assegurar a integralidade da prescrição; assegurar que a prescrição é apropriada para o paciente e relacionada com o requerido no atinente aos aspectos terapêuticos, sociais, legais e econômicos; assegurar que sejam disponibilizados medicamentos com qualidade assegurada e distribuídos com precisão, dando aconselhamento aos pacientes sobre o uso de medicamentos.

### 3.1.6. INEXISTÊNCIA DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Conforme evidências coletadas em entrevistas realizadas com servidores municipais, não existe Política de Recursos Humanos que propicie formação e aperfeiçoamento do Quadro de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde, como um todo carecendo totalmente de rotinas de treinamentos, de capacitação e de atualização técnica. Ainda no que se refere a Recursos Humanos, cumpre ressaltar a inexistência de Plano de Carreira, Cargos e Salários.

A capacitação de servidores que eventualmente ocorre dá-se de modo insuficiente e por iniciativa do servidor ou individual de cada setor ou programa, como é o caso do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, eis que não é prática, no âmbito da Secretaria, a elaboração de programação formal que vise à capacitação e atualização de



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
254	

servidores, seja para a área técnica ou administrativa.

Tal fato encontra guarida, também, em informação da Divisão de Recursos Humanos da SMS de Viamão, *in verbis*:

*Não existem programas formais para capacitação e atualização dos recursos humanos técnicos, (sic) as capacitações são realizadas conforme demandas que surgem ao longo do período, sendo essas de interesse do próprio funcionário ou da instituição, geralmente ministradas por outras instituições pagas pela Prefeitura.*

A Tabela abaixo evidencia as capacitações e atualizações dos recursos humanos ocorridas de modo insuficiente desde janeiro de 2005 a outubro de 2006:

**Tabela 14 – Cursos oferecidos no período 01/01 a 30/10/06**

<b>Curso (i)</b>	<b>Período</b>	<b>Nº de horas</b>	<b>Nº de Participantes</b>
Animais peçonhentos, prevenir é o melhor remédio	15/06/05	4	90
Vigilância em Saúde	05 a 09/12/05	16	95
Rotavírus	08/03/06	4	22
Atualização em sala de vacinas	17 a 20/04/06	32	110
Vigilância em Grippes e Pneumonias	25/05/06	2	140
Vigilância em Raiva Humana	Agosto/2006	NI	40
Descentralização de diagnóstico de Tuberculose	11/09/06	4	5
Descentralização de diagnóstico de Tuberculose	19/09/06	4	8
Leptospirose e Dengue (VE e Ambiental)	21/09/06	4	105
Vigilância em DANt e Violências em Saúde do Trabalhador	30/10/06	4	89

Fonte: Ofício Nº 071/06/DVS, de 20/11/06, da Diretoria do Departamento de Vigilância Sanitária, em atenção a solicitação da Equipe de Auditoria, Requisição de Documentos nº 04/2006, item 13.

(i) Cursos internos propiciados pelo Departamento de Vigilância Sanitária para profissionais da Rede Básica de Saúde, sem ônus para a SMS.

NI - Não Informado.

Pelo exposto acima, e levando-se em conta os diminutos valores despendidos pela SMS com capacitação dos recursos humanos em 2005 e 2006, como visto na seção 3.1.2., muito pouco se pode fazer apenas com vontade e espírito público dos servidores, pois em programas de capacitação e treinamento são necessários métodos, tais como,



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
255	

recursos audiovisuais, material didático e bibliográfico, estudos de casos e contratação de professores/instrutores, o que gera custo. Não é o que proporciona a SMS aos servidores da Atenção Básica de Viamão.

A Equipe de Auditoria entende que a melhoria do desempenho da SMS passa pelo desenvolvimento em todos os seus níveis, incluindo as habilidades e dedicação da sua força de trabalho, o que implica treinamento e desenvolvimento profissional.

Treinamento é o processo aplicado de maneira sistemática e organizada que visa adaptar a pessoa para o exercício de determinada função ou tarefa específica, através de conhecimentos, atitudes e habilidades. O treinamento é necessariamente contínuo, ou seja, deve ser oferecido aos funcionários de maneira regular e periódica (CHIAVENATO, 1989).

Por outro lado, desenvolvimento profissional é um processo de longo prazo, sistemático e organizado, que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar a pessoa para seu crescimento profissional para que se torne mais eficiente e produtivo no seu cargo, ou possibilite a assunção de funções mais complexas ou numerosas (CHIAVENATO, 1989).

Também inexistente atendimento psicológico e assistencial aos servidores que trabalham na atividade-fim, cujo objetivo seja a promoção e a preservação da saúde dos trabalhadores, bem como, a prevenção e diagnóstico precoce de doenças relacionadas às funções desempenhadas e ao ambiente de trabalho. Tampouco, há apoio sócio-funcional traduzido em ações de cidadania, na conquista de direitos e deveres, atendimentos a conflitos familiares e dependência química, com vistas ao encaminhamento para recursos sociais e orientação sobre procedimentos a serem adotados.

Os servidores da SMS que desempenham as atividades-fim da saúde, como um todo, se expõem constantemente a insalubridades e a desgastes físicos e psicológicos, face às diversas situações de vulnerabilidade e risco social encontradas junto ao público usuário. Os trabalhadores envolvidos em tais atividades estão propensos a apresentar quadro de sofrimento psíquico, como estresse, depressão, ansiedade, diminuição de auto-estima e, até mesmo, de sentimento de impotência frente às dificuldades vivenciadas na rotina do seu trabalho.

Essas situações trazem sérios prejuízos ao trabalho, nos quais se incluem a desmotivação ou a falta de engajamento, absenteísmo, atrasos e licenças, além de interesse em transferência para áreas administrativas ou para outros órgãos ou entidades.

Já o apoio psicoterápico se caracteriza por dispor de um quadro técnico de psicólogos e psiquiatras destinados ao atendimento dos servidores e seus familiares mediante o desenvolvimento de programas de prevenção de saúde. Estas propostas, com ênfase na qualidade de vida, visam fornecer maior segurança aos servidores em situações de fragilidade.

Outra situação que evidencia a inexistência de uma estrutura adequada relativa ao quadro funcional, é o não-acompanhamento dos atestados médicos expedidos e, especialmente, das licenças de saúde efetivadas no âmbito do quadro de servidores da



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
256	

Secretaria, no sentido de identificar as causas que porventura estejam levando esses servidores a se afastarem do trabalho de maneira que, em alguns casos, têm sido frequentes e, em outros, acontecem por longos períodos em virtude de problemas de saúde, conforme demonstrado na subseção 2.2.4.3.

A assistência de apoio permanente direcionada ao quadro funcional de uma instituição, seja ela pública ou privada, além da importância que tem para o bem estar e segurança dos servidores, com reflexo positivo no desempenho funcional, se faz necessária também no sentido de agregar condições para o relacionamento com o público externo com vista ao atendimento humanizado e acolhedor ao usuário da saúde pública em geral, sendo este um dos princípios inscritos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

A implantação de programa de atendimento psicológico e assistencial aos servidores da SMS, por meio de auxílio, orientação e efetivo apoio, quando necessário, é fator de extrema importância na elevação da capacidade individual e correspondente segurança psico-moral de cada componente do Quadro Funcional da Secretaria no desenvolvimento das suas atividades.

Desenvolvimento de recursos humanos é estratégico na busca de qualidade e melhoria de desempenho dos serviços de saúde. Desenvolver os recursos humanos não significa apenas promover ações periódicas de aplicação (como análise e descrição de cargos, plano de carreiras e avaliação de desempenho), manutenção (como administração de salários, higiene e segurança do trabalho e relações sindicais), desenvolvimento (como treinamento e desenvolvimento profissional) e monitoramento (como banco de dados e sistemas de informação). Deve constituir um processo permanente de ascensão profissional, atendimento psicológico e assistencial aos servidores que trabalham nas atividades-fim, tendo por objetivo a promoção e a preservação da saúde dos trabalhadores, bem como a prevenção e diagnóstico precoce de doenças relacionadas às funções desempenhadas e ao ambiente de trabalho.

Investir na área da saúde significa redução de despesas futuras, em razão da redução do absenteísmo, da rotatividade, do sentimento de impotência, do estresse, da depressão e da ansiedade, aspectos que se refletem diretamente no aumento da produtividade e no sentimento de pertencimento ao Órgão. Todos esses elementos influem diretamente na qualidade no trabalho, haja vista que a qualidade de vida repercute diretamente na produtividade e no desempenho das tarefas.

É de se destacar que a dignidade, aliada a elementos como remuneração equitativa, segurança no trabalho, saúde no emprego para si e para sua família, alimentação e vestimenta, são aspectos fundamentais para que a pessoa desenvolva auto-estima e espírito crítico em relação ao seu trabalho, pois aumenta o grau de comprometimento com o trabalho e tem reflexos diretos no seu papel de cidadania dentro da sociedade. Esses aspectos qualitativos correspondem ao retorno do investimento realizado (CHIAVENATO, 2003).

**RECOMENDAÇÕES (R 20 a R 21)**

R 20. Implementar Política de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de



Saúde, e que entre as atividades desenvolvidas, viabilize a criação de programa de melhoria de qualidade de vida para seus servidores que inclua apoio sócio-funcional, controle e acompanhamento de licenças médicas e eventuais acidentes de trabalho, bem como atendimento psicológico e assistencial por meio de auxílio, orientação e efetivo apoio aos servidores e seus familiares, visando a elevação da capacidade individual e correspondente segurança psico-moral do Quadro Funcional da Secretaria. Com a adoção dessas medidas, espera-se um aumento significativo no sentimento de segurança e estabilidade no trabalho, tanto individual como coletivamente.

R 21. Implantar programa de treinamento e desenvolvimento profissional para todo o Quadro da Secretaria, de forma sistemática, especialmente para os servidores envolvidos diretamente com as ações de saúde, esperando-se, com isso, obter a qualificação dos profissionais da saúde condizente com as necessidades da atividade.<sup>34</sup>

### 3.1.7. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Inexiste qualquer tipo de sistema de informação, seja gerencial visando à tomada de decisões, seja de apoio a operações, como sistemas informatizados de controle de estoque de medicamentos, de recursos humanos etc., nas Unidades de Saúde. Tal situação também é encontrada no Centro de Distribuição de Medicamentos, onde funciona a Coordenação de Assistência Farmacêutica Municipal, e que, por não ter sistema de informação de controle de estoques, tenta realizar o gerenciamento de grande número de itens através de fichas manualizadas, como visto na seção 3.1.5.

Da mesma forma, em Unidades de Saúde como as UBS's Santa Cecília e São Tomé, não há equipamentos de informática, computadores ou impressoras, nem para serem usados como máquinas de escrever, quanto mais para gerarem informações exatas, precisas, confiáveis, tempestivas e periódicas de apoio à gerência.

Inexiste também rede de comunicação de dados entre as Unidades de Saúde, o Centro de Distribuição de Medicamentos e a Secretaria Municipal de Saúde de Viamão. Em algumas unidades de saúde não há sequer linha telefônica, fax, internet ou linha exclusiva para tal, quanto mais rede de comunicação de dados de alta capacidade. Exemplificando-se, a URS Lomba do Sabão, quando da visita *in loco* da Equipe de Auditoria no dia 11/12/06, estava sem telefone por falta de pagamento.

Tais fatos ganham magnitude quando se leva em conta que a própria Secretaria Municipal de Saúde não possui sistema de informação gerencial ou de apoio à tomada de decisão. A Secretaria dispõe de poucos equipamentos de informática, porém são deficientes, tanto em quantidade – em relação ao esperável – quanto em qualidade – em relação ao desejável. Os equipamentos de informática, em muitos setores, são obsoletos,

<sup>34</sup> De acordo com a Portaria GM/MS nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, compete às Secretarias Municipais de Saúde, *in verbis*: “XVI – estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes” .



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
258	

como é o caso do computador existente na Divisão de Informação em Saúde, ou estão quebrados, como era o caso do existente no Setor de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, quando da visita *in loco* dessa Equipe de Auditoria, em dezembro/2006.

Essas deficiências foram evidenciadas através das entrevistas realizadas com os Coordenadores de Departamento/Setores da Secretaria Municipal de Saúde e, como já dito, quando das visitas *in loco* nas Unidades de Saúde.

A ausência de sistema de informação em rede ocasiona uma diversidade de entraves à boa administração e à consecução das atividades, eis que a integração entre os setores da SMS se torna muito difícil ou até mesmo impossibilitada, o que pode acarretar um maior custo na execução das tarefas, tanto materiais quanto financeiros.

Esse aspecto se agrava mais ao se observar a disposição física da Administração municipal que é desmembrada, como ocorre com a SMS que fica no caminho a Viamão, distando cerca de 4 (quatro) Km do Centro do Município onde está sediada a sede do Executivo, o que acresce a dificuldade de integração, pois não conta com linhas telefônicas adequadas e eficientes.

É de se ponderar que, numa época como a atual, onde os meios de comunicação tomam destaque máximo e do qual se depende cada vez mais em todas as atividades da sociedade, não pode a SMS prescindir de sistema de informação em rede para o cumprimento de sua missão. Mais, ainda, se for se ressaltar o aspecto econômico da presença desse sistema no desempenho das tarefas da SMS, evidenciando-se a relação positiva do custo benefício, eis que o serviço – Saúde - prestado pela Secretaria tem um valor inestimável para a sociedade. E, no âmbito interno, também haverá de redundar em benefícios econômicos e qualitativos no exercício das atividades laborais dos servidores e profissionais da área médica.

Da mesma forma, a inexistência de computadores, de periféricos e acessórios, de linhas telefônica/ramais, fax e internet, gera entraves às atividades rotineiras das áreas, como é o caso do responsável pela Divisão de Informação em Saúde, que, por não ter acesso à rede mundial de computadores em seu ambiente de trabalho, vem realizando, durante o exercício de 2007, o envio dos dados municipais para os sistemas do Ministério da Saúde de sua própria residência, demonstrando desprendimento e espírito público, como de resto dos profissionais da saúde municipal entrevistados.<sup>35</sup>

Deve se levar em conta que a informática evoluiu de uma orientação tradicional de suporte administrativo para um papel estratégico dentro das instituições de saúde, possibilitando o tratamento de grande volume de dados e de informações, necessários à tomada de decisão e à ação, facilitando e potencializando os processos de trabalho em saúde, bem como possibilitando o acesso à avaliação das ações e dos serviços

---

<sup>35</sup> De acordo com o regrado na Portaria GM/MS nº 399/06, é responsabilidade sanitária de todo município, no que diz respeito ao planejamento e programação, “operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação (...)” como o SINAN (agravos de notificação), o SINASC (dados sobre nascidos vivos) e o SIM (informações sobre mortalidade).



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
259	

de saúde por parte dos trabalhadores da área, do controle social e da população em geral, promovendo, também, o intercâmbio de dados e de experiências.

*Para os gestores da Saúde no Brasil, os sistemas de informação 'informatizados' permitiram, nos últimos anos, analisar a situação de saúde em seu território e avaliar o sucesso de suas intervenções, monitorar e controlar as atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviços, e quantificar/determinar o volume de recursos financeiros a ser transferido a cada um. Nos próximos anos, na vigência do novo Pacto pela Saúde, seu papel será ainda mais estratégico. No que diz respeito ao Pacto pela Vida, a relação é direta, dado que o aferimento do alcance de metas pactuadas depende da alimentação das bases de dados nacionais.*

*O Pacto de Gestão, além de contar também com indicadores para avaliação do cumprimento do acordado, só se torna viável na existência de informações fidedignas e oportunas. Isso porque não é mais possível embasar a distribuição de responsabilidades, sobre a saúde da população de um dado território, em uma capacidade presumida, mensurada pelo cumprimento cartorial de exigências estabelecidas pelo nível federal. As novas regras determinam que tal distribuição se dê a partir do conhecimento da realidade de cada local e das possibilidades de cada gestor – o importante é o cumprimento do dever constitucional compartilhado pelas três esferas de garantir o direito à saúde de todos os cidadãos. Não há como conhecer, analisar, monitorar, enfim, dar conseqüências a essas diretrizes sem o balizamento constante dos dados aportados pelos sistemas de informação de que dispomos. (CONASS, 2007, p. 129-30).*

Entende-se por sistema de informação em saúde, *in verbis*, o:

*(...) mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças (...) e que o propósito do sistema de informação em saúde é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços de saúde. (OMS apud PINTO, 1999, p. 29).*

Um órgão que possua um sistema de informação, equipamentos de informática e esteja ligado em rede, em tempo real, cria condições de integração de todos os departamentos, setores e atividades, bem como com as unidades de saúde, desde o controle mais simples até a confecção de planos mais complexos, a exemplo do registro de dados, da elaboração de relatórios de gestão e demais operações desenvolvidas no âmbito das suas atividades, para assegurar o atendimento à demanda, no caso, a da Saúde.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
260	

Através desse sistema se pode colher subsídios para a tomada de decisões<sup>36</sup>, para a elaboração do planejamento das atividades, como recurso-meio nas tarefas de execução das ações e serviços de saúde, ao mesmo tempo servindo de fonte de dados para realizar o monitoramento e a avaliação das mesmas.

Os sistemas de informação numa unidade básica são importantes para a organização dos serviços como o controle de estoque de medicamentos, de materiais, de recursos humanos, de equipamentos e outros aspectos decorrentes da prática de saúde, como o entendimento do processo saúde-doença e a produção dos serviços na rede. A importância da informação, enquanto instrumento da ação gerencial na tomada de decisão visando a organização, cada vez mais, das ações de caráter de promoção da saúde e prevenção de enfermidades nas unidades da rede de saúde (PINTO, 1999).

*Embora os custos envolvidos em informática ainda assustem a muitos, vale ressaltar que a tendência observada é o barateamento dos dispositivos de hardware, ao mesmo tempo em que se tornam cada vez mais potentes. O software, por sua vez, se torna cada vez mais capaz de explorar os aumentos de capacidade e velocidade dos novos dispositivos, incentivando essa evolução. (CONASS, 2007, p. 133).*

Dessa forma, na atualidade, não se pode dizer que a informática se constitui num privilégio de poucos, onde equipamentos e programas tenham valores proibitivos para sua aquisição e, que a instalação de um sistema informatizado minimamente consistente, com o aperfeiçoamento gradativo e contínuo, não possa ser contemplada nos orçamentos anuais da Secretaria Municipal de Saúde como um investimento programado de forma racional e paulatina, até que se atinjam os objetivos que levem ao atendimento eficiente e eficaz ao usuário da saúde.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> “A tomada de decisão envolve várias etapas simultâneas: desde a percepção da existência de um problema, sua identificação, produção de conhecimento, até envolvimento de outras áreas, análises, melhor caracterização do problema, proposta de alternativas de soluções, os impactos de cada alternativa, intervenção e avaliação.” (PINTO, 1999, p. 270).

<sup>37</sup> “Embora não exista uma fonte regular de financiamento federal para aquisição de hardware e software, a maioria dos programas e projetos finalísticos do Ministério da Saúde prevê um volume de recursos para essa finalidade, de execução descentralizada ou não, de maneira a garantir o envio, por estados e municípios, das informações de que necessita. O Datasus, de forma mais esporádica e pontual, financia também alguns projetos apresentados por outras esferas de governo. Apesar disso, a maior parte dos gastos das Secretarias de Saúde fica mesmo por conta dos orçamentos estaduais e municipais.” (CONASS, 2007, p. 135).



### **RECOMENDAÇÕES (R 22 a R 23)**

R 22. Implementar, através de prévio estudo, sistema informatizado de gestão de modo a atender às necessidades dos gestores, no sentido da obtenção de informações coesas e confiáveis, disponibilizadas de forma ágil e segura, visando à integração e à melhoria dos serviços de saúde como um todo, assim como subsidiar os responsáveis na tomada de decisões de gestão e na elaboração do planejamento das atividades. Para isso, faz-se necessário dotar, minimamente, a SMS e a Rede de Unidades de Saúde de equipamentos de informática, bem como de meios de comunicação e de conectividade.

R 23. Promover, conseqüentemente, capacitação de técnicos, pré-requisito para a utilização e operacionalização efetiva do sistema, adotando a prática regular de coleta, revisão e disponibilização de dados, de modo a favorecer os profissionais da saúde nas tarefas e atividades que lhes são afetas, fornecendo informações consistentes e tempestivas para o bom e adequado andamento dos serviços de saúde. Dada a rapidez com que a área evolui e com a incorporação de novas tecnologias, a capacitação permanente dos usuários se faz relevante e indispensável.

Considera-se, *in verbis*:

*(...) que a gestão de dados e informações [envolve] necessariamente a responsabilidade pela garantia das melhores condições técnicas para os processos de coleta, tratamento e disseminação de informações e para a manutenção das bases de dados, bem como a definição e a implantação de padrões e normas que permitam a comunicação de informações entre os diversos sistemas digitais e garantam autenticidade e segurança no armazenamento e transmissão de informações. (CONASS, 2007, p. 139).*

Espera-se que haja homogeneidade na compilação dos dados de modo a permitir sua consolidação e comparação e, com isso, proporcionar integração entre os serviços e maior aproveitamento dos recursos dos diversos setores a partir do sistema de informações que é um instrumento neste processo, garantindo ganhos de eficiência no uso dos recursos públicos, em qualidade na prestação dos serviços de saúde através da ampliação do acesso, da equidade, da integralidade e da humanização do atendimento, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da situação de saúde da população, e para a geração de conhecimento<sup>38</sup> e o controle social.

É importante, também, que as unidades de saúde obtenham retorno (feedback) da análise dos dados gerados pelas mesmas, propiciando melhoria no planejamento, na execução e no controle das ações e dos serviços de saúde de uma forma geral, contribuindo

---

<sup>38</sup> São exemplos de informações que podem ser geradas na rede de atendimento e se constituir em indicadores úteis: a capacidade resolutiva da unidade de saúde, rapidez e agilidade no acesso aos serviços, informações sobre a organização interna das unidades, qualidade dos prontuários, qualidade das consultas, demanda reprimida, etc.



para melhoria da qualidade das mesmas, esperando-se, com isso, um aumento do compromisso da equipe. Por fim, *in verbis*:

*(...) os sistemas de informação em saúde são uma imprescindível ferramenta para a tomada de decisão no cotidiano do trabalho na rede básica pública de saúde, que permitem pensar e (re)construir qual modelo assistencial de saúde se deseja produzir. (PINTO, 1999, 48-9).*

### 3.1.8. INEXISTÊNCIA DE MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

Na Secretaria Municipal de Saúde não existem procedimentos e rotinas operacionais formalmente estabelecidos. Essa constatação foi corroborada pelos coordenadores de área durante as entrevistas concedidas à Equipe de Auditoria.

A falta de padrões de procedimentos escritos (manual) das rotinas para a consecução das atividades desenvolvidas pela SMS, ocasiona, no âmbito funcional, prejuízo ao desenvolvimento dos trabalhos porque gera dúvidas, insegurança, retrabalho, demora no encaminhamento e na solução das tarefas e, em conseqüência disso, há elevação dos custos de maneira geral pela falta de um fluxo definido que dê seguimento à realização dos trabalhos.

A inexistência de procedimentos manualizados proporciona incerteza e instabilidade aos servidores, pois deixa ao bel prazer de cada um a adoção de regras no referente ao andamento dos trabalhos, trazendo prejuízo ao ambiente interno. No ambiente externo, ou junto aos usuários, o prejuízo se traduz num atendimento descontínuo, inseguro, demorado e insatisfatório, muitas vezes gerando um fluxo de idas e vindas a vários setores e unidades de saúde diferentes.

Sabe-se que a adoção de manual de procedimentos operacionais melhora a gestão de todos os recursos e incrementa a eficiência no uso dos mesmos. Os servidores se tornam mais seguros pelo conhecimento das atribuições de cada setor e das suas próprias, e isso lhes propicia o desempenho de suas funções com mais engajamento e celeridade, o que significa benefício tanto para os usuários, pelo incremento da satisfação das suas demandas, quanto para a instituição, pela economia em sentido global e pela eficiência no cumprimento de sua missão.

Os procedimentos para a execução de toda e qualquer tarefa ou atividade devem obedecer uma rotina lógica e padronizada para que o trabalho seja realizado com segurança, qualidade e rapidez. Portanto, as regras estabelecidas e escritas de maneira objetiva e clara, são um instrumento fundamental para consulta e orientação de todo o corpo funcional no desempenho de suas atividades, bem como de apoio nas mudanças de chefias de todo e qualquer setor da instituição, garantindo a não-solução de continuidade



das rotinas.

### **RECOMENDAÇÃO (R 24)**

R 24. Elaborar manual de procedimentos e rotinas operacionais abrangendo todas as atividades do Órgão e promover o conhecimento e utilização do mesmo por todos os servidores da Secretaria.

#### **3.1.9. INEXISTÊNCIA DE SISTEMA FORMAL DE COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES TANTO INTERNA COMO EXTERNAMENTE**

A auditoria evidenciou que não há na Secretaria de Saúde de Viamão, sistema de comunicação de forma contínua e integrada que vise possibilitar o conhecimento mínimo por parte dos servidores e dos usuários sobre as atividades desenvolvidas pela Secretaria, ou seja, não há um sistema eficiente de comunicação voltado para seu público tanto interno quanto externo.

A informação organizada e permanente faz-se necessária: no ambiente interno, para que sejam transmitidas a todos os servidores, com objetividade e clareza, as atividades e ações da instituição no atendimento à demanda da saúde pública, independentemente do departamento ou setor; no ambiente externo, igualmente importante é a informação ao usuário ou à comunidade em geral acerca das formas de acesso aos serviços colocados à sua disposição sob a responsabilidade da Pasta da Saúde.

Como exemplo, cita-se a diversidade de conceitos e, até mesmo, do desconhecimento por parte do público interno, servidores e gestores, sobre qual o objetivo-geral da Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, sobre a Missão da Secretaria, colhida através das várias entrevistas realizadas pela Equipe de Auditoria.

No tocante à comunicação interna, as entrevistas evidenciaram que, entre o Secretário e seus Diretores, assim como entre as demais chefias e seus subordinados, não há uma relação consistente que trate das ações e rotinas operacionais dentro de uma sistemática formal, contínua e organizada, ocasionando dúvida ou desconhecimento geral dos procedimentos, na execução ou na informação das tarefas, culminando, por consequência, na má qualidade do atendimento à saúde em âmbito geral, o que em outras palavras significa um maior custo para a Secretaria.

Outra situação que demonstra essa fragilidade é a falta de articulação entre os órgãos que cuidam da saúde, como ocorre entre o Conselho Municipal de Saúde - CMS e a respectiva Secretaria Municipal de Saúde – SMS que é descontínuo, frágil e, até, intempestivo. Sabe-se que o CMS é o órgão de controle e fiscalização sobre os atos da SMS, por isso a sua participação é decisória no planejamento das políticas, planos, programas e projetos de saúde. O Conselho deve também colaborar na definição de



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
264	

prioridades de governo, sugerindo medidas que visem à melhoria da qualidade da saúde, dentre outras, desempenhando, dessa forma, um importante papel de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

É de se destacar que um sistema de comunicação que disponibilize informações sobre as atividades da instituição, suas ações e rotinas, propiciará, principalmente, ao corpo funcional, o sentimento de ser parte do processo de gestão na realização de suas tarefas e, conseqüentemente, agirá com mais engajamento e responsabilidade naquilo que lhe é incumbido, refletindo-se num melhor desempenho no trabalho e numa maior celeridade no atingimento das metas pactuadas, trazendo-lhe, ao mesmo tempo, maior satisfação.

Por outro lado, sabe-se que a comunicação planejada e aplicada de forma sistemática, dissemina o conhecimento e estrutura um canal de relacionamento entre o quadro funcional e o corpo gerencial da instituição, trazendo como benefícios a motivação e o engajamento dos servidores no mesmo esforço e na mesma direção, em busca do alcance dos resultados que os usuários e a sociedade em geral esperam no tocante à saúde pública.

A Auditada, no entanto, carece dos mais singelos meios de comunicação e informações para os dois públicos, interno e externo, como um quadro de avisos na portaria da Sede da Secretaria Municipal de Saúde.

A falta do estreitamento da relação entre servidores, direção e Secretário, limita ou impossibilita a troca de idéias e a contribuição efetiva oriunda de experiências do corpo funcional como um todo.

Portanto, à medida que os servidores desconhecem o encadeamento das rotinas e das ações da Secretaria, tornam-se limitados e/ou incapazes de repassar as mínimas informações à comunidade externa.

Quanto à precariedade de informação ao público externo, cita-se a inexistência de cartazes ou afixação em murais das informações, como a dos dias e horários de retirada de fichas para consulta médica, as especialidades médicas que atendem na Unidade de Saúde e a relação dos medicamentos distribuídos na Unidade, assim como daqueles que se encontram em falta momentaneamente, e outras informações de utilidade geral.

### **RECOMENDAÇÕES (R 25 a R 26)**

R 25. Estruturar sistema de comunicação formal, organizado e permanente visando proporcionar informações adequadas e tempestivas aos públicos interno (servidores) e externo (usuários).

Entende-se comunicação formal como sendo o conjunto de documentos, Ofícios Circulares, Portarias, Memorandos e outros, emitidos pela administração para ditar



regras e determinar comandos de comportamento funcional, de funcionamento e organização das atividades da Secretaria, sob a égide da legislação geral e municipal vigentes, que venham a proporcionar o cumprimento da missão do serviço público com Responsabilidade, Produtividade, Qualidade, Eficiência e Disciplina.

A implantação desse sistema propiciará primeiramente, a divulgação do objetivo-geral da SMS, o qual atenderá os regramentos do Sistema Único de Saúde e, também, introduzirá rotinas de discussão e elaboração conjunta do cumprimento desse objetivo e as ações com suas metas e serviços entre o gestor e as áreas técnica e administrativa, bem como a interação com os usuários, com posterior divulgação para o conhecimento do público interessado.

R 26. Afixar, em lugar visível, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde em todas as Unidades Assistenciais de Saúde e na sede da Secretaria Municipal de Saúde.

Essas recomendações uma vez implantadas proporcionarão eficiência no atendimento ao usuário; será otimizado o tempo e os recursos disponíveis, aumentando o engajamento e a satisfação das partes envolvidas, sejam servidores ou usuários; e, ainda, haverá maior clareza e celeridade no processo de gestão e na tomada de decisão.

### **3.2. Critérios de Atendimento da Atenção Básica**

#### **3.2.1. INEXISTÊNCIA DE CRITÉRIOS DEFINIDOS NO ATENDIMENTO AO PÚBLICO**

As atividades de uma instituição, sejam administrativas ou operacionais, devem ser definidas em manuais de procedimentos, tendo como premissa critérios claros e organizados previamente estabelecidos com vista à execução das tarefas de forma padronizada e segura.

A presente Auditoria utilizou técnicas de entrevistas e questionários aplicados aos servidores e aos usuários das Unidades de Saúde, respectivamente, através das quais se evidenciou a falta de critérios na disponibilização dos serviços.

Na aplicação dos questionários aos usuários, 71% consideraram ruim ou regular o tempo despendidos nas consultas e 34,21% afirmaram falta de humanização no atendimento, seja pelos médicos seja pelos servidores em geral.

Já com relação às entrevistas aplicadas aos funcionários das Unidades, constatou-se a confirmação das reclamações dos usuários acima colocadas, ficando enfatizado, inclusive, que o tempo médio das consultas médicas é inferior a 15 minutos, ou seja, há a disposição de cumprir apenas a exigência de atendimento do número mínimo de pacientes, que seria entre 12 e 16 consultas/dia por médico no espaço de 4 horas, conforme o disposto na Portaria nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
266	

No entanto, segundo informações colhidas nas entrevistas, a maioria dos médicos não estariam cumprindo o horário contratado que é de 4 horas diárias, sob a alegação de que estaria sendo satisfeita a exigência legal de atender o número mínimo de consultas, havendo afirmações de que há médicos que sequer olham para os pacientes, muito menos os auscultam, levando, por vezes, tempo inferior a cinco minutos nas suas consultas, o que causa insatisfação e até revolta aos usuários, eis que na maior parte das vezes esperam para ser atendidos durante um longo tempo.

Outra constatação evidenciada através das entrevistas realizadas com os servidores, é que o atendimento é efetuado de forma intempestiva nas especialidades médicas, ou seja, o usuário comparece na Unidade de Saúde para consultar com algum especialista, naquelas que possuem esses profissionais, mas o que acaba ocorrendo é a consulta com um clínico geral para, posteriormente, ser marcado um horário com um especialista que, geralmente fica para uma data distante, causando, por vezes, prejuízos irreversíveis à saúde do usuário.

Mediante observação direta e contato com usuários e servidores, ficou evidenciado, também, que a distribuição de fichas é insuficiente tanto para o atendimento médico quanto para a realização de exames de apoio ao diagnóstico realizado pelo Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Instada a respeito de como se dá a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, de acordo com o art. 7º, inciso VI, da Lei Orgânica da Saúde, LF nº 8.080/90, a Auditada, através do Of. GAB/SMS/PMV/Nº 402/2006, informou que o canal direto com o usuário de todas as atividades que o Executivo presta aos municipais, é o serviço de ouvidoria, denominado “Fala Cidadão”, número 08006010203.

Esse serviço é recente e se destina a receber manifestações da população em suas diversas formas como: elogios, denúncias, críticas e sugestões através de telefone, com ligação gratuita. Conforme observação direta e pelas informações recebidas do encarregado do Setor há uma procura elevada.

No entanto, embora esse serviço de ouvidoria seja uma prática positiva do Município, deve promover algumas melhorias para que as manifestações da população revertam em benefícios de aperfeiçoamento na prestação de todos os serviços públicos da Prefeitura, como, por exemplo, elaborar relatórios setorizados e periódicos para que cada secretaria possa avaliar a evolução da execução das atividades da sua incumbência e sirvam de subsídios para a elaboração do planejamento e fixação de metas nas respectivas peças orçamentárias, visando atender à população nos seus pleitos e demandas. Também, deve promover a divulgação ao público em geral sobre as providências tomadas em função das reclamações recebidas. Por não existir esse tipo de relatório a Equipe não pôde tomar conhecimento, por exemplo, a respeito da quantidade das reclamações ou elogios específicos às ações e serviços da saúde.

Os critérios de atendimento utilizados nas Unidades de Saúde são de iniciativa única de cada coordenação, tendo por base a ordem de chegada do usuário dando preferência às pessoas idosas, muito embora essa regra não seja do conhecimento da



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
267	

clientela usuária dada a falta de informações expressas e/ou expostas com visibilidade nas dependências dos estabelecimentos assistenciais de saúde, como ao chegar à unidade, a quem ou para onde o usuário se dirige, quem o recebe, o que é ou não é atendido naquela unidade, qual a sala em que se dá o atendimento ou em que outro local condizente com essa necessidade.

Dessa forma, pode-se afirmar que a SMS não apenas carece de formalização do elenco de critérios de atendimento à comunidade, como, tampouco, avalia seus serviços através de pesquisa de satisfação junto aos usuários, aspecto que, certamente, viria demonstrar se a oferta de serviços da rede municipal de saúde atualmente disponível é suficiente ou não às necessidades do público tanto quantitativa como qualitativamente.

Corroborando essa assertiva, a informação do Diretor Geral da SMS, Of. GAB/SMS/PMV/Nº 437/2006, atendendo solicitação da Equipe de Auditoria, no sentido da negativa da adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema de saúde, considerando a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolutividade e a qualidade dos serviços, nos termos do item 45 da NOAS SUS 01/2002.

De acordo com as entrevistas realizadas junto aos profissionais da saúde da SMS e também junto aos usuários, obteve-se o entendimento de que embora a presença das Unidades de Saúde seja de muita utilidade e sanem, de alguma forma, a extrema carência das pessoas, também há o reconhecimento de que se necessita de mais e melhores serviços tanto na promoção quanto na preservação da saúde do Município. Por exemplo, ofertar uma maior quantidade de fichas para consultas, disponibilizar médicos durante mais horas (manhã e tarde) para diminuir o tempo despendido em filas na busca de fichas, bem como, melhorar o serviço de apoio ao diagnóstico (laboratórios e outros exames), organizar e melhorar a recepção dos usuários dando informações corretas e rápidas, bem como, acrescentar humanização e acolhida a esse serviço.

Os usuários na maior parte dos casos, como exposto acima na seção 3.1.4., enfrentam dificuldades também nos locais reservados para a espera e retirada de fichas ou para marcação de consultas dadas às condições precárias dessa espera eis que, geralmente é na rua, ou seja, os usuários estão expostos às intempéries climáticas, como chuva, sol ou frio, sem contar, ainda, da necessidade de chegar ao local exageradamente cedo para que possam conseguir ficha para atendimento.

No prédio-sede da SMS estão bem configuradas as precariedades de acesso aos serviços ofertados pela Secretaria, eis que *in loco* foi observado que a recepção freqüentemente fica sem atendimento e, além disso, são dadas informações imprecisas, principalmente às pessoas idosas e com limitações físicas, ocasionando a ascensão de três andares, via escada, sem corrimão, em busca de solução de problemas em setores que, muitas vezes, não são corretamente indicados. Dessa forma, ficou clara a falta de capacitação de pessoal para o tratamento dos usuários na recepção, bem como da importância dessa atuação no serviço prestado pelo Órgão.

Outro aspecto a ser considerado, pela sua importância no fluxo do atendimento médico aos viamonenses, e que decorre do precário sistema da atual organização da Secretaria de Saúde, que, como antes mencionado, se caracteriza por não ter uma definição



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
268	

clara e pública dos critérios utilizados na marcação de consultas, é a Central de Regulação, Referência e Contra-Referência que cuida da marcação das consultas para os médicos com especialidades não disponíveis na Secretaria ou especialidades que transcendem à necessidade de terapias existentes no local.

Este Setor tem a seu encargo mais de uma lista de espera de consultas: 1) os encaminhamentos de consultas médicas com especialistas de Porto Alegre; 2) com especialistas de Viamão; 3) de convênio com Gravataí especificamente para oftalmologia; 4) com Alvorada para o gastroenterologista a câmbio de consultas, em Viamão, com o otorrinolaringologista; 5) lista de espera para tratamento odontológico; e 6) lista de espera de exames de alta complexidade.

Conforme informação colhida junto ao Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria as listas de consultas, principalmente as de POA, tem mais ou menos 80% de espera entre 24 a 36 meses, em razão da ínfima disponibilidade desse tipo de consultas para toda a Região Metropolitana que, redundando num percentual de, tão-somente, 15% do total disponível de Porto Alegre.

Deve salientar-se que, face a essas listas de espera terem em média, de dois a três anos de espera, em muitos casos o paciente não é mais encontrado, ou já não necessita da consulta ou até faleceu, isso porque são muito frágeis os registros da identificação dos pacientes, em razão de não existir um sistema de cadastramento fidedigno, seguro e ágil para beneficiar a maior quantidade de pacientes e, também, planejar seus serviços bem como suas possíveis reivindicações junto ao Gestor Municipal ou até junto a outros órgãos pertinentes. As especialidades de maior espera na lista de consultas de Porto Alegre são: ortopedia, neurologia e otorrinolaringologia.

As consultas para os médicos especialistas do quadro da SMS de Viamão também apresentam uma fila que, embora não seja tão extensa, mesmo assim o tempo de espera varia entre 15 a 30 dias, em média.

Outra lista de espera é a de exames de alta complexidade. Observou-se que esse serviço é prestado através de empresas conveniadas de fato com o Estado do RS, pois, conforme assertiva do Departamento acima citado, não há convênio formalizado por que são empresas que prestam esse serviço desde muito tempo atrás. Assim, há em Viamão uma rede de 4 (quatro) laboratórios, 2 (duas) clínicas de traumatologia e 1 (uma) de RX e 1 (um) laboratório ginecológico.

Geralmente, os laboratórios ou clínicas de RX e traumatologia quando estão próximas do seu teto financeiro fazem o comunicado às URS's para que não mandem mais pacientes para esses estabelecimentos. Funcionam através de agendamentos feitos nos próprios locais das prestadoras do serviço. Os exames, uma vez solicitados pelo médico, são autorizados pelos servidores de qualquer uma das 3 (três) URS's através de um carimbo onde já vai o direcionamento da empresa que fará o exame, conforme seja da preferência do paciente e ainda haja vaga. Observaram que comumente nos primeiros dias do mês já estão esgotadas as vagas o que gera esperas longas, ocasionando, muitas vezes, prejuízos irreparáveis para os usuários ou, então, onerando-os por terem que buscar serviços particulares.



Dessa forma, pode-se afirmar que a SMS como um todo não apresenta um sistema manualizado e ordenado em que estejam fixados todos os procedimentos e critérios para o atendimento ao seu público alvo, que tenha como propósito efetivo o cumprimento dos princípios constantes na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que assegura, aos cidadãos, o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, o tratamento adequado e efetivo para os seus problemas, o atendimento acolhedor e livre de discriminação, e que respeite os valores e direitos do paciente, além de outros igualmente de mesma importância preconizados no referido documento.

### **RECOMENDAÇÕES (R 27 a R 34)**

R 27. Definir e implementar na Secretaria de Saúde critérios claros e objetivos para o atendimento aos usuários em todas as Unidades Assistenciais de Saúde, Coordenações e Departamentos, primando pelo efetivo cumprimento dos princípios fixados na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, de forma manualizada, devendo ser utilizado como documento oficial para as rotinas de atendimento ao usuário em toda a Secretaria, além da adoção como instrumento de orientação e informação ao público interno e externo.

R 28. Afixar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde em todas as Unidades Assistenciais de Saúde e na Secretaria, em locais de fácil visualização do público em geral, tanto interno quanto externo.

R 29. Que a Central de Regulação, Referência e Contra-Referência realize um sistema de cadastramento fidedigno, seguro e ágil para bem identificar os pacientes em lista de espera e assim beneficiar o maior número de pessoas, oportunamente. Outra grande utilidade decorrente desse cadastro e controle é o subsídio que pode oferecer para que o gestor planeje seus serviços e suas possíveis reivindicações junto ao Gestor Municipal ou até junto a outros órgãos pertinentes.

R 30. Gestionar junto à Central de Marcação de Consultas de Porto Alegre o aumento do número de consultas médicas especializadas para o Município de Viamão, a fim de amenizar o sofrimento da população que depende do Sistema Único de Saúde e não recebe atendimento de forma adequada e tempestiva por falta de atendimento médico.

R 31. Buscar, dentro do possível, uma majoração das cotas financeiras concedidas pelo Estado para os exames de média e de alta complexidade, em vista de que os exames de RX, por exemplo, têm uma maior procura e as cotas se esgotam logo no princípio do mês.

R 32. No âmbito municipal, ou seja, nas Unidades de Saúde, promover melhorias no atendimento ao público, providenciando alterações no sentido de ampliar e adequar os horários tanto para a retirada de fichas quanto para as consultas, aumentando por sua vez o contingente de consultas; organizar o atendimento ao usuário para que ocorra ao longo do dia, ao invés de se concentrar em um só turno (geralmente pela manhã), como vem sendo praticado pela Secretaria.



Para isso, é de suma importância a adequação dos servidores da área fim ao novo processo de trabalho, podendo ser necessário uma flexibilização de escala de trabalho, com o cumprimento sendo aferido mediante banco de horas.

R 33. Implantar sistema de controle e aferição de modo a fazer com que os médicos do quadro da Saúde cumpram sua carga horária nos seus postos de trabalho, permitindo que um maior número de atendimentos diários sejam ofertados aos usuários, bem como a melhoria da qualidade dos serviços dispensados à clientela do Sistema Único de Saúde, representada pelo tempo efetivo e pela atenção disponibilizada em cada consulta.

R 34. Promover melhorias no Fala Cidadão para o seu aperfeiçoamento e efetividade. Para tanto, elaborar relatórios setorializados e periódicos sobre os temas relativos a cada Secretaria para que sirvam de instrumento de controle e avaliação da evolução das atividades da sua incumbência e alicercem o planejamento das metas pretendidas nas respectivas peças orçamentárias, visando atender, mais e melhor, à população nos seus pleitos e demandas. Também, deve promover a divulgação ao público em geral sobre as providências tomadas em função das reclamações recebidas.

### **3.3. Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica**

#### **3.3.1. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO INSUFICIENTE, ASSISTEMÁTICA E COM BAIXA QUALIDADE**

A Secretaria Municipal de Saúde e os responsáveis pelo gerenciamento das Unidades de Saúde, que envolve ações e atividades que exigem uma estrutura administrativa municiada por informações gerenciais, não fazem um acompanhamento sistemático dos resultados das ações e serviços da atenção básica em saúde, de forma que se possa avaliar o impacto das atividades na vida dos usuários e acompanhar a utilização de seus recursos humanos, materiais e financeiros na prestação desses serviços.

Constatou-se, a partir de entrevistas, observação direta e análise documental, que a Secretaria Municipal da Saúde não dispõe de um sistema de monitoramento formal e periódico que forneça informações gerenciais tempestivas, fidedignas, relevantes e consistentes para a tomada de decisão dos gestores, que permitam prover informações que induzam alcançar economicidade, eficiência, eficácia e efetividade nas ações e serviços de atenção básica em saúde.

A Equipe de Auditoria solicitou, mediante Requisição de Documento nº 07/2006, deste TCE, se a avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde envolve o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população e se é realizada avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica. Em atenção a Auditedada informou, a partir dos Of. GAB/SMS/PMV nº 402 e 437/2006, a não-elaboração de tais



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
271	

avaliações.

Por outro lado, quando das visitas *in loco* às 6 (seis) Unidades de Saúde, foram solicitados aos Coordenadores relatórios de acompanhamento do número de atendimentos nas clínicas médicas básicas e nas especializadas durante os exercícios de 2005 e 2006. Em todos esses estabelecimentos de saúde, a resposta foi pela negativa de tal levantamento, dado que o Gestor da Saúde Municipal nunca solicitou tal informação.

Ficou patente a inexistência de cultura de avaliação de desempenho institucionalizada incluindo a desses próprios gestores que se mostraram surpresos com a solicitação da Equipe de Auditoria, que a entende como simples e que, por fazer parte do ciclo de gestão administrativo, deveria estar inserida no cotidiano das atividades dos Coordenadores das Unidades de Saúde.

Observou-se que os controles efetuados nas Unidades Assistenciais de Saúde, Departamentos e Programas, quando existentes, são realizados manualmente por iniciativa pessoal dos próprios servidores envolvidos, pois não há, por parte do Gestor, qualquer solicitação formal estabelecida no âmbito da Secretaria, de forma que os resultados produzidos são mais para servir de parâmetro e avaliação para o próprio setor interessado do que efetivamente visando à utilização como instrumento de acompanhamento de gestão e/ou assessoramento para a tomada de decisões pela cúpula diretiva.

Essas constatações foram corroboradas pelo Secretário Municipal de Saúde em entrevista concedida à Equipe durante a execução da Auditoria, através das suas colocações que evidenciaram a inexistência de setor ou equipe dedicada ao processo de monitoramento e avaliação periódica e sistemática que vise ao controle e aprimoramento das ações e serviços de saúde.

Por outro lado, os Relatórios de Gestão dos exercícios de 2005 e de 2006 foram solicitados pela Equipe de Auditoria para análise mediante Requisição de Documentos nº 02/2006.

Em atenção, a Auditada forneceu apenas os relatórios do exercício de 2005 e do primeiro semestre de 2006 relativos ao acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde, ou seja, contendo a parte referente a produção ambulatorial (atenção básica, média e alta complexidade) e hospitalar, outras ações de atenção básica, ações de vigilância em saúde e os indicadores prioritários da gestão municipal. Com relação aos recursos humanos utilizados para a execução das atividades, nos relatórios apresentados para análise da Equipe de Auditoria, a informação dá-se pelo total do quadro funcional da SMS e são identificados de acordo com a relação jurídico-funcional do servidor com o Auditado (efetivo, contratado, cargo em comissão ou terceirizado) e pelo nível de escolaridade do profissional definido no quadro de pessoal (universitário, médio e elementar). Os relatórios apresentados para análise da Equipe de Auditoria referem-se tão-somente à execução física das ações e serviços de saúde e não trazem quaisquer informações acerca dos dados financeiros.

Em entrevistas realizadas com servidores da SMS, como chefes e coordenadores de setores ou departamentos, e outros profissionais, ficou evidenciado que



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
272	

os relatórios de gestão são elaborados de forma extemporânea, o que demonstra que não há a sistemática de monitoramento regular e tempestivo das ações da Secretaria. Esta assertiva é corroborada pelo Secretário de Saúde em entrevista concedida à Equipe de Auditoria, à medida que afirma a não existência de um setor ou de servidor responsável pela elaboração periódica dos relatórios de gestão, sendo que a parte financeira é elaborada pela Secretaria Municipal da Fazenda e a parte física é elaborada em conjunto pelo Departamento de Atenção em Saúde e pelo Departamento de Vigilância em Saúde.

Em contato mantido com o Conselho Municipal de Saúde de Viamão, a respeito da remessa pela SMS dos relatórios trimestrais de gestão, foi informado o que segue: os relatórios trimestrais de 2005 e o do 1º trimestre de 2006 foram aprovados com ressalva; o relativo ao 2º trimestre de 2006 foi apresentado ao CMS, mas ainda tinha pendências não respondidas pela SMS; e o do 3º trimestre de 2006 ainda não tinha sido apresentado até o momento da entrevista da Equipe de Auditoria com o CMS, em dezembro/2006. Cabe menção, ainda, que em entrevista com membros do Conselho Municipal de Saúde colheu-se o relato de que há falta de informações sobre a gestão da Saúde, bem como há dificuldade em obtê-las.

Mesmo no Conselho Municipal de Saúde a Equipe de Auditoria não conseguiu obter informações relativas a parte financeira das ações e dos serviços de saúde dos exercícios de 2005 e de 2006, matéria que, apesar da insistência da Equipe, não foi fornecida por parte da Auditada, ao longo de toda esta Auditoria Operacional, ocasionando sensível prejuízo a este Trabalho.

Como procedimento alternativo de auditoria, a Equipe contactou a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde que deve receber os relatórios de gestão para análise da documentação com conseqüente emissão de parecer. Entretanto, até maio/2007 só tinham sido entregues pela Secretaria Municipal de Saúde à 1ª CRS os relatórios relativos ao Anexo II (parte financeira) do 1º, 2º e 3º trimestres de 2005, e o Anexo I (parte física) do 3º trimestre de 2005.<sup>39</sup>

Estavam pendentes de remessa à Coordenadoria Regional de Saúde, conforme a então legislação vigente, Portaria SES/RS nº 37/2003, o Anexo II do 4º trimestre/2005 e os quatro trimestres de 2006, assim como o Anexo I dos 1º, 2º e 4º trimestres de 2005 e os quatro trimestres de 2006.

Questionado a esse respeito, o Departamento Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde não sabia o motivo da não-remessa à CRS dos relatórios trimestrais aprovados pelo CMS.

<sup>39</sup> Conforme Portaria nº 586/2006, de 09/11/06, da Secretaria Estadual da Saúde, que entrou em vigor na data de sua publicação, mas estabelece prazo até julho de 2007 para adequação dos municípios as novas normas, o Relatório de Gestão Municipal deve ser elaborado trimestralmente e ser submetido a aprovação do Conselho Municipal da Saúde e, posteriormente, deve ser apresentado trimestralmente à Câmara Municipal para Audiência Pública. Conforme §2º e 3º do Art. 11 ficou estabelecido prazo de 90 dias, a contar do último dia do trimestre anterior, para entrega do Relatório de Gestão, pelo município, na Coordenadoria Regional de Saúde respectiva **sob pena de suspensão de transferência de recursos financeiros estaduais aos municípios**. Por esse novo normativo, o Anexo I tem apresentação semestral e o Anexo II trimestral. Essa Portaria revogou a Portaria SES/RS nº 37/2003 que disciplinava anteriormente a matéria.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
273	

Entende-se como relatório de gestão aquele que contém dados trazidos do campo de ação, bem como, dados da parte financeira, das metas definidas e atendimentos efetivos, dos recursos humanos utilizados, para, posteriormente, fazer-se um confronto com o que havia sido programado ou pactuado, devendo constar, também, os avanços e dificuldades encontradas, para apresentar proposições para superá-las. Tudo isso, com o intuito de fazer medições pertinentes ou de construir novos indicadores de desempenho.

Cabe menção que, segundo a Portaria GM/MS nº 399/2006, é dever do município elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde (CONASS, 2006, p. 25). Nessa mesma linha a Portaria GM/MS nº 204/2007, estabelece que a comprovação da aplicação dos recursos financeiros repassados pelo FNS aos Fundos Municipais de Saúde, dar-se-á mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Por outro lado, a Lei Federal nº 8.142/90, art.4º, inc. IV, regra, como condição para o recebimento, por parte do Município, de recursos do Fundo Nacional de Saúde, a elaboração de relatórios de gestão.

As atividades de Monitoramento e de Avaliação, que juntamente com as etapas de Planejamento e de Execução complementam o ciclo de gestão, visam conduzir as atividades conforme o planejado, permitindo prevenir e/ou sopesar uma intervenção em qualquer das etapas da gestão para auxiliar na tomada de decisão. Qualquer organização, encarregada de atingir um determinado objetivo, necessita planejar e controlar a execução das atividades a ele relacionadas.

Avaliação e monitoramento são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, objetivando qualificar a atenção básica, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde. Explicitando, *in verbis*:

*Compreende-se monitoramento como parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e, estão tendo os resultados esperados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 20).*

(...)

*O propósito da avaliação, nesse sentido, é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade, as conseqüências e efeitos da implantação e implementação das políticas, especialmente, no caso, aquelas relacionadas à atenção básica. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação possibilita que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados.*

*(...) Compreendendo que a realidade institucional, o acúmulo de conhecimentos, o surgimento de novas necessidades e a definição de prioridades são dinâmicos, deve-se entender seu caráter temporário e conjuntural, sem, entretanto, esquecer que nessa temporalidade os resultados conseguidos deverão ser avaliados.*



(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 21).

Os sistemas de avaliação devem ser alimentados por sistemas de monitoramento que informem ao gestor, permanentemente, sobre todos os aspectos relevantes da implementação das ações. O monitoramento deverá produzir de forma sistemática e contínua informações relevantes, precisas, confiáveis e sintéticas, em tempo hábil e a um ritmo adequado à avaliação e conseqüente tomada de decisões que permitam a pronta intervenção, que confirme ou corrija a ação à medida que ela acontece. Tais informações serão processadas e apresentadas sempre em forma de indicadores de modo a não confundir, com excesso de dados irrelevantes, a ação decisória dos gestores.

Nesse sentido, outra evidência do monitoramento e da avaliação insuficiente e assistemática, é a não-utilização, ao menos de forma rotineira e organizada, por parte da SMS, de indicadores de desempenho, sob os aspectos da economicidade, da eficiência, da eficácia e da efetividade, para a avaliação das suas atividades-fins.<sup>40</sup>

A partir das entrevistas realizadas e da análise documental do Plano Municipal de Saúde de 2006-2009, constatou-se que os indicadores de desempenho existentes limitam-se apenas aos pactuados com o Estado, os quais referem-se à Atenção Básica e à Vigilância Sanitária, inexistindo indicadores de desempenho próprios voltados à aferição e avaliação dos resultados das ações implementadas, que tenham sido desenvolvidos em um processo de discussão coletiva com os atores da área municipal de saúde. Os indicadores pactuados com o Estado, segundo as entrevistas, não retratam com plenitude a realidade municipal.

Cabe salientar o grande número de respostas “Desconhece” (50%) na questão relativa à existência ou não de indicadores de desempenho utilizados para o monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Mais significativa foi o percentual de 100% de respostas negativas nas seguintes questões: quem utiliza os indicadores de desempenho existentes (os pactuados com o Estado) e para que são utilizados?

Ao prescindir da elaboração e utilização efetiva e sistemática de indicadores de desempenho, a SMS não tem como fazer uma avaliação efetiva do resultado das suas ações, eis que ao não utilizar indicadores, desconhece os possíveis desvios ou, ainda, a necessidade de proceder a adequações, durante a execução dos Planos ou Programas planejados, o que possibilitaria, conseqüentemente, mudanças de rumo.

Como os indicadores de desempenho permitem medir o grau de atingimento de um objetivo ou de uma meta, estabelecida pela administração, eles se caracterizam como instrumento de suma relevância para subsidiar o planejamento dos Planos e Programas do Órgão, bem como, na tomada de decisão dos gestores.

Em decorrência, vê-se que a SMS não avalia os seus serviços, desconhecendo assim, o grau de eficiência e eficácia dos recursos aplicados, assim como, desconhece se as

<sup>40</sup> Um indicador de desempenho é um número, percentagem ou razão que mede um aspecto do desempenho, como objetivo de comparar esta medida com metas preestabelecidas (TCU, 2000b).



ações propostas foram atingidas de acordo com o Plano Municipal de Saúde<sup>41</sup>, tampouco pode descobrir o grau de satisfação dos usuários.

Tal fato se deve à falta de cultura de avaliação de desempenho institucionalizada e do alto grau de desconhecimento da utilidade de indicadores como controle gerencial.

*Um sistema de indicadores, adequadamente definido, funciona como um instrumento de racionalização e modernização da gestão. Ele delimita o campo observável da ação a ser desenvolvida, facilitando a identificação dos objetivos e metas a serem perseguidos por uma organização ou área governamental; propicia a concentração de esforços, na medida em que define objetivamente os resultados esperados e, conseqüentemente, os meios para alcançá-los. Permite que os diversos agentes tenham mais claros os critérios pelos quais estão sendo avaliados; e, sobretudo, cria condições para que a população de um modo geral, e o usuário em particular, possa conhecer o desempenho do setor. (TEIXEIRA & SANTANA, 1994, p. 85-6).*

### **RECOMENDACÕES (R 35 a R 41)**

R 35. Implantar processo de monitoramento e de avaliação sistemático e institucionalizado em toda a Secretaria Municipal de Saúde, incluindo as Unidades de Saúde, como subsidiários ou intrínsecos ao planejamento e à gestão, como instrumentos de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos atores envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde, profissionais dos serviços e controle social). Esses processos permitirão aprendizado contínuo repercutindo positivamente na tomada de decisões da parte dos gestores, pois favorecem a obtenção de informações oportunas e confiáveis durante a execução das ações e dos serviços de saúde.

R 36. Implementar na Secretaria da Municipal da Saúde sistemática de utilização efetiva de relatórios periódicos, tempestivos e relevantes, com vista a subsidiar o processo de tomada de decisão do corpo diretivo municipal.

R 37. Designar setor ou equipe responsável pelo acompanhamento efetivo e sistemático das ações e serviços de saúde do Município.

R 38. Elaborar os Relatórios de Gestão de acordo com o estabelecido em legislação vigente, especialmente no que concerne aos prazos de apresentação ao CMS, à Câmara Municipal em Audiência Pública e à CRS.

R 39. Dotar o Conselho Municipal de Saúde de informações tempestivas e confiáveis, mantendo interação ativa entre a Administração e os membros desse Conselho

---

<sup>41</sup> Como descrito acima na seção 3.1.1. o Plano Municipal de Saúde de 2006-2009 não contém prioridades, objetivos e metas estabelecidas quantitativamente com base nas necessidades dos usuários de saúde de Viamão.



sobre as atividades que envolvem o controle e a avaliação da saúde municipal, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

R 40. Construir indicadores de desempenho a partir dos objetivos e das metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde mediante discussão e elaboração em conjunto com as áreas técnica e administrativa, com o gestor, com o Conselho Municipal de Saúde e com os usuários. Divulgar os indicadores de desempenho ao público em geral para que todos tenham ciência e conhecimento da forma como está sendo gerida a saúde pública no Município.

R 41. Implementar e utilizar efetivamente na SMS indicadores de desempenho que sirvam como uma ferramenta gerencial na avaliação e controle das suas ações, promovendo a melhoria contínua no desempenho das atividades e a busca da eficiência e eficácia da gestão.

Espera-se com isso melhoria contínua através do aperfeiçoamento e ajustamento do caminho que se quer trilhar otimizando a execução das ações, pois possibilita a redução de custos e o aumento da produtividade e, ao apoiar os processos decisórios, reduz as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, contribuindo com o aprimoramento e a consolidação das ações e dos serviços municipais de saúde.

#### **4. ANÁLISE DO PRONUNCIAMENTO DO GESTOR**

Em atendimento ao determinado pelo Excelentíssimo Sr. Conselheiro-Relator (fl. 147) vem, através do Of. Nº 059/2008, o Prefeito Municipal de Viamão Senhor Alex Sander Alves Boscaini, apresentar suas considerações constantes nas fls. 161 a 169 acerca da matéria contida no Relatório Preliminar de Auditoria Operacional da Ação Governamental nos Serviços de Saúde Pública em Atenção Básica, referente aos exercícios de 2005 e 2006. Cabe, ainda mencionar que nas fls. 153 e 154 encontra-se, também, manifestação do Procurador Geral do Município sobre o conteúdo desta Auditoria, em representação do Sr. Prefeito retrocitado.

O conteúdo do referido documento, na realidade, se constitui de uma série de justificativas sobre as matérias constantes no Relatório Preliminar de Auditoria, muito embora conste já no início do Relatório (fls.33, 35 e 36), de forma bem explícita e pormenorizada, qual o objetivo e o que visa uma auditoria operacional.

Saliente-se, que esta etapa do processo de auditoria operacional é prematura para a avaliação de ações implementadas ou em vias de implementação, conforme as informações trazidas nestes esclarecimentos. Essas avaliações serão objeto de uma etapa posterior que se refere ao monitoramento a ser realizado pelo Tribunal, após à apresentação do Plano de Ação pelo Gestor.

Em decorrência, no entendimento da Equipe, após a análise dos esclarecimentos, não houve nenhum fato novo que possa motivar a alteração do Relatório



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
277	

Preliminar, devendo ser mantidos os achados e recomendações na integralidade e em todos os seus termos.

É oportuno, ainda, destacar o significado de um Plano de Ação, eis que este deverá ser elaborado após a apreciação do Relatório Final desta auditoria, pelo Tribunal Pleno, desta Corte de Contas. Assim, um Plano de Ação consiste em um compromisso acordado pelos gestores responsáveis pelo órgão auditado, envolvendo, basicamente, um cronograma em que são definidos os responsáveis, as atividades e os prazos para a implementação das recomendações formuladas pela auditoria.

Reitera-se que uma auditoria operacional visa colaborar com a gestão, prestando-lhe informações acerca do encadeamento gerencial na execução dos recursos disponíveis para o cumprimento de sua missão. Procura-se identificar erros e acertos da ação governamental e a suas respectivas causas e efeitos, para subsidiar recomendações que possam ser implementadas, tempestivamente, na correção das distorções e na manutenção e ampliação dos acertos.

É a análise.



## **5. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO**

Diante do exposto, submete-se este Relatório à consideração superior, para posterior encaminhamento ao Gabinete do Exmo. Sr. Conselheiro-Relator, com as seguintes proposições:

**5.1.** Determinar que o Executivo Municipal de Viamão apresente no prazo de 60 (sessenta) dias, estabelecido no inciso XI do artigo 4º da Resolução nº 728/2005, Plano de Ação contendo as ações a serem desenvolvidas e os seus respectivos prazos de implementação, nos termos das recomendações relacionadas no item 3, retro.

**5.2.** Que o Plano de Ação que vier a ser apresentado pelo Executivo Municipal de Viamão seja apreciado pela Equipe de Auditoria e que esta se manifeste sobre o conteúdo e o seu monitoramento, antes do referido Plano ser submetido à apreciação do Tribunal Pleno para aprovação, nos termos do inciso XII do artigo 4º da Resolução nº 728/2005.

**5.3.** Que seja encaminhada cópia da Decisão a ser adotada pelo Tribunal, do Relatório e do Voto que a fundamentaram, bem como do inteiro teor deste Relatório Final de Auditoria Operacional, ao Exmo. Sr. Prefeito de Viamão e ao Secretário Municipal de Saúde.

É o Relatório.



## **BIBLIOGRAFIA**

CASTRO, Janice Dornelles. *Avaliar custos da atenção básica de saúde: uma experiência*. Cópia reprográfica. Acesso em 29/03/06.

CASTRO, Janice Dornelles. *Instrumentos para a Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde*. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/financiamentodosetor/EE%20%20Instrumentos%20para%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Econ%C3%B4mica%20dos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor/EE%20%20Instrumentos%20para%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Econ%C3%B4mica%20dos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf). Acesso em: 21/05/07.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: 2003.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender o Pacto pela Saúde*. Brasília: 2006.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: 2007.

FEE. Fundação de Economia e Estatística. *Estimativa da população, por município, faixa etária e sexo, Rio Grande do Sul: 2003*. Disponível em: [http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_populacao.php](http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao.php). Acesso em: 28/06/07.

FEE. Fundação de Economia e Estatística. *Estimativa da população, por município e situação de domicílio, Rio Grande do Sul – 2006*. Disponível em: [http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_populacao.php](http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao.php). Acesso em: 29/06/07.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 2002. 3. ed.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: IPEA, 2003.

LEONE, George Sebastião Guerra. *Custos: planejamento, implantação e controle*. São Paulo: Atlas, 2000. 3. ed.

MARIN, Nelly (org.). *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
280	

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES*. Versão 2 - Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização 2. ed.* - Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. *Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS*. Brasília: 2006c. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos*. Brasília: 2006d. (Série B. Textos Básico de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Datasus. *Caderno de Informações de Saúde – Informações Gerais*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos>. Acesso em: 22/08/06.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES*. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 04/07/07.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/arq/normas.htm>. Acesso em: 13/07/07.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO - MPOG. Comissão Interministerial de Custos. *Relatório Final*. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/arquivos\\_down/sof/relatorio\\_final\\_da\\_comissao\\_de\\_custos.pdf](http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/sof/relatorio_final_da_comissao_de_custos.pdf). Acesso em: 30/07/07.

PINTO, Ione Carvalho. *Os subsistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão no nível local*. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 1999.

TCU. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Auditoria e Inspeções. *Técnicas de entrevista para auditorias*. Brasília, 1998.

TCU. Tribunal de Contas da União. Coordenadoria de Fiscalização e Controle. *Manual de Auditoria de Natureza Operacional*. Brasília, 2000a.

TCU. Tribunal de Contas da União. Coordenadoria de Fiscalização e Controle. *Técnicas de Auditoria: Indicadores de Desempenho e Mapa de Produtos*. Brasília, 2000b.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
281	

TCU. Tribunal de Contas da União. Secretaria Geral de Controle Externo. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Instituto Serzedello Corrêa. *Auditoria de Natureza Operacional*. Porto Alegre, 2004, Notas de Aula.

TEIXEIRA, Hélio Janny. SANTANA, Solange Maria (Coord.). *Remodelando a Gestão Pública*. São Paulo: Ed. Edgard Blücher Ltda., 1994.

VAINER, Ari. ALBUQUERQUE, Josélia. GARSON, Sol. *Manual de Elaboração: O passo a passo da elaboração do PPA para municípios*. Brasília: MPOG/BNDES, 2005. 2. ed.



## GLOSSÁRIO

**Central de Esterilização de Materiais** - local destinado à recepção, limpeza, desinfecção, preparo, armazenamento e distribuição de materiais esterilizados.<sup>42</sup>

**Demanda espontânea** – é caracterizada pela procura direta de pacientes a um estabelecimento de saúde.<sup>43</sup>

**Demanda referenciada** - consiste no paciente encaminhado/referido por outro estabelecimento de saúde.<sup>43</sup>

**Leito de observação ou auxiliar** - leito destinado a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou terapêutica durante um período inferior a 24 horas.<sup>42</sup>

**Leito hospitalar** - cama destinada à internação de um paciente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da Unidade de Terapia Intensiva).<sup>42</sup>

**Farmácia** - unidade destinada a programar, receber, estocar, preparar e controlar, distribuir medicamentos ou afins e/ou manipular fórmulas magistrais.<sup>42</sup>

**Nutrição e Dietética** - serviço destinado à preparação fornecimento e controle de alimentação adequada às necessidades nutricionais do paciente.<sup>42</sup>

**Policlínica** - é a unidade de saúde que presta atendimento ambulatorial em uma ou mais especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas.<sup>42</sup>

**SAME ou S.P.P. (Serviço de Prontuário de Paciente)** - unidade ou ambiente destinado à identificação, seleção, guarda, controle e processamento das informações de documentos e todos os dados clínicos e sociais de pacientes ambulatoriais ou internados.<sup>42</sup>

**Serviço Social** - unidade para prestação de assistência ao paciente, relativos à área social.<sup>42</sup>

**Unidade Básica de Saúde** - realiza atenção básica e integral à saúde a uma população determinada, de forma programada ou não, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas.<sup>44</sup>

<sup>42</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006a).

<sup>43</sup> MS/CNES/Perguntas e Respostas Sobre o Cadastro. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Respostas3.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Respostas3.asp). Acesso em: 10/07/07.

<sup>44</sup> Conforme Portaria MS/SAS nº 35, de 05/02/1999.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
283	

**Unidade da Saúde da Família** - também denominada PSF ou, conforme normatização recente<sup>45</sup>, ESF, realiza atenção contínua nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde.<sup>44</sup>

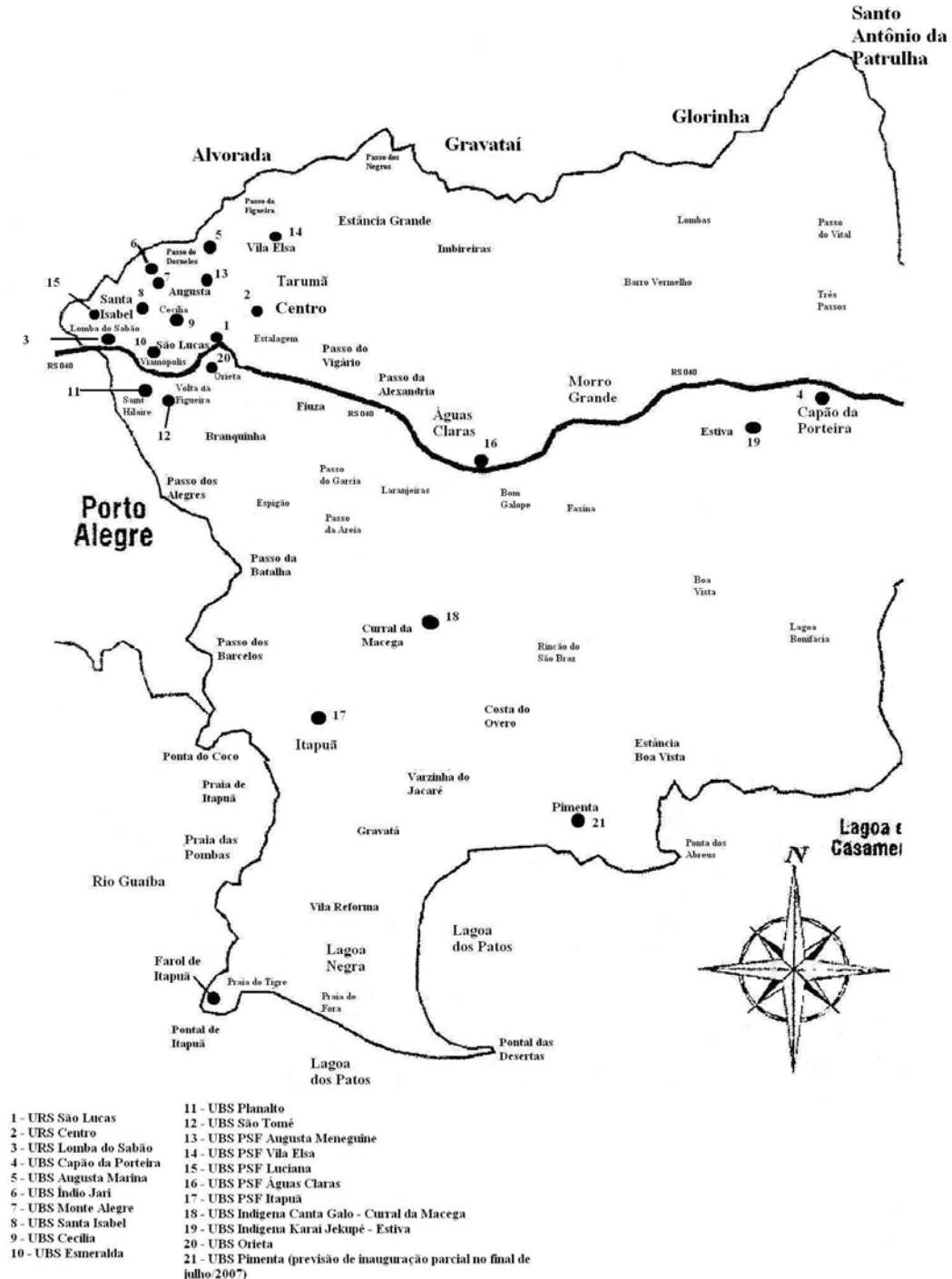
---

<sup>45</sup> Portaria GM/MS nº 648/2006.



## ANEXOS

### ANEXO I – Mapa Político de Viamão e as Unidades de Saúde Municipais



Fonte: Mapa elaborado pela Equipe de Auditoria com base em informações da Auditada.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
285	

**ANEXO II - Produção ambulatorial das Unidades de Saúde de Viamão - 2005**

Procedimento	Jary	Orieta	Cecília	Capão	Santa Isabel	Esmeralda	Meneguine	Luciana	Lomba	Monte Alegre	Planalto	São Tomé	Águas Claras	Centro	São Lucas	Marina	Elsa	Itapuã	TO
0102201-Administração de Medicamentos por Paciente	111	1.210	232	207	69	117	782	132	792	270	507	312	282	1.234	-	420	2.329	627	9.000
0102207-Curativo por Paciente	17	3.313	23	844	37	-	1.425	189	21.195	286	582	568	483	2.243	-	887	575	1.216	33.000
0102208-Inalação / Nebulização	61	1.037	132	31	59	27	503	78	529	181	1.060	283	99	628	-	341	472	677	6.000
0102212-Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas - por paciente	7	570	3	36	3	4	192	45	471	100	98	92	139	641	-	165	114	52	2.000
0201204-Consulta em Clínica Médica	3.818	6.795	1.772	577	3	1.510	2.550	-	6.472	2.522	3.199	3.502	71	2.304	8.813	2.920	578	342	47.000
0201205-Consulta em Gineco-obstetrícia	-	-	-	-	522	-	-	-	-	78	-	-	-	4	126	-	-	-	7.000
0201206-Consulta em Ginecologia	-	8	196	-	44	2.982	770	-	2.763	840	-	-	-	1.450	2.046	539	-	75	11.000
0201207-Consulta em Pediatria	2	1.638	1.477	-	1.728	1.343	803	-	2.738	3.754	932	1.397	-	3.301	8.412	567	109	-	28.000
0201208-Consulta Médica do PSF	-	-	-	-	156	-	1.076	732	-	-	-	-	1.094	-	-	-	4.586	3.902	11.000
0302101-Primeira Consulta Odontológica Programática	-	719	-	33	-	1.151	228	-	1.724	594	-	933	324	1.212	1.978	1.667	381	657	11.000
0401104-Cons./atend. em At. Básica de Enfermeiro (a)	193	370	962	-	11	761	65	-	471	809	450	126	192	152	884	-	22	-	5.000
0401105-Cons./atend. em At. Básica de Outros Profissionais	-	-	-	-	-	-	-	-	202	567	-	-	-	-	3.598	-	-	-	4.000
0401106-Cons./atend. Domiciliar em At. Básica de Enfermeiro (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0401107-Visita Domiciliar cons./atend. em Atenção Básica de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0401202-Cons./atend. de Enfermeiro(a) na Unidade (PACS/PSF)	-	-	-	-	125	-	272	166	-	-	21	-	388	-	-	-	770	543	2.000
0701205-Consulta em Cardiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	1.268	-	-	-	-	3.558	-	-	-	-	4.000
0701212-Consulta em Dermatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.069	-	-	-	3.000
0701224-Consulta em Neurologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.350	-	-	-	1.000
0701227-Consulta em Otorrinolaringologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.499	-	-	-	1.000
0701228-Consulta em Pneumologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.041	-	-	-	1.000
0701230-Consulta em Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0701232-Consulta em Tisiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	936	-	-	-	-	9.000
0701233-consulta em Urologia	-	-	-	-	1.268	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.000
0703103-Teste Específico para Diabetes Mellitus - glicemia capilar	194	937	221	137	150	-	520	192	1.554	271	451	66	202	1.257	-	402	636	470	7.000
0705101-Coleta de Material para Exames Citopatológico	18	-	289	104	299	157	417	82	1.343	233	24	237	73	1.104	720	110	167	293	5.000
<b>TOTAL</b>	<b>4.421</b>	<b>16.597</b>	<b>5.307</b>	<b>1.969</b>	<b>4.474</b>	<b>8.052</b>	<b>9.603</b>	<b>1.616</b>	<b>41.522</b>	<b>10.505</b>	<b>7.324</b>	<b>7.516</b>	<b>3.347</b>	<b>20.024</b>	<b>33.536</b>	<b>8.018</b>	<b>10.739</b>	<b>8.854</b>	<b>203.000</b>

Fonte: Tabela preparada pela Equipe de Auditoria a partir do Relatório "Produção Viamão 2005 e 2006", produzido e fornecido pela Auditada.

OBS: Relatório "Produção Viamão 2005 e 2006" com mais de 330 procedimentos de todas as unidades e serviços de saúde de Viamão, incluindo aqueles da iniciativa privada. Para elaboração dessa Tabela, que demonstra a produção ambulatorial das unidades de saúde do Município, foram selecionados, apenas, 25 procedimentos.



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA MUNICIPAL**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
286	

**ANEXO III - Produção ambulatorial das Unidades de Saúde de Viamão - 2006**

Procedimento	Jary	Orieta	Cecília	Capão	Santa Isabel	Esmeralda	Meneguine	Luciana	Lomba	Monte Alegre	Planalto	São Tomé	Águas Claras	Centro	São Lucas	Marina	Elsa	Itapuã	TOTAL
0102201-Administração de Medicamentos por Paciente	79	800	231	170	516	8	679	201	686	300	280	111	184	992	294	411	1.728	535	<b>8.205</b>
0102207-Curativo por Paciente	12	1.371	1	570	-	-	1.738	210	5.794	701	266	233	467	1.877	385	-	442	882	<b>14.949</b>
0102208-Inalação / Nebulização	13	826	135	58	230	2	584	85	387	223	390	133	139	713	295	397	288	462	<b>5.360</b>
0102212-Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas - por paciente	-	341	-	40	2	-	413	22	513	293	35	52	40	681	106	-	163	18	<b>2.719</b>
0201204-Consulta em Clínica Médica	4.161	4.211	2.299	234	694	1.430	441	-	9.359	1.608	2.779	3.961	-	4.168	10.165	2.858	83	-	<b>48.451</b>
0201205-Consulta em Gineco-obstetrícia	-	-	-	-	228	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	<b>229</b>
0201206-Consulta em Gneecologia	-	-	1.149	483	-	949	1.014	-	2.511	715	248	316	-	1.371	3.401	1.029	-	-	<b>13.186</b>
0201207-Consulta em Pediatria	-	922	1.566	480	1.569	1.259	63	-	3.005	3.585	446	1.805	612	3.307	8.289	1.218	-	-	<b>28.126</b>
0201208-Consulta Médica do PSF	-	-	-	-	-	-	8.364	429	-	-	-	-	978	-	-	-	5.199	3.848	<b>18.818</b>
0302101-Primeira Consulta Odontológica Programática	-	621	-	-	-	959	301	-	2.162	701	-	577	263	1.402	1.669	1.722	527	355	<b>11.259</b>
0401104-Cons./atend. em At. Básica de Enfermeiro (a)	256	-	2.429	-	15	-	-	37	365	572	857	-	-	16	1.112	-	-	-	<b>5.659</b>
0401105-Cons./atend. em At. Básica de Outros Profissionais	-	-	-	-	-	-	-	-	753	2.207	-	-	-	-	1.018	-	-	-	<b>3.978</b>
0401106-Cons./atend. Domiciliar em At. Básica de Enfermeiro (a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>5</b>
0401107-Visita Domiciliar cons./atend. em Atenção Básica de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>-</b>
0401202-Cons./atend. de Enfermeiro(a) na Unidade (PACS/PSF)	-	-	-	-	-	-	234	422	-	-	-	-	37	-	-	-	886	2.506	<b>4.085</b>
0701205-Consulta em Cardiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	1.147	-	-	-	-	4.455	-	-	-	-	<b>5.602</b>
0701212-Consulta em Dermatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.854	-	-	-	<b>2.854</b>
0701224-Consulta em Neurologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	319	-	-	-	<b>319</b>
0701227-Consulta em Otorrinolaringologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.447	-	-	-	<b>1.447</b>
0701228-Consulta em Pneumologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	905	-	-	-	<b>905</b>
0701230-Consulta em Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	274	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>274</b>
0701232-Consulta em Tisiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	715	-	-	-	-	<b>715</b>
0701233-Consulta em Urologia	-	-	-	-	1.164	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1.164</b>
0703103-Teste Específico para Diabetes Mellitus - glicemia capilar	168	1.027	386	140	573	-	792	158	2.299	514	416	-	196	1.116	143	518	336	340	<b>9.122</b>
0705101-Coleta de Material para Exames Citopatológico	10	10	238	139	370	257	511	93	1.458	219	57	121	93	773	1.458	173	97	91	<b>6.168</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.699</b>	<b>10.129</b>	<b>8.434</b>	<b>2.314</b>	<b>5.361</b>	<b>4.864</b>	<b>15.134</b>	<b>1.657</b>	<b>30.439</b>	<b>11.917</b>	<b>5.775</b>	<b>7.309</b>	<b>3.009</b>	<b>21.586</b>	<b>33.860</b>	<b>8.326</b>	<b>9.749</b>	<b>9.037</b>	<b>193.599</b>

Fonte: Tabela preparada pela Equipe de Auditoria a partir do Relatório "Produção Viamão 2005 e 2006", produzido e fornecido pela Auditada.

OBS: Relatório "Produção Viamão 2005 e 2006" com mais de 330 procedimentos de todas as unidades e serviços de saúde de Viamão, incluindo aqueles da iniciativa privada. Para elaboração dessa Tabela, que demonstra a produção ambulatorial das unidades de saúde do Município, foram selecionados, apenas, 25 procedimentos.



**ANEXO IV – Quando elaborar o Plano de Saúde e avaliá-lo**

1º ano de mandato		2º ano de mandato	3º ano de mandato	4º ano de mandato	1º ano de mandato
1º ano da execução do PS anterior		1º ano da execução do PS	2º ano da execução do PS	3º ano da execução do PS	4º ano da execução do PS
Plano de Saúde (PS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ o gestor executa as metas do último ano do PS, herdado da gestão anterior;</li> <li>⇒ o PS apresenta políticas que refletem compromissos nacionais e internacionais firmados pelo governo federal, pactuados com as outras instâncias do SUS, transcendendo períodos de governo;</li> <li>⇒ o gestor que está assumindo pode, no que couber, rever e alterar a LOA;</li> <li>⇒ a alteração da LOA viabiliza a alteração do PS;</li> <li>⇒ o PPA é uma lei que cobre o 1º ano do mandato posterior;</li> <li>⇒ o novo gestor poderá remanejar recursos orçamentários de acordo com as suas prioridades por meio de alterações legislativas;</li> <li>⇒ o investimento, geralmente, ultrapassa a responsabilidade administrativa de uma gestão, por viabilizarem projetos de longo prazo;</li> <li>⇒ o novo gestor forma sua equipe técnica e elabora o seu plano de saúde e o aprova nas respectivas instâncias.</li> </ul>	⇒ o gestor executa as metas do 1º ano do seu PS	⇒ o gestor executa as metas do 2º ano do seu PS	⇒ o gestor executa as metas do 3º ano do seu PS	<p><b>O ciclo se repete</b>  <b>Nova gestão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ o gestor que assume herda o PS do gestor anterior com as políticas e intenções de governo.</li> </ul>
	Avaliação do Plano	⇒ o gestor que está assumindo tem a responsabilidade avaliar o Plano de Saúde, baseado no PS, ainda, em vigência.	⇒ Nestes anos o gestor executa as metas do seu plano, tendo em vista que este será avaliado pelo próximo gestor.		

Fonte: Quadro esquemático dos tempos e movimentos na elaboração dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d, p. 43).



**289ANEXO V – Quando elaborar a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão**

	1º ano de mandato	2º ano de mandato	3º ano de mandato	4º ano de mandato	1º ano de mandato
	1º ano da execução do PS anterior	1º ano da execução do PS	2º ano da execução do PS	3º ano da execução do PS	4º ano da execução do PS
PAS	<p>⇒ o gestor recebe a Programação Anual de Saúde referente ao último ano do PS, adequando-a aos compromissos técnico-políticos para a área da saúde, refletindo a sua 1a. Programação Anual em Saúde.</p>	<p>⇒ o gestor elabora a 2ª. Programação Anual de Saúde, referente à execução do 1º ano do seu PS.</p>	<p>⇒ o gestor elabora a 3ª. Programação Anual em Saúde, adequando-a à realidade já vivenciada com a execução do PS no 3º ano de mandato.</p>	<p>⇒ o gestor elabora a 4ª. Programação Anual em Saúde, adequando-a à realidade já vivenciada com a execução do PS no 4º ano de mandato.</p>	<p><b>O ciclo se repete</b></p> <p><b>Nova gestão</b></p> <p>⇒ o gestor que assume recebe a 4ª. Programação Anual em Saúde, podendo adequá-la aos compromissos técnico-políticos, na área da saúde, refletindo a 1ª. Programação Anual de Saúde.</p>
RAG	<p>⇒ o gestor elabora o último Relatório Anual de Gestão, referente à Programação Anual de Saúde (podendo ser adequada aos compromissos técnico-políticos).</p>	<p>⇒ o gestor elabora o 1º Relatório Anual de Gestão, referente à Programação Anual de Saúde da sua gestão.</p>	<p>⇒ o gestor elabora o 2º Relatório Anual de Gestão, referente à Programação Anual de Saúde da sua gestão.</p>	<p>⇒ o gestor elabora o 3º Relatório Anual de Gestão, referente à Programação Anual de Saúde da sua gestão.</p>	<p><b>O ciclo se repete</b></p> <p><b>Nova gestão</b></p> <p>⇒ o gestor que assume tem a responsabilidade de elaborar o último Relatório Anual de Gestão, referente à gestão anterior.</p>

Fonte: Quadro esquemático dos tempos e movimentos na elaboração dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d, p. 44).

Tribunal de Contas	
Fl.	Rubrica
289	



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**DIREÇÃO DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**  
**SUPERVISÃO DE AUDITORIA EXTERNA**  
**Serviço de Auditoria de Porto Alegre**

Processo nº 9126-02.00/06-2

Senhor Coordenador:

Encaminhamos à sua consideração o Relatório Final de Auditoria Operacional do Executivo Municipal de Viamão, Atenção Básica, referente aos Exercícios de 2005 e 2006.

Porto Alegre, de de 2008.

APE Veridiano Steimetz

APE Maria Antonieta Siles Barcellos

APE Paulo Eduardo Panassol

Senhor Supervisor:

Em exame aos termos do Relatório de Auditoria Operacional, esta Coordenação concorda com o Informe Técnico produzido.

Porto Alegre, de 2008.

Isaac Nicolau Coutinho  
Coordenador