

**OFÍCIO SESAU/GAB Nº 431/2026**

Recife, 31 de março de 2026.

Exmo. Sr.
Carlos Neves
Presidente do Tribunal de Contas de Pernambuco

Assunto: PRESTAÇÃO DE CONTAS 2025**Referência:** Ao responder este Ofício, favor indicar expressamente o Processo SEI nº 33.005298/2026-12

Exmo. Senhor Presidente,

Com os cordiais cumprimentos, esta Secretaria de Saúde do Município do Recife, por intermédio de sua Secretária Municipal, na qual subscreve, encaminha respeitosamente, em cumprimento a Resolução TC 299/2025, de 19 de novembro de 2025, documentos relativos a Prestação de Contas desta Secretaria e do Fundo Municipal de Saúde referente ao exercício de 2025.

Sendo o que nos cumpre para o momento, apresentamos protestos de estima e consideração, ao mesmo tempo em que nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Desde já renovamos votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,
LUCIANA ALBUQUERQUE
Secretária de Saúde

Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO**, Secretária Municipal, em 31/03/2026, às 11:30, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.recife.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **7643306** e o código CRC **8977038E**.

33.005298/2026-12

7643306v2





PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
BALANÇO ORÇAMENTÁRIO
UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
Acumulado até Dezembro/2025

Emitido em: 20/02/26 12:29

R\$ 1,00

Anexo XII, da Lei 4.320/64

RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS	PREVISÃO INICIAL (a)	PREVISÃO ATUALIZADA (b)	RECEITAS REALIZADAS (c)	SALDO (d) =(c-b)
Receitas Correntes (I)	0,00	0,00	0,00	0,00
IMPOSTOS, TAXAS E CONTRIBUIÇÕES DE MELHORIA	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA PATRIMONIAL	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA AGROPECUÁRIA	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA INDUSTRIAL	0,00	0,00	0,00	0,00
RECEITA DE SERVIÇOS	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS CORRENTES	0,00	0,00	0,00	0,00
Receitas de Capital (II)	0,00	0,00	0,00	0,00
OPERACÕES DE CRÉDITO	0,00	0,00	0,00	0,00
ALIENACÃO DE BENS	0,00	0,00	0,00	0,00
AMORTIZAÇÃO DE EMPRÉSTIMOS	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS DE CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00
SUBTOTAL DAS RECEITAS (III) = (I + II)	0,00	0,00	0,00	0,00
Operações de Crédito / Refinanciamento (IV)	0,00	0,00	0,00	0,00
Operações de Crédito Internas	0,00	0,00	0,00	0,00
Mobiliária	0,00	0,00	0,00	0,00
Contratual	0,00	0,00	0,00	0,00
Operações de Crédito Externas	0,00	0,00	0,00	0,00
Mobiliária	0,00	0,00	0,00	0,00
Contratual	0,00	0,00	0,00	0,00
SUBTOTAL COM REFINANCIAMENTO (V) = (III+IV)	0,00	0,00	0,00	0,00
Déficit (VI)	-	-	-	-
TOTAL (VII) = (V + VI)	0,00	0,00	0,00	0,00
Saldos de Exercícios Anteriores (Utilizados Para Créditos Adicionais)	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Arrecadados em Exercícios Anteriores	0,00	0,00	0,00	0,00
Superávit Financeiro	0,00	0,00	0,00	0,00
Reabertura de Créditos Adicionais	0,00	0,00	0,00	0,00



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
BALANÇO ORÇAMENTÁRIO
UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
Acumulado até Dezembro/2025

Emitido em: 20/02/26 12:29

R\$ 1,00

Anexo XII, da Lei 4.320/64

DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS	DOTAÇÃO INICIAL (e)	DOTAÇÃO ATUALIZADA (f)	DESPESAS EMPENHADAS (g)	DESPESAS LIQUIDADAS (h)	DESPESAS PAGAS (i)	SALDO DA DOTAÇÃO (j) = (f-g)
Despesas Correntes (VIII)	21.500,00	1.500,00	0,00	0,00	0,00	1.500,00
Pessoal e Encargos Sociais	21.000,00	1.000,00	0,00	0,00	0,00	1.000,00
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	500,00	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
Despesas de Capital (IX)	500,00	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
Investimentos	500,00	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reserva de Contingência (X)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUBTOTAL DAS DESPESAS (XI) = (VIII + IX + X)	22.000,00	2.000,00	0,00	0,00	0,00	2.000,00
Amortização da Dívida/ Refinanciamento (XII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida Interna	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dívida Mobiliária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Dívidas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida Externa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dívida Mobiliária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Dívidas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
SUBTOTAL COM REFINANCIAMENTO (XIII) = (XI + XII)	22.000,00	2.000,00	0,00	0,00	0,00	2.000,00
Superávit (XIV)	-	-	-	-	-	-
TOTAL (XV) = (XIII + XIV)	22.000,00	2.000,00	0,00	0,00	0,00	2.000,00
Reserva do RPPS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

ANEXO 1 - DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DOS RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até Dezembro/2025

Emitido em: 26/01/26 08:08

R\$ 1,00

Anexo XII, da Lei 4.320/64

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS	INSCRITOS		LIQUIDADOS (c)	PAGOS (d)	CANCELADOS (e)	SALDO (f) = (a+b-d-e)
	EM EXERCÍCIOS ANTERIORES (a)	EM 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO ANTERIOR (b)				
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal e Encargos Sociais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

ANEXO 2 - DEMONSTRATIVO DE EXECUÇÃO DOS RESTOS A PAGAR PROCESSADOS E NÃO PROCESSADOS LIQUIDADOS

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até Dezembro/2025

Emitido em: 26/01/26 11:13

R\$ 1,00

Anexo XII, da Lei 4.320/64

EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR PROCESSADOS	INSCRITOS		PAGOS (c)	CANCELADOS (d)	SALDO (e)= (a+b-c-d)
	EM EXERCÍCIOS ANTERIORES (a)	EM 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO ANTERIOR (b)			
Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pessoal e Encargos Sociais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesas de Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Investimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DE RECIFE
RESOLUÇÃO TC Nº 299, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2025 – ITEM 3 – ANEXO
III

NOTAS EXPLICATIVAS AO BALANÇO ORÇAMENTÁRIO E SEUS ASPECTOS RELEVANTES.

SECRETARIA DE SAÚDE – ADMINISTRAÇÃO DIRETA

O Balanço Orçamentário (BO), de acordo com o art. 102 da Lei no 4.320/1964, demonstra as receitas e despesas previstas em confronto com as realizadas e foi elaborado com base nas orientações da IPC 07, publicada pela Secretaria do Tesouro Nacional – STN em janeiro de 2020 e seguindo o modelo estatuído pelo Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, 11ª edição.

O Balanço Orçamentário apresenta as receitas detalhadas por categoria econômica e origem, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada e o saldo, que corresponde ao excesso ou déficit de arrecadação.

Demonstra também as despesas por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando a dotação inicial, a dotação atualizada para o exercício, as despesas empenhadas, as despesas liquidadas, as despesas pagas e o saldo da dotação.

O Balanço Orçamentário é composto por:

Quadro Principal: são apresentadas as receitas e despesas previstas em confronto com as realizadas. As receitas e despesas são apresentadas conforme a classificação por natureza. No caso da despesa, a classificação funcional também é utilizada complementarmente à classificação por natureza.

Repasses Financeiro do Tesouro para equilibrar a execução orçamentária. Os recursos recebidos está detalhado na unidade **48.01 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE- FMS**

Cabe destacar que, no âmbito do Município do Recife, as Unidades Gestoras da Administração Direta não possuem receita própria e, portanto, dependem de repasses financeiros do tesouro, das suas várias fontes de recursos, para executarem seus orçamentos, em consequência, apresentam resultados deficitários nos Balanços Orçamentários de forma individualizada.





PREFEITURA DE RECIFE
RESOLUÇÃO TC Nº 270, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2024 – ITEM 3 – ANEXO III
(Anexo 12 da Lei nº 4320/64)

Porém, no Balanço Orçamentário Consolidado do Município, são registradas todas as Receitas Orçamentárias recebidas que dão suporte aos repasses financeiros realizados às Unidades Gestoras para realizarem suas despesas orçamentárias. Foram detalhados na unidade **48.01 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE- FMS**.

Quadro da Execução dos Restos a Pagar Não Processados:

São informados os restos a pagar não processados inscritos até o exercício anterior nas respectivas fases de execução. Não houve movimento no exercício de 2025.

Quadro da Execução dos Restos a Pagar Processados:

São informados os restos a pagar processados inscritos no exercício anterior. Não houve movimento no exercício de 2025.

LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE DANGELO
Secretária de Saúde

JULIANA CELIA FIDELIS NUNES
Gerente Geral de Contabilidade do Município
CRC 033023/O-PE





PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

BALANÇO PATRIMONIAL

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até 14/2025

Emitido em: 24/03/26 13:17

Anexo XIV, da Lei 4.320/64

R\$ 1,00

ATIVO	EXERCÍCIO ATUAL	EXERCÍCIO ANTERIOR
ATIVO CIRCULANTE		
Caixa e Equivalentes de Caixa	0,00	0,00
Créditos a Curto Prazo	0,00	0,00
Demais Créditos e Valores a Curto Prazo	0,00	0,00
Investimentos e Aplicações Temporárias a Curto Prazo	0,00	0,00
Estoques	0,00	0,00
Ativo Não Circulante Mantido para Venda	0,00	0,00
VPD Pagas Antecipadamente	0,00	0,00
Total do Ativo Circulante	0,00	0,00
ATIVO NÃO CIRCULANTE		
Realizável a Longo Prazo	0,00	0,00
Investimentos	0,00	0,00
Imobilizado	0,00	0,00
Intangível	0,00	0,00
Total do Ativo Não Circulante	0,00	0,00
TOTAL DO ATIVO	0,00	0,00

Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, JULIANA CELIA FIDELIS NUNES
Acesse em: <https://ste.tec.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 6525f34c-cde5-4f0c-bf80-bd38136faaa7



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

BALANÇO PATRIMONIAL

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até 14/2025

Emitido em: 24/03/26 13:17

Anexo XIV, da Lei 4.320/64

R\$ 1,00

PASSIVO E PATRIMÔNIO LÍQUIDO	EXERCÍCIO ATUAL	EXERCÍCIO ANTERIOR
PASSIVO CIRCULANTE		
Obrigações Trabalhistas, Previdenciárias e Assistenciais a Pagar a Curto Prazo	0,00	0,00
Empréstimos e Financiamentos a Curto Prazo	0,00	0,00
Fornecedores e Contas a Pagar a Curto Prazo	0,00	0,00
Obrigações Fiscais a Curto Prazo	0,00	0,00
Transferências Fiscais a Curto Prazo	0,00	0,00
Provisões a Curto Prazo	0,00	0,00
Demais Obrigações a Curto Prazo	0,00	0,00
Total do Passivo Circulante	0,00	0,00
PASSIVO NÃO CIRCULANTE		
Obrigações Trabalhistas, Previdenciárias e Assistenciais a Pagar a Longo Prazo	0,00	0,00
Empréstimos e Financiamentos a Longo Prazo	0,00	0,00
Fornecedores e Contas a Pagar a Longo Prazo	0,00	0,00
Obrigações Fiscais a Longo Prazo	0,00	0,00
Transferências Fiscais a Longo Prazo	0,00	0,00
Provisões a Longo Prazo	0,00	0,00
Demais Obrigações a Longo Prazo	0,00	0,00
Resultado Diferido	0,00	0,00
Total do Passivo Não Circulante	0,00	0,00
PATRIMÔNIO LÍQUIDO		
Patrimônio Social e Capital Social	0,00	0,00
Adiantamento Para Futuro Aumento de Capital	0,00	0,00
Reservas de Capital	0,00	0,00
Ajustes de Avaliação Patrimonial	0,00	0,00
Reservas de Lucros	0,00	0,00
Demais Reservas	0,00	0,00
Resultados Acumulados	0,00	0,00
(-) Ações / Cotas em Tesouraria	0,00	0,00
Total do Patrimônio Líquido	0,00	0,00
TOTAL DO PASSIVO E DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

ANEXO 1 - QUADRO DOS ATIVOS E PASSIVOS FINANCEIROS E PERMANENTES

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até 14/2025

Emitido em: 18/03/26 15:24

Anexo XIV, da Lei 4.320/64

R\$ 1,00

	Exercício Atual	Exercício Anterior
Ativo (I)		
Ativo Financeiro	0,00	0,00
Ativo Permanente	0,00	0,00
Total do Ativo	0,00	0,00
Passivo (II)		
Passivo Financeiro	0,00	0,00
Passivo Permanente	0,00	0,00
Total do Passivo	0,00	0,00
Saldo Patrimonial (III) = (I - II)	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
QUADRO DAS CONTAS DE COMPENSAÇÃO
UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
Acumulado até 13/2025

Emitido em: 25/03/26 10:39

R\$ 1,00

Anexo XIV, da Lei 4.320/64

	Exercício Atual	Exercício Anterior
Atos Potenciais Ativos		
Garantias e Contragarantias Recebidas	0,00	0,00
Direitos Conveniados e outros instrumentos congêneres	0,00	0,00
Direitos Contratuais	0,00	0,00
Outros Atos Potenciais Ativos	0,00	0,00
Total dos Atos Potenciais Ativos	0,00	0,00
Atos Potenciais Passivos		
Garantias e Contragarantias concedidas	0,00	0,00
Obrigações conveniadas e outros instrumentos congêneres	0,00	0,00
Obrigações contratuais	0,00	0,00
Outros atos potenciais passivos	0,00	0,00
Total dos Atos Potenciais Passivos	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
QUADRO DO SUPERÁVIT - DÉFICIT FINANCEIRO
UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
Acumulado até 14/2025

Emitido em: 19/03/26 10:44

R\$ 1,00

Anexo XIV, da Lei 4.320/64

FONTE DE RECURSOS	EXERCÍCIO ATUAL	EXERCÍCIO ANTERIOR
Fontes Ordinárias	A consulta não retornou valores para os parâmetros informados.	
Fontes Vinculadas	Parâmetros: Informe o mês atual : 14	
TOTAL DAS FONTES DE RECURSOS	Informe o exercício atual : 2025 Informe o exercício anterior : 2024	

FONTE: Siafim



PREFEITURA DO RECIFE

Exercício 2025

RESOLUÇÃO TC Nº 299, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2025 – ANEXO III – ITEM 4

NOTAS EXPLICATIVAS AO BALANÇO PATRIMONIAL E SEUS ASPECTOS RELEVANTES

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

O Balanço Patrimonial é a demonstração contábil que evidencia, qualitativa e quantitativamente, situação patrimonial da entidade pública por meio de contas representativas do patrimônio público, bem como os atos potenciais, que são registrados em contas de compensação (natureza de informação de controle). A Lei nº 4.320/1964 confere viés orçamentário ao Balanço Patrimonial ao separar o ativo e passivo em dois grupos, Financeiro e Permanente, em função da dependência ou não de autorização legislativa ou orçamentária para realização dos itens que o compõem.

A fim de atender aos novos padrões da Contabilidade Aplicada ao Setor Público (CASP), as estruturas das demonstrações contábeis contidas nos anexos da Lei nº 4.320/1964 foram alteradas pela Portaria STN nº 438/2012. Assim, de modo a atender às determinações legais e às normas contábeis vigentes de acordo com o MCASP 11ª e a IPC 04 atualizada em janeiro de 2020, atualmente o Balanço Patrimonial é composto por: 1 - Quadro Principal; 2 - Quadro dos Ativos e Passivos Financeiros e Permanentes; 3 - Quadro das Contas de Compensação (controle); e 4 - Quadro do Superávit / Déficit Financeiro.

Antes de adentrar-mos nos números desse órgão municipal convém informar que a Unidade Gestora 180100 – Secretaria de Saúde não executa diretamente os atos orçamentários, financeiros e patrimoniais, os quais são centralizados no Fundo Municipal de Saúde, unidade responsável pela execução das ações e serviços públicos de saúde.

Dessa forma, o Balanço Patrimonial da Secretaria de Saúde apresenta valores zerados para os grupos de ativo e passivo, refletindo a ausência de movimentação patrimonial direta na unidade.

Ressalta-se, contudo, que existem registros patrimoniais no balancete contábil, notadamente relativos a bens móveis, os quais se encontram integralmente depreciados, resultando em valor contábil líquido nulo.

Assim, embora haja bens vinculados à estrutura administrativa da Secretaria, estes não impactam o



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, JULIANA CELIA FIDELIS NUNES
Acesse em: <https://stc.ce.gov.br/epp/validarDoc.aspx?DocId=6525134c-cde4-4f02-8180-0381332aa775>



PREFEITURA DO RECIFE

Exercício 2025

RESOLUÇÃO TC Nº 299, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2025 – ANEXO III – ITEM 4

resultado patrimonial evidenciado no Balanço Patrimonial, em razão da depreciação integral acumulada.

Adicionalmente, os registros de natureza de controle (classes 7 e 8) refletem atos potenciais relacionados à programação financeira, sem impacto direto na composição do ativo ou passivo da unidade.

1 - QUADRO PRINCIPAL

O QUADRO PRINCIPAL do Balanço Patrimonial é elaborado utilizando-se as classes 1 (ativo) e 2 (passivo e patrimônio líquido) do PCASP.

Na classe 1 – ATIVO os itens abaixo merecem destaque:

a) Caixa e Equivalente de Caixa

Neste subgrupo, o valor apresentado de **R\$ 0,00**, corresponde ao saldo nas contas bancárias de manutenção da unidade gestora.

Na classe 2 – Passivo/Patrimônio Líquido:

b) Resultados Acumulados

O saldo de **R\$ 0,00** é composto pelo superávits e déficits de exercício anteriores, no valor de **R\$ 0,00**; pelo saldo negativo da conta “Ajustes de Exercícios Anteriores” em valores negativo de **R\$ 0,00** adicionado ao “Superávits ou Déficits do Exercício”, este positivo em **R\$ 0,00**.

- QUADRO DE ATIVOS E PASSIVOS FINANCEIROS E PERMANENTES

Este quadro apresenta os ativos e passivos financeiros e permanentes, de acordo com o disposto no art. 105 da Lei nº 4.320/1964 e será elaborado utilizando-se a classe 1 (Ativo), a classe 2 (Passivo e Patrimônio Líquido) do PCASP.

Os ativos e passivos financeiros e permanentes e o saldo patrimonial são apresentados pelos seus valores totais. Na referida unidade, tem-se um saldo de **R\$ 0,00** de ativos financeiros (sem saldo de ativo permanente). Já o passivo financeiro tem um saldo de **R\$ 0,00** (sem saldo de passivos permanentes).





PREFEITURA DO RECIFE

Exercício 2025

RESOLUÇÃO TC Nº 299, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2025 – ANEXO III – ITEM 4



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, JULIANA CELIA FIDELIS NUNES
Acesse em: <https://stc.ice.pe.gov.br/app/validaDoc.seam> Código do documento: 6572934c-cde5-4f0c-bf80-bd38136faa7

2 - QUADRO DAS CONTAS DE COMPENSAÇÃO

Elaborado utilizando-se a classe 8 (controles credores), grupo 1 (atos potenciais) do Plano de Contas Aplicado ao Setor Público (PCASP). Neste quadro está evidenciado a execução de obrigações relacionadas à execução de contratos de serviços e de fornecimento de bens valorados conjuntamente em **R\$ 0,00**.

3 - QUADRO DO SUPERÁVIT / DÉFICIT FINANCEIRO

Este quadro apresenta o superávit/déficit financeiro, apurado conforme o § 2º do art. 43 da Lei nº 4.320/1964, utilizando-se o saldo da conta 8.2.1.1.1.00.00. O somatório dos superávits e déficits das fontes de recursos deve ser igual ao superávit/déficit financeiro apurado pela diferença entre o Ativo Financeiro e o Passivo Financeiro. Com base nesse exposto, a referida Unidade apresenta um saldo de **R\$ 0,00**.

LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE DANGELO
Secretaria de Saúde

JULIANA CÉLIA FIDELIS NUNES
Gerente Geral de Contabilidade do Município
CRC 033023/O-PE



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

BALANÇO FINANCEIRO

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até 13/2025

Emitido em: 10/03/26 13:10

Anexo XIII, da Lei 4.320/64

R\$ 1,00

INGRESSOS		
	EXERCÍCIO ATUAL	EXERCÍCIO ANTERIOR
Receita Orçamentária (I)	0,00	0,00
Recursos Não Vinculados	0,00	0,00
Recursos Vinculados (EXCETO AO RPPS)	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Educação	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Saúde	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Assistência Social	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Previdência Social (EXCETO RPPS)	0,00	0,00
Demais Vinculações Decorrentes de Transferências	0,00	0,00
Demais Vinculações Legais	0,00	0,00
Outras Vinculações	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário)	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Fundo em Repartição (Plano Financeiro)	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Taxa de Administração	0,00	0,00
Transferências Financeiras Recebidas (II)	0,00	0,00
Transferências Recebidas para a Execução Orçamentária	0,00	0,00
Transferências Financeiras Recebidas Independentes de Execução Orçamentária	0,00	0,00
Transferências Recebidas para Aportes de recursos para o RPPS	0,00	0,00
Transferências Recebidas para Aportes de recursos para o RGPS	0,00	0,00
Transferências Recebidas para o Sistema de Proteção Social dos Militares	0,00	0,00
Outras Movimentações Financeiras Recebidas (III)	0,00	0,00
Resgates de Investimentos e Aplicações Financeiras	0,00	0,00
Desbloqueios de Valores em Caixa	0,00	0,00
Recebimentos Extraorçamentários (IV)	0,00	0,00
Inscrição de Restos a Pagar Não Processados	0,00	0,00
Inscrição de Restos a Pagar Processados	0,00	0,00
Depósitos Restituíveis e Valores Vinculados	0,00	0,00
Outros Recebimentos Extraorçamentários	0,00	0,00
Saldo do Exercício Anterior (V)	0,00	0,00
Caixa e Equivalentes de Caixa (exceto RPPS)	0,00	0,00
Caixa e Equivalentes de Caixa RPPS	0,00	0,00
Depósitos Restituíveis e Valores Vinculados	0,00	0,00
TOTAL (VI) = (I+II+III+IV+V)	0,00	0,00



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

BALANÇO FINANCEIRO

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até 13/2025

Emitido em: 10/03/26 13:10

Anexo XIII, da Lei 4.320/64

R\$ 1,00

DISPÊNDIOS		
	EXERCÍCIO ATUAL	EXERCÍCIO ANTERIOR
Despesa Orçamentária (VII)	0,00	0,00
Recursos Não Vinculados	0,00	0,00
Recursos Vinculados (EXCETO AO RPPS)	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Educação	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Saúde	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Assistência Social	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Previdência Social (EXCETO RPPS)	0,00	0,00
Demais Vinculações Decorrentes de Transferências	0,00	0,00
Demais Vinculações Legais	0,00	0,00
Outras Vinculações	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário)	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Fundo em Repartição (Plano Financeiro)	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Taxa de Administração	0,00	0,00
Transferências Financeiras Concedidas (VIII)	0,00	0,00
Transferências Concedidas para a Execução Orçamentária	0,00	0,00
Transferências Concedidas Independentes de Execução Orçamentária	0,00	0,00
Transferências Concedidas para Aportes de recursos para o RPPS	0,00	0,00
Transferências Concedidas para Aportes de recursos para o RGPS	0,00	0,00
Transferências Concedidas para o Sistema de Proteção Social dos Militares	0,00	0,00
Outras Movimentações Financeiras Concedidas (IX)	0,00	0,00
Transferências para Investimentos e Aplicações Financeiras	0,00	0,00
Bloqueios de Valores em Caixa	0,00	0,00
Pagamentos Extraorçamentários (X)	0,00	0,00
Pagamentos de Restos a Pagar Não Processados	0,00	0,00
Pagamentos de Restos a Pagar Processados	0,00	0,00
Depósitos Restituíveis e Valores Vinculados	0,00	0,00
Outros Pagamentos Extraorçamentários	0,00	0,00
Saldo para o Exercício Seguinte (XI)	0,00	0,00
Caixa e Equivalentes de Caixa (EXCETO RPPS)	0,00	0,00
Caixa e Equivalentes de Caixa RPPS	0,00	0,00
Depósitos Restituíveis e Valores Vinculados	0,00	0,00
TOTAL (XII) = (VII+VIII+IX+X+XI)	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
BALANÇO FINANCEIRO - QUADRO ANEXO
UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
Acumulado até 13/2025

Emitido em: 11/03/26 08:09
R\$ 1,00

Anexo XIII, da Lei 4.320/64

	Exercício Atual			Exercício Anterior		
	Receita Orçamentária (a)	Deduções da Receita Orçamentária (b)	Saldo (c) = (a-b)	Receita Orçamentária (d)	Deduções da Receita Orçamentária (e)	Saldo (f) = (d-e)
Recursos Não Vinculados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados (EXCETO AO RPPS)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Educação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Assistência Social	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados à Previdência Social (Exceto ao RPPS)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Vinculações Decorrentes de Transferências	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Vinculações Legais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Vinculações	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Fundo em Repartição (Plano Financeiro)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recursos Vinculados ao RPPS - Taxa de Administração	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DO RECIFE

Exercício 2025

RESOLUÇÃO TC Nº 299, DE 19 NOVEMBRO DE 2025 – ANEXO III – ITEM 5 (ANEXO 13 DA LEI Nº 4320/64)

NOTAS EXPLICATIVAS AO BALANÇO FINANCEIRO E SEUS ASPECTOS RELEVANTES

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

O Balanço Financeiro (BF) evidencia as receitas e despesas orçamentárias, bem como os ingressos e dispêndios extraorçamentários, conjugados com os saldos de caixa do exercício anterior e os que se transferem para o início do exercício seguinte. Foi elaborado de acordo com as instruções da **IPC 06, publicada pela Secretaria do Tesouro Nacional – STN e atualizada em junho de 2024, bem como de acordo com o Manual de Contabilidade Aplicado ao Setor Público – MCASP 11ª edição, vigente para o exercício de 2025.**

Destaca-se que o estágio de adequação ao Plano de Implantação dos Procedimentos Contábeis Patrimoniais PIPCP, foi cumprido totalmente nos termos da Portaria da STN nº 548/2015.

O Balanço Financeiro contempla duas seções: Ingressos (Receitas Orçamentárias e Recebimentos Extraorçamentários) e Dispêndios (Despesa Orçamentária e Pagamentos Extra orçamentários), que se equilibram com a inclusão do saldo em espécie do exercício anterior na coluna dos ingressos e o saldo em espécie para o exercício seguinte na coluna dos dispêndios.

O Balanço Financeiro será elaborado utilizando-se as seguintes classes do Plano de Contas Aplicado ao Setor Público (PCASP):

- a. Classes 1 (Ativo) e 2 (Passivo) para os Recebimentos e Pagamentos Extraorçamentários de Depósitos Restituíveis e Valores Vinculados, Saldo em Espécie do Exercício Anterior e Saldo em Espécie para o Exercício Seguinte;
- b. Classe 3 (Variações Patrimoniais Diminutivas) para as Transferências Financeiras Concedidas;
- c. Classe 4 (Variações Patrimoniais Aumentativas) para as Transferências Financeiras Recebidas;
- d. Classe 5 (Orçamento Aprovado) para a Inscrição de Restos a Pagar;
- e. Classe 6 (Execução do Orçamento) para a Receita Orçamentária, Despesa Orçamentária e Pagamento de Restos a Pagar.
- f. Classe 7 e 8 (controles devedores e credores) para registrar as entradas e saídas de caixa e equivalentes de caixa em que não haja, necessariamente, execução orçamentária, e que também não sejam evidenciadas ou provenientes de movimentações extraorçamentárias.



PREFEITURA DO RECIFE

Exercício 2025

RESOLUÇÃO TC Nº 299, DE 19 NOVEMBRO DE 2025 – ANEXO III – ITEM 5

(ANEXO 13 DA LEI Nº 4320/64)

Conforme as regras do MCASP, as informações são apresentadas por fonte/destinação de recursos, segregando as destinações ordinárias e vinculadas.

Convém informar que não houveram ajustes relacionados às retenções, bem como outras operações que tenham impactado significativamente o Balanço Financeiro.

INGRESSOS

NOTA I: RECEITA ORÇAMENTÁRIA

- Sem movimento, de acordo com o Quadro Principal e seu Anexo.
- Cabe esclarecer que as Secretarias da Administração Direta do Município do Recife não possuem Receitas Próprias executam seus orçamentos através de Repasses Financeiros.

NOTA II: TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS RECEBIDAS

- Nada a declarar pois não houve movimentação.

NOTA III: RECEBIMENTOS EXTRA-ORÇAMENTÁRIOS

- Inscrição de Restos a Pagar Processados no valor de **R\$ 0,00**.
- Movimentação a Crédito de Depósitos Restituíveis e Valores Vinculados no valor de **R\$ 0,00**
- Outros Recebimentos Extraorçamentários no valor de **R\$ 0,00** que correspondem aos totais das movimentações anuais a crédito de contas financeiras, não especificadas nas demais linhas do Balanço Financeiro.

NOTA IV: SALDO ANO ANTERIOR (INGRESSOS) E SALDO PARA O EXERCÍCIO SEGUINTE (DISPÊNDIOS)

- O Caixa e Equivalente de Caixa apresenta saldos **R\$0,00** tanto para **(Saldo anterior – Ingressos)** como para o **(Saldo para o exercício seguinte – Dispêndios)**.



PREFEITURA DO RECIFE

Exercício 2025

RESOLUÇÃO TC Nº 299, DE 19 NOVEMBRO DE 2025 – ANEXO III – ITEM 5

(ANEXO 13 DA LEI Nº 4320/64)

DISPÊNDIOS

NOTA V: DESPESA ORÇAMENTÁRIA

- As Despesas Orçamentárias com recursos vinculadas ou não, bem como as pertencentes ou não a gastos com Pessoal Encargos e Despesas, Outras Despesas Correntes e Despesas de Capital, não se efetivaram no transcorrer do Exercício Financeiro, refletindo saldos zerados no Balanço Financeiro.

NOTA VI: TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS CONCEDIDAS

- As Transferências concedidas para execução orçamentária, que são utilizadas em repasses concedidos relativas transferências entre contas, não se efetivaram no transcorrer do Exercício Financeiro.

NOTA VII: PAGAMENTOS EXTRAORÇAMENTÁRIOS

- Pagamentos de Restos a Pagar Processados no valor de **R\$ 0,00**.
- Movimentação a débito de Depósitos Restituíveis e Valores Vinculados no valor de **R\$ 0,00**.
- Outros Pagamentos Extraorçamentários que correspondem aos totais das movimentações anuais a débito de contas financeiras, não especificadas nas demais linhas do Balanço Financeiro, teve saldo zero em função da falta de movimentações financeiras na Unidade Administrativa.

LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE DANGELO
Secretaria de Saúde

JULIANA CÉLIA FIDELIS NUNES
Gerente Geral de Contabilidade do Município
CRC 033023/O-PE



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

VARIAÇÃO PATRIMONIAL

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
Acumulado até 13/2025

Emitido em: 17/03/26 10:41

Anexo XV, da Lei 4.320/64

	R\$ 1,00	
ESPECIFICAÇÃO	Exercício Atual	Exercício Anterior
VARIAÇÕES PATRIMONIAIS AUMENTATIVAS	0,00	0,00
Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria	0,00	0,00
Impostos	0,00	0,00
Taxas	0,00	0,00
Contribuições de Melhoria	0,00	0,00
Contribuições	0,00	0,00
Contribuições Sociais	0,00	0,00
Contribuições de Intervenção no Domínio Econômico	0,00	0,00
Contribuição de Iluminação Pública	0,00	0,00
Exploração e Venda de Bens, Serviços e Direitos	0,00	0,00
Venda de Mercadorias	0,00	0,00
Venda de Produtos	0,00	0,00
Exploração de Bens e Direitos e Prestação de Serviços	0,00	0,00
Variações Patrimoniais Aumentativas Financeiras	0,00	0,00
Juros e Encargos de Empréstimos e Financiamentos Concedidos	0,00	0,00
Juros e Encargos de Mora	0,00	0,00
Variações Monetárias e Cambiais	0,00	0,00
Descontos Financeiros Obtidos	0,00	0,00
Remuneração de Depósitos Bancários e Aplicações Financeiras	0,00	0,00
Outras Variações Patrimoniais Aumentativas Financeiras	0,00	0,00
Transferências e Delegações Recebidas	0,00	0,00
Transferências Intragovernamentais	0,00	0,00
Transferências Inter Governamentais	0,00	0,00
Transferências das Instituições Privadas	0,00	0,00
Transferências de Consórcios Públicos	0,00	0,00
Execução Orçamentária Delegada	0,00	0,00
Transferências de Pessoas Físicas	0,00	0,00
Outras Transferências e Delegações Recebidas	0,00	0,00
Valorização e Ganhos com Ativos e Desincorporação de Passivos	0,00	0,00
Reavaliação de Ativos	0,00	0,00
Ganhos com Alienação	0,00	0,00
Ganhos com Incorporação de Ativos	0,00	0,00
Ganhos com Desincorporação de Passivos	0,00	0,00
Reversão de Redução a Valor Recuperável	0,00	0,00
Outras Variações Patrimoniais Aumentativas	0,00	0,00
Variação Patrimonial Aumentativa a Classificar	0,00	0,00
Resultado Positivo de Participações	0,00	0,00
Diversas Variações Patrimoniais Aumentativas	0,00	0,00
VARIAÇÕES PATRIMONIAIS DIMINUTIVAS	0,00	0,00
Pessoal e Encargos	0,00	0,00
Remuneração a Pessoal	0,00	0,00
Encargos Patronais	0,00	0,00
Benefícios a Pessoal	0,00	0,00
Outras Variações Patrimoniais Diminutivas - Pessoal e Encargos	0,00	0,00
Benefícios Previdenciários e Assistenciais	0,00	0,00
Aposentadorias e Reformas	0,00	0,00
Pensões	0,00	0,00
Benefícios de Prestação Continuada	0,00	0,00
Benefícios Eventuais	0,00	0,00
Políticas Públicas de Transferência de Renda	0,00	0,00
Outros Benefícios Previdenciários e Assistenciais	0,00	0,00
Uso de Bens, Serviços e Consumo de Capital Fixo	0,00	0,00



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE

VARIAÇÃO PATRIMONIAL

UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Acumulado até 13/2025

Emitido em: 17/03/26 10:41

Anexo XV, da Lei 4.320/64

	R\$ 1,00	
ESPECIFICAÇÃO	Exercício Atual	Exercício Anterior
Uso de Material de Consumo	0,00	0,00
Serviços	0,00	0,00
Depreciação, Amortização e Exaustão	0,00	0,00
Variações Patrimoniais Diminutivas Financeiras	0,00	0,00
Juros e Encargos de Empréstimos e Financiamentos Obtidos	0,00	0,00
Juros e Encargos de Mora	0,00	0,00
Variações Monetárias e Cambiais	0,00	0,00
Descontos Financeiros Concedidos	0,00	0,00
Outras Variações Patrimoniais Diminutivas - Financeiras	0,00	0,00
Transferências e Delegações Concedidas	0,00	0,00
Transferências Intragovernamentais	0,00	0,00
Transferências Inter Governamentais	0,00	0,00
Transferências à Instituições Privadas	0,00	0,00
Transferências à Instituições Multigovernamentais	0,00	0,00
Transferências à Consórcios Públicos	0,00	0,00
Execução Orçamentária Delegada	0,00	0,00
Outras Transferências e Delegações Concedidas	0,00	0,00
Desvalorização e Perda de Ativos e Incorporação de Passivos	0,00	0,00
Reavaliação, Redução a Valor Recuperável e Ajuste para Perdas	0,00	0,00
Perdas com Alienação	0,00	0,00
Perdas Involuntárias	0,00	0,00
Incorporação de Passivo	0,00	0,00
Desincorporação de Ativos	0,00	0,00
Tributárias	0,00	0,00
Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria	0,00	0,00
Contribuições	0,00	0,00
Outras Variações Patrimoniais Diminutivas	0,00	0,00
Premiações	0,00	0,00
Resultado Negativo de Participações	0,00	0,00
Incentivos	0,00	0,00
Subvenções Econômicas	0,00	0,00
Diversas Variações Patrimoniais Diminutivas	0,00	0,00
RESULTADO PATRIMONIAL DO PERÍODO	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DE RECIFE
Exercício de 2025

NOTAS EXPLICATIVAS À DEMONSTRAÇÃO DAS VARIAÇÕES
PATRIMONIAIS – DVP E SEUS ASPECTOS RELEVANTES

SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA

As estruturas das Demonstrações Contábeis contidas nos anexos da Lei nº 4.320/64 foram alteradas pela Portaria STN nº 438/12, conforme competência estabelecida pelo art. nº 113 da referida Lei, e em consonância com os novos padrões da Contabilidade Aplicada ao Setor Público (CASP). A partir de então as disposições acerca de tais demonstrativos passaram a ser disciplinadas pelo MCASP, observado as NBT TSP.

A Demonstração das Variações Patrimoniais (DVP) é elaborada utilizando-se as classes 3 - Variações Patrimoniais Diminutivas (VPD) e 4 - Variações Patrimoniais Aumentativas (VPA) do PCASP, afim de demonstrar as variações quantitativas ocorridas no patrimônio do ente. Segue as Instruções de Procedimentos Contábeis - IPC 05, publicada pela Secretaria do Tesouro Nacional – STN em Janeiro/2020.

O Resultado Patrimonial do período é apurado pelo confronto entre as Variações Patrimoniais Aumentativas e Diminutivas. O valor apurado passa a compor o Saldo Patrimonial do Balanço Patrimonial do exercício.

O Quadro de Variações Patrimoniais Qualitativas previsto no Item 06, do Anexo III da Resolução TC nº 299, de 19 de novembro de 2025, não foi apresentado, uma vez que não ocorreram alterações significativas nesta unidade gestora.

Ainda conforme a IPC 05 o Município do Recife adotou o modelo analítico que detalha os subgrupos das variações patrimoniais em um único quadro. Esse modelo auxilia o recebimento das contas anuais por meio do SICONFI, para fins de consolidação. Esse modelo dispensa os quadros anexos.

VARIAÇÕES PATRIMONIAIS AUMENTATIVAS

NOTA I - Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria

Sem movimento.

NOTA II - Contribuições

Sem movimento.

NOTA III - Exploração e Venda de Bens, Serviços e Direitos

Sem movimento.





PREFEITURA DE RECIFE
Exercício de 2025



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, JULIANA CELIA FIDELIS NUNES
Acesse em: <https://stc.ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 9b2928de-fb1f-489e-bce2-2ddb3b4ad17

NOTA IV - Variação Patrimonial Aumentativa Financeiras

Sem movimento.

NOTA V - Transferências e Delegações Recebidas

Sem movimento.

NOTA VI - Valorização e Ganhos com Ativos e Desincorporação de Passivos

Sem movimento.

NOTA VII - Outras Variações Patrimoniais Aumentativas

Sem movimento.

VARIAÇÕES PATRIMONIAIS DIMINUTIVAS

NOTA VIII - Pessoal e Encargos

Sem movimento.

PESSOAL E ENCARGOS	Valor (Em R\$)
• Vencimentos e vantagens fixas.....	0,00
• Contrato por tempo determinado.....	0,00
• Despesas variáveis.....	0,00
Total.....	0,00

NOTA IX - Benefícios Previdenciários e Assistenciais

Sem movimento.

NOTA X - Uso de Bens, Serviços e Consumo de Capital Fixo

Sem movimento.

:

USO DE BENS, SERVIÇOS E CONSUMO DE CAPITAL FIXO	Valor (Em R\$)	%
• Uso e material de consumo.....	0,00	0,00
• Serviços.....	0,00	0,00
• Depreciação, Amortização de Exaustão.....	0,00	0,00
Total.....	0,00	0,00



PREFEITURA DE RECIFE
Exercício de 2025



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, JULIANA CELIA FIDELIS NUNES
Acesse em: <https://stce.rce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 9b2928de-fb1f-489e-bce2-2ddb3b4aa117

NOTA XI - Variações Patrimoniais Diminutivas Financeiras

Sem movimento.

NOTA XII - Transferências e Delegações Concedidas

Sem movimento.

NOTA XIII - Desvalorização e Perdas de Ativos e Incorporações de Passivos

Sem movimento.

NOTA XIV - Tributárias

Sem movimento.

NOTA XV - Custos das Mercadorias e dos Produtos Vendidos e dos Serviços Prestados

Sem movimento.

NOTA XVI – Outras Variações Patrimoniais Diminutivas

Sem movimento.

O Resultado Patrimonial do período foi de **R\$ 0,00**. Esse valor foi apurado pelo confronto entre as variações patrimoniais quantitativas aumentativas e diminutivas. O valor apurado compõe o saldo patrimonial do Balanço Patrimonial (BP) do Exercício.

LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE DANGELO
SECRETARIA DE SAÚDE

JULIANA CÉLIA FIDELIS NUNES
Gerente Geral de Contabilidade do Município
CRC 033023/O-PE



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
DEMONSTRATIVO DA DÍVIDA FLUTUANTE
 UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
 Acumulado até 13/2025

Emitido em: 16/03/26 10:23

Anexo XVII, da Lei 4.320/64

R\$ 1,00

	Saldo Anterior	Movimentação no Período					Saldo para o Exercício Seguinte
		Inscrições	Baixa		Transferência de Restos a Pagar não Processados Inscritos em Exercícios Anteriores em Liquidação ou Liquidado		
			Pagamento	Cancelamento	Inscrição	Baixa	
Restos a pagar (Subtotal)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Processados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2023	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2024	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2025	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal do RPP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não Processados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2023	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2024	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2025	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Subtotal dos RPNP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Depósitos (Subtotal)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Caucões	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consignações	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Depósitos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Obrigações de Curto Prazo (Subtotal)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Obrigações de Curto Prazo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FONTE: Siafim



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
COMPARATIVO DA DESPESA AUTORIZADA COM A REALIZADA
UG: 180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA
Acumulado até Dezembro/2025

Emitido em: 20/03/26 15:09

R\$ 1,00

Anexo XI, da Lei 4.320/64

CATEGORIA ECONÔMICA/GRUPO DE DESPESA	DESPESA AUTORIZADA					REALIZADA	DIFERENÇA
	CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS	SUPLEMENTAÇÃO	CRÉDITOS ESPECIAIS E EXTRAORDINARIOS	REDUÇÃO	TOTAL		
180100 - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA	22.000,00	0,00	0,00	-20.000,00	2.000,00	0,00	2.000,00
3 - DESPESAS CORRENTES	21.500,00	0,00	0,00	-20.000,00	1.500,00	0,00	1.500,00
1 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	21.000,00	0,00	0,00	-20.000,00	1.000,00	0,00	1.000,00
3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00	0,00	500,00
4 - DESPESAS DE CAPITAL	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00	0,00	500,00
4 - INVESTIMENTOS	500,00	0,00	0,00	0,00	500,00	0,00	500,00
TOTAL	22.000,00	0,00	0,00	-20.000,00	2.000,00	0,00	2.000,00

FONTE: Siafim



Município de Recife
Secretaria de Finanças

Gerência Geral de Contabilidade do Município

**DEMONSTRATIVO DA DESPESA REALIZADA POR FUNÇÕES E PROGRAMAS POR AÇÃO, NAS
RESPECTIVAS FONTE - Período: 12/2025**



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, JULIANA CELIA FIDELIS NUNES
Acesse em: <https://dce.ree.pe.gov.br/epp/validadoc.seam> Código do documento: 24cd6be-0412-42b0-91a7-746834bddd91

Unidade Gestora / Função / Programa / Projetos e Atividades / Fonte	PROJETOS	ATIVIDADES	OPERAÇÕES ESPECIAIS	TOTAL
TOTAL	A consulta não retornou valores para os parâmetros informados. Parâmetros: Informe o Mês : 12 Informe o Exercício : 2025 Informe a UG : %			

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
CONTROLADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 5dbf09a0-7a5a-4623-4602-b0aecaeb3818a

Ofício nº 651/2025 – GAB/CGM

Recife, 07 de outubro de 2025

Excelentíssima Senhora,
LUCIANA ALBUQUERQUE
Secretaria de Saúde


Assunto: Relatório de Auditoria nº 03/2025 e anexos

Encaminho, em anexo, para vosso conhecimento o **Relatório de Auditoria nº 03/2025 e anexos**, referente ao trabalho de consultoria realizado na **Secretaria de Assistência Social e combate à Fome**, que teve como objetivo avaliar os **serviços ofertados nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e os parâmetros que interferem nos indicadores do IDCRAS e do IGD-M**.

Como a auditoria também contemplou aspectos relativos à esta SESAU, indicamos a leitura do relatório e atenção especial às recomendações constantes no **item 4** do documento.

Reiteramos nossa disposição para apoiá-los em casos de dúvidas ou esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

Atenciosamente,

 ASSINADO DIGITALMENTE POR
SEVERINO JOSE DE ANDRADE JUNIOR
CPF: ***.894.964-38 DATA: 08/10/2025 16:31
LOCAL: RECIFE - PE
CÓDIGO: 815893ae-db4b-4ffb-8833-f5e4abcd2c00
REGULADO PELO DECRETO MUNICIPAL Nº 33.682 de 25/05/2020 (RECIFE-PE)

Severino José de Andrade Júnior
Controlador-Geral do Município



RELATÓRIO DE AUDITORIA 03/2025

Secretaria de Assistência Social e Combate à Fome - SAS

- Gerência de Proteção Social Básica
- Divisão dos Centros de Referência em Assistência Social
- Divisão de Cadastro Único
- Unidade de Vigilância SocioAssistencial - UVS

SEDUC - Unidade de Atendimento Social e Emocional

SESAU - Área Técnica de alimentação e nutrição

Exercício - 2024

Processo SEI 11001220/2023-26



QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGM?

O presente trabalho de consultoria teve por objetivo avaliar os serviços ofertados nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e os parâmetros que interferem nos indicadores do IDCRAS, e do IGD-M, de modo a identificar pontos de melhoria nas áreas de governança, gestão de riscos e controle interno visando a sugerir ações alinhadas aos objetivos estratégicos com a finalidade de viabilizar a melhoria dos serviços à população e, com isso, elevar os índices de avaliação do SUAS Recife, posicionando o município para um potencial incremento dos repasses dos recursos federais.

A metodologia adotada foi a análise quali-quantitativa com visitas técnicas, entrevistas semi-estruturadas e remodelagem de processos. E quantitativamente, a análise de dados e estimativas de resultados através das informações dos questionários dos Censos SUAS 2022, 2023 e 2024 e dos relatórios de recursos financeiros relacionados ao repasse do IGD-M.

POR QUE A CGM REALIZOU ESSE TRABALHO?

Trata-se de uma proposta da CGM a respeito da análise dos indicadores de performance dos serviços ofertados nos CRAS da SDSDHJPD após constatação de irregularidades em informações sobre a contabilização dos atendimentos nos CRAS. A equipe identificou a oportunidade de, por meio de um trabalho de assessoria, buscar ações para impactar de forma positiva os serviços da assistência social básica, potencializando os índices federais IDCRAS e IGD-M, para um possível incremento dos repasses federais. Foram contemplados também os objetivos do Plano Municipal de Assistência Social e o Plano Estratégico “Recife na Rota do Futuro”.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA CGM?

A adoção das recomendações apontadas neste relatório é uma medida tática para o alcance de benefícios financeiros como o aumento do valor dos repasses ao Fundo Municipal da Assistência Social, o que também provocará melhoria do serviço prestado e maior articulação interna entre os órgãos da Prefeitura Municipal.



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CGM	Controladoria-Geral do Município
COMPAZ	Centro Comunitário da Paz
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DGSUAS	Departamento de Gestão do SUAS
DUM	Data da última menstruação
EMPREL	Empresa Municipal de Informática
FMAS	Fundo Municipal de Assistência Social
GAPAR	Gerência de Auditoria e PAR - CGM
IDCRAS	Índice de Desenvolvimento do CRAS
IGD-M	Índice de Gestão Descentralizada dos Municípios
IN	Instrução Normativa
MC	Ministério da Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
NOB/ SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
NT	Nota Técnica
ONG	Organização Não Governamental
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
SAGICAD	Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro
SAS	Secretaria de Assistência Social e Combate à Fome
SDSDHJPD	Secretaria de Desenvolvimento Social, Direitos, Humanos, Juventude e Políticas sobre
SECPAZ	Secretaria de Cidadania e Cultura de Paz
SEDUC	Secretaria de Educação
SESAU	Secretaria de Saúde
SESEC	Secretaria de Segurança Cidadã
SICON	Sistema de Condicionais do Programa Bolsa Família
SigPBF	Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TAAS	Taxa de Acompanhamento de Agenda de Saúde
TAC	Taxa de Atualização Cadastral
TAFE	Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar
UVS	Unidade de Vigilância Socioassistencial



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1- METODOLOGIA	6
2 - DEFINIÇÃO DOS INDICADORES	7
2.1 - O que é Índice de Desenvolvimento do CRAS (IDCRAS)	7
2.1.1 - Dimensões: Recursos Humanos, Estrutura Física e Serviços e Benefícios	8
2.2 - O que é Censo SUAS	10
2.3 - O que é Índice de Gestão Descentralizada (IGD-M)	10
2.3.1 - Taxa de Acompanhamento Cadastral (TAC)	11
2.3.2 - Taxa de Acompanhamento da Agenda da Saúde (TAAS)	12
2.3.3 - Taxa de Acompanhamento da Frequência Escolar (TAFE)	13
2.3.4 - Sobre os incentivos	13
2.3.5 - Períodos de vigência dos Programas do Bolsa Família	14
3- RESULTADOS DOS EXAMES	14
3.1 - Panorama Inicial	14
3.2 - Quanto ao IDCRAS	15
3.2.1 - Dimensão Recursos Humanos	17
3.2.2 - Dimensão Estrutura Física	18
3.2.2.1 - Sobre o Compartilhamento com o COMPAZ	19
3.2.3 - Dimensão Serviços e Benefícios	21
3.3 - Quanto ao IGD-M	22
3.3.1 - Quanto à Taxa de Atualização Cadastral (TAC)	22
3.3.2 - Quanto à Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar (TAFE)	24
3.3.2.1 - Algumas Boas Práticas identificadas em relação a TAFE	26
3.3.3 - Quanto à Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde (TAAS)	27
3.3.3.1 - Algumas Boas Práticas identificadas em relação à TAAS	31
3.3.4 - Fórmula do cálculo do repasse do IGD-M	31
3.3.4.1 - Dos incentivos	32
3.3.4.1.1 - Por atualização dados de Secretário e Coordenador Municipal	33
3.3.4.1.2 - Por acompanhamento de famílias em fase de Suspensão de Condicionais	34
3.3.4.1.3 - Por instituição da Comissão Intersectorial do Bolsa Família	34
3.3.4.1.4 - Por atualização cadastral em Domicílio	35
3.3.4.2 - Redutor financeiro relacionado ao saldo na conta bancária do IGD-M	36
4 - RECOMENDAÇÕES	37
4.1 - Planos de Ação	37
4.1.1 - IDCRAS	39
4.1.1.1 - CENSO SUAS	39
4.1.1.2 - Dimensão Estrutura Física	40
4.1.1.3 - Dimensão Serviços e Benefícios	41
4.1.1.4 - Dimensão Recursos Humanos	42
4.1.2 - IGD-M	43



4.1.2.1 - Comissão Intersetorial SDS DHJPD/SEDUC/SESAU	43
4.1.2.2 - Taxa de Atualização Cadastral - TAC	44
4.1.2.3 - Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar - TAFE	45
4.1.2.4 - Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde - TAAS	46
5- CONCLUSÃO	47
6 - ANEXOS	48



APRESENTAÇÃO

Este Relatório de Auditoria refere-se ao trabalho de assessoramento realizado na Secretaria de Desenvolvimento Social, Direitos, Humanos, Juventude e Políticas sobre Drogas (SDSDHJPD) no ano de 2024, com o objetivo de analisar e propor melhorias nos indicadores de desempenho dos CRAS - Centros de Referência em Assistência Social. Com a reforma administrativa da Prefeitura do Recife, em janeiro de 2025, a SDSDHJPD sofreu mudanças estruturais e, atualmente, o órgão se chama Secretaria de Assistência Social e Combate à Fome (SAS). No entanto, este relatório usa a nomenclatura anterior, referente ao período no qual ocorreu a auditoria.

No decorrer do trabalho, muitas ações já foram propostas pela equipe técnica e algumas melhorias já estão implementadas. As estimativas feitas por esta CGM, no caso da adoção das medidas recomendadas, não garantem a melhoria nos índices nem o aumento de repasses financeiros.

Importante destacar que, durante a execução da auditoria, a equipe realizou algumas projeções quanto ao IDCRAS 2024 e apresentou para a Unidade Auditada. Entretanto, o resultado final deste índice nacional foi divulgado antes da emissão final deste relatório, portanto alguns trechos deste documento já encontram-se atualizados com o novo valor.

1- METODOLOGIA

A auditoria utilizou como forma de abordagem a linha de consultoria e assessoramento e teve por objetivo avaliar os serviços e parâmetros relacionados aos índices de gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do município do Recife, de modo a identificar pontos de melhoria e propor ações para impactar de forma positiva os serviços da assistência social básica, elevar os indicadores federais IDCRAS e IGD-M e posicionar o município para um potencial incremento dos repasses federais ao Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS).

A metodologia adotada foi a análise qualitativa, utilizando a revisão de literatura oficial e legislações pertinentes; visitas técnicas; entrevistas



semi-estruturadas; e remodelagem de processos. A análise de dados dos Censos SUAS 2022, 2023 e 2024 e dos relatórios populacionais e financeiros relacionados ao Programa Bolsa Família possibilitou uma estimativa dos benefícios a serem alcançados.

Também foi realizado mapeamento do processo interno do Censo SUAS; elaboração de ficha técnica de cada CRAS e encontro técnico com SDSDHJPD, Secretaria de Educação (SEDUC), Secretaria de Saúde (SESAU) e a Empresa Municipal de Informática (EMPREL) com o objetivo promover a articulação e o desenvolvimento de soluções com tecnologia da informação. Com os dados levantados, foi possível estruturar Planos de Ações que foram pactuados com as Unidades, no sentido de melhorar os indicadores de cada requisito analisado. Foram assessoradas, por meio deste trabalho, as seguintes unidades gestoras:

- Divisão dos Centros de Referência em Assistência Social (SDSDHJPD) - responsável pela gestão e planejamento dos serviços ofertados pelos CRAS;
- Unidade de Vigilância Socioassistencial (SDSDHJPD) - responsável pelo acompanhamento dos indicadores socioassistenciais do município e o envio dos formulários Censo SUAS ao MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome);
- Divisão de Cadastro Único (SDSDHJPD) - responsável pela gestão e planejamento dos serviços do Programa Bolsa Família e CadÚnico;
- Unidade de Atendimento Social e Emocional (SEDUC) - responsável por acompanhar a frequência escolar dos estudantes do Programa Bolsa Família;
- Área Técnica de Alimentação e Nutrição (SESAU) - responsável por fazer o acompanhamento dos indicadores de condicionalidades dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

2 - DEFINIÇÃO DOS INDICADORES

2.1 - O que é Índice de Desenvolvimento do CRAS (IDCRAS)

Esse indicador busca capturar, de forma aproximada e comparativa, a qualidade dos serviços prestados à população por meio dos CRAS. Para tal, os referidos indicadores são compostos por informações que retratam a estrutura física



das unidades, as características das equipes e o escopo dos serviços ofertados à população. As informações que determinam o IDCRAS são fornecidas anualmente através do questionário do Censo SUAS.

O IDCRAS é calculado a partir de três dimensões, a saber: “Estrutura Física”, “Recursos Humanos” e “Serviços e Benefícios”. Cada dimensão é classificada em um dos cinco níveis de acordo com os critérios estabelecidos na Nota Técnica nº 27 de 2015 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (NT 27/2015-DGSUAS/SNAS/MDS), de modo que o Nível 5 representa a situação que mais se aproxima dos padrões de qualidade desejáveis, e o Nível 1 representa a situação mais distante do padrão almejado. O IDCRAS final é calculado a partir da média aritmética simples dos níveis atingidos.

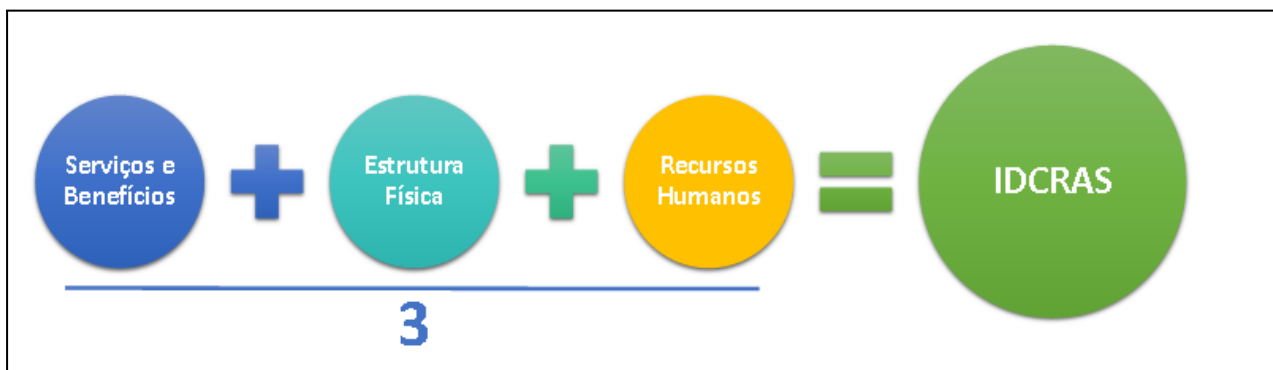


Figura 01 - Fórmula para o cálculo do IDCRAS conforme a NT 27/2015 - DGSUAS/SNAS/MDS

2.1.1 - Dimensões: Recursos Humanos, Estrutura Física e Serviços e Benefícios

Conforme a Nota Técnica nº 27, para o enquadramento do CRAS no Nível 5 em Recursos Humanos, é preciso atender concomitantemente 4 critérios:

Famílias referenciadas (5.000 famílias)	
Nível 5	<ul style="list-style-type: none">• Possuir, no mínimo 9 (13, se EV) profissionais, sendo, pelo menos 5 (7, se EV) com superior*• Possuir, no mínimo, 2 Assistentes Sociais (3, se EV) e 1 Psicólogo• Possuir, no mínimo, 2 profissionais de nível superior com vínculo estatutário ou empregado público celetista• Possuir Coordenador com nível superior

Quadro 01 - Critérios exigidos pela NT 27/2015 - DGSUAS/SNAS/MDS para atingir o Nível 5 da dimensão Recursos Humanos.



Para o enquadramento do CRAS no Nível 5 em Estrutura Física, a NT nº 27 exige que o equipamento atenda concomitantemente 6 critérios:

Famílias referenciadas (5.000 famílias)	
Nível 5	<ul style="list-style-type: none">• Possuir Recepção• Possuir, no mínimo, 4 salas de atendimento, sendo pelo menos 1 com capacidade para 15 ou mais pessoas• Possuir, no mínimo, 1 sala administrativa• Possuir, no mínimo, 2 banheiros• Possuir acessibilidade*• Possuir conjunto de equipamentos que inclua, no mínimo: 3 computadores conectados à internet; impressora, telefone, veículo exclusivo ou compartilhado

Quadro 02 - Critérios exigidos pela NT 27/2015 - DGSUAS/SNAS/MDS para atingir o Nível 5 da dimensão Estrutura Física.

No tocante à dimensão Serviços e Benefício, a NT nº 27 exige o atendimento simultâneo de 7 critérios para o enquadramento no Nível 5:

Famílias referenciadas (5.000 famílias)	
Nível 5	<ul style="list-style-type: none">• Quantidade média de famílias em acompanhamento no mês, dividida pela equipe técnica (Assistentes Sociais e Psicólogos) não deve ser inferior a 20 nem superior a 100.• Executa o PAIF, realizando no mínimo as seguintes atividades: acompanhamento de famílias; grupo/oficina com famílias; visitas domiciliares; palestras, campanhas ou eventos comunitários; orientação/acompanhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados.• Possui profissionais de Serviço Social e de Psicologia• Possui oferta de Serviço de Convivência, para no mínimo três ciclos de vida (oferta direta do CRAS ou por meio de unidades a ele referenciadas)• Realiza no próprio CRAS cadastramento/atualização cadastral do CadÚnico, sem utilizar para isso os profissionais de nível superior do PAIF.• Possui forte articulação* com o(s) CREAS e com os Serviços de Educação e Saúde no território• Funcionar, no mínimo, 5 dias por semana e 40hrs semanais

Quadro 03 - Critérios exigidos pela NT 27/2015 - DGSUAS/SNAS/MDS para atingir o Nível 5 da dimensão Serviços e Benefícios.



2.2 - O que é Censo SUAS

O Censo SUAS é um processo de monitoramento que coleta dados por meio de um formulário eletrônico preenchido pelas Secretarias e Conselhos de Assistência Social dos estados e municípios. É realizado anualmente desde 2007 e foi regulamentado pelo Decreto nº 7.334 de 19 de outubro de 2010. Entre seus objetivos, pode-se citar:

- Produzir dados sobre a implementação da política de assistência social no país;
- Aperfeiçoar a gestão do SUAS e a qualidade dos serviços socioassistenciais prestados à população;
- Identificar avanços, limitações e desafios da institucionalização do SUAS;
- Fornecer informações que permitam ao poder público dar transparência e;
- Prestar contas de suas ações à sociedade.

É também através do Censo SUAS que o MDS verifica se foram atendidos os critérios da Nota Técnica nº27 e atribui os índices do IDCRAS de acordo com as respostas no formulário eletrônico entregue pelo município.

2.3 - O que é Índice de Gestão Descentralizada (IGD-M)

O Índice de Gestão Descentralizada do Município (IGD-M) do Programa Bolsa Família (PBF) foi criado pelo Governo Federal como estratégia para medir o desempenho de cada município no aperfeiçoamento da gestão e operacionalização local do PBF e do Cadastro Único (CadÚnico) e também para compor a base de cálculo de recursos a serem transferidos aos entes. É composto por 4 fatores:

- Taxa de atualização cadastral e taxas de acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação;
- Atendimento aos requisitos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Prestação de contas;
- Parecer das contas do uso dos recursos.

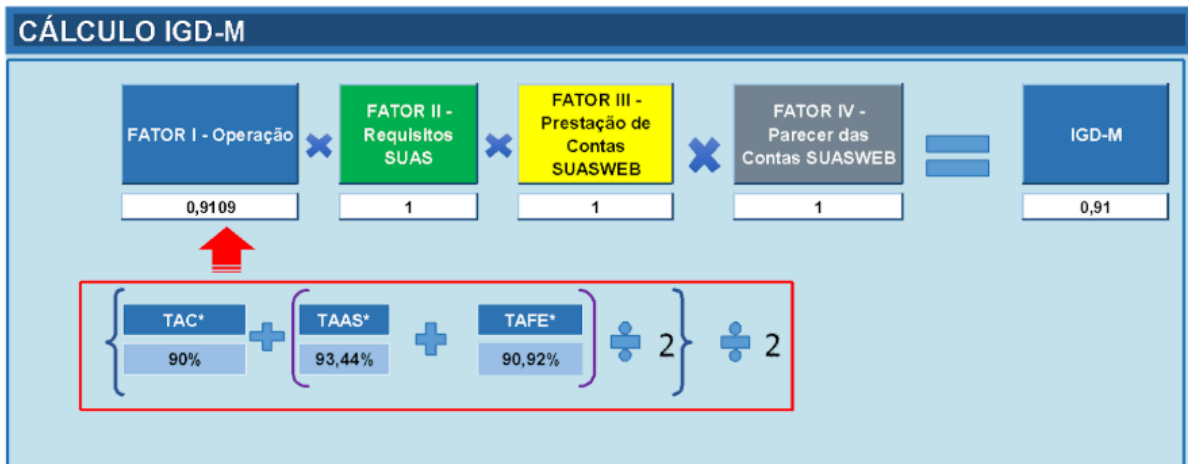


Figura 2 - Fórmula para o cálculo do IGD-M de acordo com a Portaria MDS nº 1.041/2024 (elaboração da auditoria).

2.3.1 - Taxa de Acompanhamento Cadastral (TAC)

Conforme a Instrução Normativa 041/MDS, a taxa de atualização cadastral (TAC) é obtida calculando-se a razão entre o total de famílias cadastradas com renda média de até meio salário mínimo e a quantidade de famílias cadastradas, e atualizadas em até 24 meses, com valor de renda média de até meio salário mínimo. O cálculo para estados e municípios segue conforme as fórmulas a seguir:

$$FAC_{e/m} = \sum_{i=1}^N f(y_i = 3, x_i \leq 24, z_i \leq 706)$$

y_i = estado cadastral da família i (CO_EST_CADAstral_FAM)
 x_i = intervalo de data de atualização (DT_ATUALIZACAO_FAM) da família i em meses
 z_i = valor renda média da família (VL_RENDA_MEDIA_FAM) da família i (valor deve ser meio salário mínimo vigente)
 i = número da famílias
 N = quantidade de famílias

e = Cálculo para Estados
 m = Cálculo para Municípios

Figura 3 - Fórmula da quantidade de famílias cadastradas e atualizadas em menos de 24 meses com renda média de até meio salário mínimo. Fonte: IN 041/SAGICAD/MDS 2023.



$$FC_{e/m} = \sum_{i=1}^N f(y_i = 3, z_i \leq 706)$$

y_i = estado cadastral da família i (CO_EST_CADASTRAL_FAM)
 z_i = valor renda média da família (VL_RENDA_MEDIA_FAM) da família i (valor deve ser meio salário mínimo vigente)
 i = número da famílias
 N = quantidade de famílias

e = Cálculo para Estados
 m = Cálculo para Municípios

Figura 4 - Fórmula da quantidade de famílias cadastradas com renda média de até meio salário mínimo. Fonte: IN 041/SAGICAD/MDS 2023

Após a obtenção dos parâmetros das quantidades de famílias cadastradas e com cadastros atualizados é possível se apurar a TAC do município:

$$TAC_m = 100 * FAC_m / FC_m$$

FAC_m = Quantidade de famílias cadastradas e atualizadas em até 24 meses com valor de renda média em até meio salário mínimo no município m
 FC_m = Quantidade de famílias cadastradas com valor de renda média em até meio salário mínimo no município m
 m = Número de municípios

Figura 5 - Fórmula para obtenção da Taxa de Atualização Cadastral - TAC. Fonte: IN 041/SAGICAD/MDS 2023

2.3.2 - Taxa de Acompanhamento da Agenda da Saúde (TAAS)

A Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde (TAAS) é calculada a partir da razão entre o número total de beneficiários acompanhados nas condicionalidades da saúde e o número total de beneficiários que compõem o público a ser acompanhado exigidos pelo Programa Bolsa Família, que são:

- Cumprimento do calendário vacinal;
- Realização de pré-natal;
- Acompanhamento do estado nutricional para crianças que tenham até 7 anos incompletos.

A Instrução Normativa 77 do MDS informa que os beneficiários acompanhados são mulheres e crianças menores de 7 anos que tiveram suas informações de acompanhamento registradas no sistema do Bolsa Família na Saúde. No caso das crianças menores de 7 anos, significa que consta no sistema que o calendário vacinal está em dia e que existem as informações de peso e altura,



que compõem o acompanhamento nutricional. No caso das mulheres, o acompanhamento permite identificar aquelas que estão gestantes e a realização de exames pré-natal.

2.3.3 - Taxa de Acompanhamento da Frequência Escolar (TAFE)

O acompanhamento das condicionalidades de educação consiste em atender a frequência mínima exigida pelo Programa Bolsa Família, a saber:

- 60% para os beneficiários de 4 a 6 anos de idade incompletos;
- 75% para os beneficiários de 6 a 18 anos de idade incompletos, que não tenham concluído a educação básica.

Devido à pandemia causada pelo Coronavírus (Covid-19), que provocou a interrupção das atividades escolares, houve o descontinuação do acompanhamento das condicionalidades da educação. O acompanhamento da TAFE foi retomado desde o terceiro período de 2022, mas ainda requer uma atenção especial da gestão para recuperar os índices anteriores à pandemia.

Conforme as IN 064, IN 069 e IN 074 do MDS; a TAFE é calculada a partir da razão entre o número total de beneficiários de 4 a 18 anos incompletos, acompanhados nas condicionalidades da educação (aqueles que tiveram sua frequência escolar mensal registrada) e o número total de beneficiários que compõe o público-alvo.

2.3.4 - Sobre os incentivos

A Portaria Ministério da Cidadania (MC) nº 769, de 29 de abril de 2022, que estabelecia os critérios do IGD-M do então Programa Auxílio Brasil, previa dois incentivos que traziam incremento aos valores repassados aos entes federados e um fator redutor do repasse conforme o saldo financeiro referente às transferências acumuladas na conta do FMAS.

Devido à substituição do Programa Auxílio Brasil pelo Programa Bolsa Família, houve a publicação de um novo normativo regulamentando o IGD-M, a Portaria MDS nº 1.041, de 23 de dezembro de 2024. Com a nova norma, as regras dos incentivos sofreram alterações e também foi criado um novo incentivo: o incentivo para instituição de Comissão Intersetorial do Programa Bolsa Família, que será detalhado no item 3.3.4.1.3 deste relatório.



2.3.5 - Períodos de vigência dos Programas do Bolsa Família

A respeito das datas de vigência e cálculo dos indicadores, tem-se que, no período compreendido entre 01/02/2004 a 01/10/2021 os dados se referem ao antigo Programa Bolsa Família que foi estabelecido pela Medida Provisória nº 132 de 20 de outubro de 2003, quando foi convertida para a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Este **Primeiro Programa Bolsa Família** foi revogado pela medida provisória nº 1.061 de 9 de agosto de 2021, que instituiu o **Programa Auxílio Brasil**, a partir de novembro daquele ano, e foi convertida na Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021. De março de 2023 em diante, os dados se referem ao **atual Programa Bolsa Família** instituído pela Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023. É importante salientar que as regras dos programas são diferentes entre si.

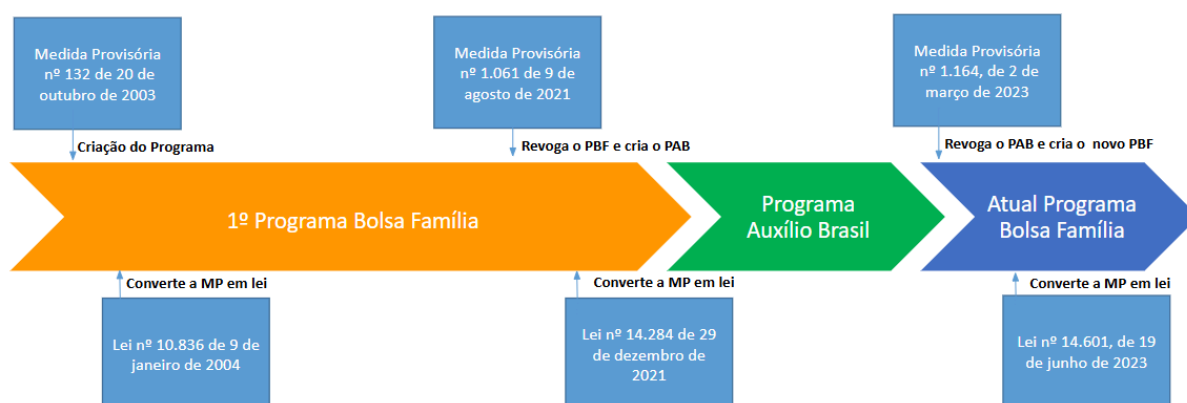


Figura 6 - Linha do tempo dos Programas Bolsa Família e Auxílio Brasil e as respectivas normas (elaboração da auditoria).

3- RESULTADOS DOS EXAMES

3.1 - Panorama Inicial

Na fase de entendimento do complexo objeto desta auditoria, foi traçado um panorama dos indicadores do Recife naquele momento. O Município alcançou o IDCRAS médio de 3,21 em 2023, mas somente a dimensão Recursos Humanos estava acima das médias nacional e estadual naquele ano. Então, com as análises dos critérios da norma vigente com as respostas do Censo SUAS de cada CRAS para os exercícios de 2022, 2023 e 2024 foi possível identificar as maiores dificuldades que repercutem na diminuição deste índice. Por exemplo, para o exercício 2024, a “articulação frágil com o serviço de educação no território”,



representou 75% das ocorrências na dimensão Serviços e Benefícios, ou ainda “quantidade de salas de atendimento inferior a 4” e “capacidade das salas de atendimento inferior a 15 pessoas” representaram, em conjunto, 47% das ocorrências na dimensão Estrutura Física. Importante salientar que, durante a execução da auditoria, a CGM realizou projeções quanto ao IDCRAS 2024, mas o resultado oficial foi divulgado em agosto de 2025.

Já no âmbito do IGD-M, Recife apresentava o índice de 74,64%, em 2024, que resultava em um repasse de R\$514.149,99 no mês, cujo limite era R\$693.096,00/mês. Além disso, todos os indicadores de acompanhamento no município eram inferiores às médias nacionais. Observando-se o ranking de capitais, o município também não estava bem colocado, ocupando a 18ª posição com relação à TAC; a 17ª com relação à TAFE; e a 22ª com relação à TAAS.

Entre os fatores que impactam negativamente o IGD-M e o valor repassado destacam-se: o baixo índice de acompanhamento de saúde, em especial o público de crianças de até 7 anos; alto índice de alunos “não localizados” no acompanhamento da educação; e a perda de incentivos financeiros pela inobservância de alguns critérios exigidos. Como possíveis causas, tem-se a falta de especialistas para realizar cruzamentos automatizados dos dados; falta de mapeamento dos processos e muitos procedimentos manuais e com grande volume de papéis, causando morosidade e perda de informações.

Foi verificada também a inexistência de Comissão Intersetorial SDSDHJPD/SEDUC/SESAU formalizada. Assim, há uma ausência de planejamento e execução de ações coordenadas e regulares com o objetivo de melhorar os indicadores do IGD-M, além de perdas no repasse do incentivo financeiro.

3.2 - Quanto ao IDCRAS

O município do Recife alcançou o IDCRAS médio de 3,12 em 2022 e 3,21 em 2023, representando a 20ª posição entre os municípios do Estado de Pernambuco. O resultado do IDCRAS 2024, divulgado em agosto de 2025, apontou o valor 3,77 para o Recife.

Entre as 3 dimensões que compõem o IDCRAS, a melhor avaliada é a de **Recursos Humanos** com as notas de 4,93 em 2022; 4,64 em 2023 e de 4,81 em



2024. Já a dimensão mais deficitária é a de **Serviços e Benefícios**, que alcançou a média de 1,93 em 2022 e aumentando para 2,00 em 2023 e subindo para 2,75 em 2024. A dimensão que apresentou o maior crescimento foi a **Estrutura Física**, saindo do valor médio de 2,50 em 2022, chegando a 3,00 em 2023 e alcançando a média de 3,77 em 2024.

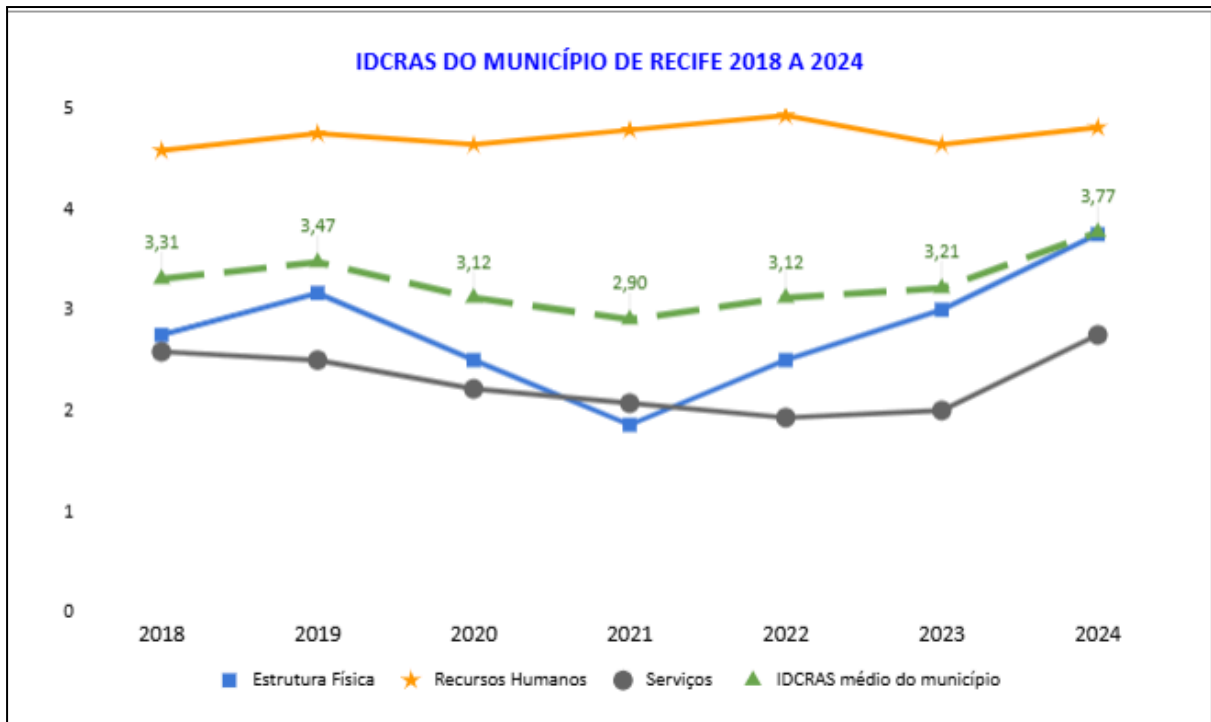


Gráfico 01 - Série história IDCRAS Recife 2018 a 2024.

No cenário nacional, 2.171 municípios alcançaram um IDCRAS médio igual ou superior a 4,00 em 2023. Destes, 46 municípios são classificados como de grande porte e apenas duas metrópoles: Salvador com 28 CRAS, que atingiu o IDCRAS médio de 4,00; e Belo Horizonte com 34 CRAS, que atingiu o IDCRAS médio de 4,23.

Já a nível estadual, 68 municípios pernambucanos obtiveram IDCRAS médio igual ou superior a 4,00 em 2023, sendo dois de grande porte: Igarassu com 3 CRAS, que atingiu o IDCRAS médio de 4,00; e Petrolina com 10 CRAS, que atingiu o IDCRAS médio de 4,5.



IDCRAS IGUAL OU SUPERIOR A 4 EM 2023			
PORTE DO MUNICÍPIO	METRÓPOLE	GRANDE PORTE	PEQUENO PORTE
BRASIL	2	46	2123
PERNAMBUCO	0	2	66

Quadro 04- Quantidade de municípios que alcançaram IDCRAS médio igual ou superior a 4,00 através do Censo SUAS 2023.

Importante observar que apenas 430 CRAS no Brasil atingiram o nível 5,00 (valor máximo) em 2023¹. Destes, 26 CRAS estão localizados em municípios classificados como metrópole. Das 17 metrópoles do país, somente 7 tiveram algum CRAS avaliado no nível 5. Destacando-se Salvador com 9 CRAS avaliados no nível máximo, seguida de Belo Horizonte com 7 CRAS. Em Pernambuco 13 CRAS foram avaliados no nível 5, sendo apenas duas unidades localizadas em municípios de grande porte: Olinda e Petrolina.

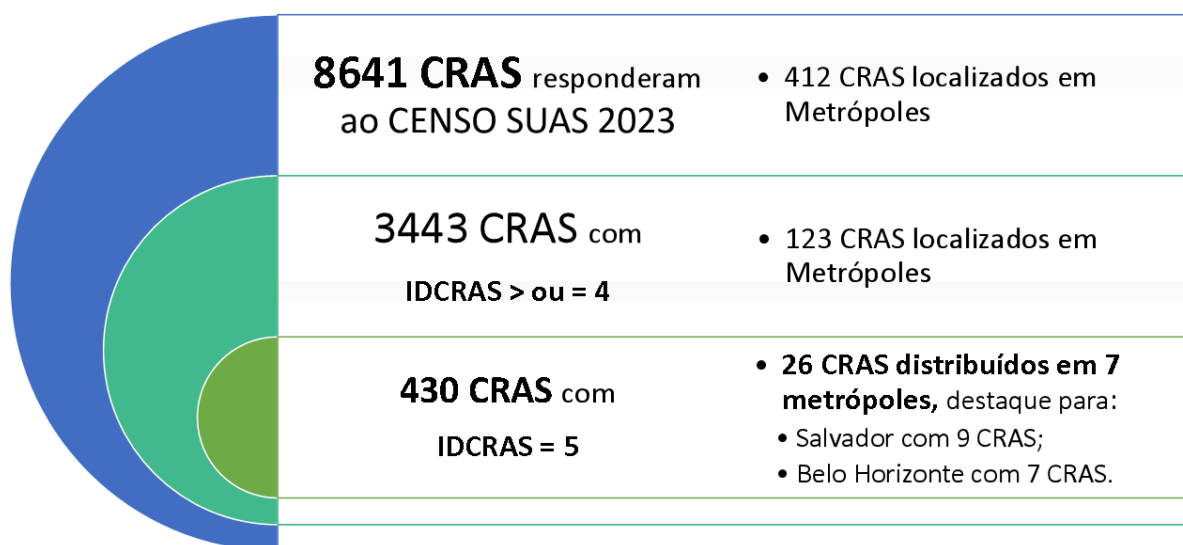


Figura 07- Relação entre a quantidade de CRAS, o porte do Município e o valor do IDCRAS obtido no CENSO SUAS 2023.

3.2.1 - Dimensão Recursos Humanos

A Dimensão Recursos Humanos é historicamente o ponto forte do município, se mantendo sempre acima das médias nacional e estadual. Chegando a alcançar a média de 4,93 em 2022, o melhor resultado do município em uma dimensão. No entanto, atualmente algumas equipes se apresentam defasadas, o que impacta negativamente tanto no serviço prestado, como na avaliação do IDCRAS.

¹ A Auditoria não fez esse estudo com os números do IDCRAS 2024 divulgados em agosto de 2025.



Frente aos resultados do IDCRAS, passou-se a analisar os formulários de respostas dos Censos SUAS dos anos 2022, 2023 e 2024 buscando identificar os critérios que merecem atenção quanto ao enquadramento nos níveis de acordo com a NT 27. Foi possível identificar que:

- A média da Dimensão Recursos Humanos foi de 4,81 no ano de 2024. O município chegou a alcançar a média de 4,93 em 2022, seu melhor resultado nesta dimensão;
- A SDSDHJPD nomeou novos servidores públicos no ano de 2023, o que pode melhorar esse indicador nos próximos períodos;
- Foi constatada a falta de profissionais de Psicologia na equipe fixa de duas unidades do CRAS. A SDSDHJPD informou, em reunião com a equipe de auditoria, que já teria atingido a quantidade limite prevista na lei municipal do cargo, mas esta situação já foi solucionada e a nota do IDCRAS 2024 já considera a totalidade da equipe.

3.2.2 - Dimensão Estrutura Física

A média da Dimensão Estrutura Física do Recife foi de 3,75 no ano de 2024, o melhor resultado desde 2018. O município alcançou a média de 2,5 em 2022 e de 3,0 em 2023, ocupando a 17ª posição entre as capitais do país e a 20ª posição no ranking de municípios do estado de Pernambuco. Algumas situações merecem destaque, são elas:

- Atender aos critérios de acessibilidade é a segunda maior dificuldade, somando-se 41% das ocorrências em 2024;
- No ano de 2024, o município inaugurou 2 novos CRAS e outros 2 CRAS receberam nova estrutura inseridos nos COMPAZ (Centros Comunitários da Paz);
- A SDSDHJPD possui um plano de requalificação da estrutura física de algumas unidades CRAS e projeto de novos equipamentos chamados *Arrecifes* que abrigarão alguns CRAS;
- A maior dificuldade do município seria no layout (planta) das unidades, pelo fato de alguns CRAS não atenderem aos critérios de quantidade e/ou capacidade das salas de atendimento exigidos pela norma (representam 47% das ocorrências em 2024);



- Dos seis CRAS que não atenderam ao critério “possuir, no mínimo, 4 salas de atendimento” no Censo SUAS 2024, cinco (83,33%) estão inseridos em prédios do COMPAZ;
- Foram observadas variações, entre 2022 e 2024, nas quantidades e capacidade das salas de alguns CRAS, bem como no atendimento ou não aos critérios de acessibilidade, sem que tivessem ocorrido mudanças físicas de fato, sinalizando uma alteração no entendimento dos critérios e consequente preenchimento incorreto dos questionários;
- Foi identificado através dos formulários do Censo 2024 que dois CRAS não possuíam telefones fixos e/ou celulares, equipamentos exigidos pela norma.

3.2.2.1 - Sobre o Compartilhamento com o COMPAZ

As gestoras da SDDSDHJPD descreveram como uma das maiores dificuldades do requisito Estrutura Física o fato de alguns CRAS terem suas estruturas compartilhadas em prédios do COMPAZ. Entretanto, pela norma, um dos critérios vinculantes ao Nível 1 seria: “Prédio compartilhado com ONG, ou compartilhamento de todas as salas de atendimento”, porém os demais níveis não versam sobre compartilhamento da estrutura.

Após análises, foi possível concluir que nem todo compartilhamento traz penalização, apenas prejudicaria àquelas unidades que compartilham suas estruturas com ONGs ou dividem a totalidade das suas salas de atendimento. A exemplo disso, tem-se o resultado do IDCRAS 2023 e 2024, onde o CRAS Joana Bezerra, cuja estrutura é compartilhada com o COMPAZ Dom Hélder Câmara, foi avaliado no Nível 5. No ano de 2024, os CRAS com estrutura compartilhada receberam a seguinte avaliação:



Identificação do CRAS	COMPAZ	Nível Estrutura Física
CRAS Alto Santa Terezinha	COMPAZ GOVERNADOR EDUARDO CAMPOS	2,00
CRAS Pina	COMPAZ LEDA ALVES	3,00
CRAS Ibura de Cima / COHAB	COMPAZ PROFESSOR PAULO FREIRE	3,00
CRAS Bongji	COMPAZ ARIANO SUASSUNA	3,00
CRAS Rosilda Mendes	COMPAZ GOVERNADOR MIGUEL ARRAES	3,00
CRAS Joana Bezerra / Coque	COMPAZ DOM HÉLDER CÂMARA	5,00

Quadro 05 - CRAS inseridos em COMPAZ- Dimensão Estrutura Física - IDCRAS 2024.

Para compreender a razão pela qual os CRAS inseridos em COMPAZ apresentam uma baixa avaliação, visto que são estruturas novas e amplas, foi identificado que a maior dificuldade é o critério “quantidade de salas”, e a SDSDHJPD alega dificuldade de utilizar as demais salas do complexo.

Estrutura Física COMPAZ	Ocorrências
Quantidade de salas inferior a 4	5
Capacidade das salas inferior a 15 pessoas	1
Acesso principal sem acessibilidade	1
TOTAL	7

Quadro 06 -Não atendimento à norma na Dimensão Estrutura Física nos CRAS inseridos em COMPAZ

Desta maneira, parece relevante a atuação da SDSDHJPD em conjunto com a Secretaria de Cidadania e Cultura de Paz - SECPAZ (antiga Secretaria de Segurança Cidadã- SESEC), a fim de viabilizar o uso de outras salas existentes no complexo, estabelecendo um cronograma do uso compartilhado do espaço entre os serviços.



A questão 9 do formulário Censo SUAS 2024 questiona se dentro das condições de acessibilidade, a unidade apresenta o “acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção do CRAS”. O CRAS Bongí, que está inserido no COMPAZ Ariano Suassuna, está instalado no primeiro patamar elevado da edificação, que não possui rampas de acesso para o primeiro andar, mas sim escadas e elevador. A SDSDHJPD informou que os elevadores do COMPAZ Ariano Suassuna, cuja manutenção seria de responsabilidade da SECPAZ, estão constantemente quebrados.

3.2.3 - Dimensão Serviços e Benefícios

Por meio das respostas dos questionários dos anos 2022 a 2024, constata-se:

- A média da Dimensão Serviços e Benefícios foi de 2,75 no ano de 2024, o melhor resultado desde 2018. O município alcançou a média de 2,0 em 2022 e 1,93 em 2023;
- A maior dificuldade tem sido estabelecer uma articulação forte entre os CRAS e os serviços de educação no território, visto que 12 dos 16 CRAS (75%) possuem uma articulação com esse serviço considerada frágil;
- O fato de alguns CRAS não possuírem Psicólogos² em suas equipes de referência também impacta negativamente nesta dimensão.

É importante salientar que a própria Nota Técnica nº 27 classifica a articulação dos serviços no território em dois grupos: forte e frágil. A norma descreve a articulação forte desta maneira :

*“Considera-se “forte articulação” as situações em que o CRAS consegue realizar reuniões periódicas, **ou** realizar estudos de caso em conjunto, **ou** ainda, desenvolver atividades em parceria com outros Serviços/Unidades no território.”* (pág. 8)

É fundamental compreender que, sem uma forte articulação com os serviços de Educação e de Saúde concomitantemente, os CRAS não têm condições de se posicionar bem na dimensão Serviços e Benefícios. Desta maneira, é relevante a

² Essa situação da falta de psicólogos foi solucionada em 2025.



atuação da SDSHJPD em conjunto com a SEDUC, estabelecendo um cronograma com reuniões periódicas, estudos de caso e outras atividades.

Assim, foi realizada a projeção para o IDCRAS 2025 caso estabelecidas as atuações em conjunto com a SEDUC e com a SECPAZ, previstas no Plano de Ação, bem como atendidas as recomendações de auditoria constantes na Nota Técnica nº01/2024-GAPAR/CGM (Anexo II), mantidas as demais condições do CENSO SUAS 2024. Se, em 2025, os 16 CRAS do município apresentassem uma forte articulação com a Educação, o Município do Recife poderia alcançar o seguinte resultado:

ANO	Estrutura Física	Recursos Humanos	Serviços e Benefícios	IDCRAS MÉDIO
2024	3,75	4,81	2,75	3,77
2025*	3,75	4,81	4,88	4,47

Quadro 07 - Projeção*, caso estabelecida a atuação em conjunto com a SEDUC para fortalecer a articulação entre o CRAS e o serviço de Educação, mantendo os demais índices de 2024 .

3.3 - Quanto ao IGD-M

Em Janeiro de 2024, o município apresentava um IGD-M de 74.64%, o que resultava em um repasse de R\$514.149,99 no mês, dentro do teto de R\$693.096,00/mês, segundo informações do MDS. Ou seja, uma “perda” de repasse de R\$178.946,01/ mensal (R\$2.147.352,12 no ano). Assim, passou-se a examinar os critérios relacionados à apuração do índice e contabilização dos recursos.

3.3.1 - Quanto à Taxa de Atualização Cadastral (TAC)

A Taxa de Atualização Cadastral (TAC) em janeiro de 2024 foi de 85,22%, enquanto a média nacional foi de 86,74%. Recife ocupava a 18ª posição entre as capitais do país com relação à TAC.

No decorrer deste trabalho, o município obteve a maior TAC de sua série histórica, iniciada em abril de 2015, alcançando 89,02% em setembro de 2024 e ultrapassando pela primeira vez a média nacional que foi 88,33% no mesmo mês. O



Recife encerrou o ano de 2024 ocupando a 3ª posição entre as capitais do país, outro resultado histórico.

Foi possível verificar que todos os CRAS do município realizam atendimentos relativos ao Cadastro Único (CadÚnico) com equipe exclusiva para esta finalidade. Recife dispunha de 14 CRAS até 2023, e no ano de 2024 foram abertos duas novas unidades, totalizando 16. A cidade dispõe também da Central do Cadastro Único, um equipamento exclusivo para atendimentos relativos ao CadÚnico, fora do CRAS.

A gestão municipal priorizou a descentralização do serviço, oportunizando que os cidadãos mais vulneráveis tenham mais possibilidades de acessar seus direitos. Assim, a TAC é historicamente similar à taxa nacional, chegando a ultrapassá-la no último quadrimestre de 2024.

Sobre as possibilidades de ampliação do quantitativo de cadastros e realização de ações de busca ativa, a gestora do CadÚnico informou, em reunião, que o município trabalha no limite de sua capacidade de atendimento. Existe uma expectativa de que cada atendente realize uma média de 25 atendimentos por dia, o que é um número alto na opinião da gestora, pela característica do atendimento ser uma entrevista, trazendo variação no tempo do atendimento a depender da necessidade de cada cidadão.

Também é prioridade para a gestão do CadÚnico que os cadastros sejam realizados com qualidade, entendendo-se que é a partir desse cadastro que se formará toda a política pública do Programa Bolsa Família e diversas outras frentes de trabalho.

Além dos atendimentos ordinários realizados nos CRAS e na Central do CadÚnico, o Ministério do Desenvolvimento Social - MDS pode enviar à gestão municipal relações de beneficiários para averiguação de inconsistências com prazo determinado para devolução. A título de exemplo, a gestora informou que, em agosto/2024, o MDS enviou uma relação com 27.606 beneficiários para conferência em relação à renda, e o prazo foi até dezembro/2024. Para atender esse tipo de demanda extraordinária, parte da equipe precisa ser remanejada, impactando os atendimentos ordinários.

Diante da limitação quantitativa da equipe, ações de busca ativa com caráter preventivo, como seria o chamamento do público cujo cadastro do CadÚnico esteja



no limite da validade (2 anos), ainda não são implementadas; visto que há possibilidade da concomitância com as diligências determinadas pelo MDS, sendo que estas não têm um calendário ou comunicação prévia.

A ampliação da capacidade de atendimento do CadÚnico traria impactos positivos, possibilitando a realização de mais ações de busca ativa sem prejudicar o atendimento ordinário. Essas ações em domicílio são estrategicamente importantes, tanto para o aumento progressivo da TAC como para o incremento do repasse do IGD-M por meio de incentivos financeiros.

A ação em domicílio possibilitaria a diminuição do “vazio” socioassistencial, em relação às áreas sem os equipamentos de assistência social. E ainda permitiria o alcance das famílias em extrema vulnerabilidade, que muitas vezes não têm condições de se deslocar para outros bairros em busca do CRAS. A busca ativa possibilita a realização de novos cadastros e a atualização dos mesmos, sendo interessante como medida preventiva, alcançando famílias no limite da validade do cadastro, evitando que estes fiquem desatualizados; assim como em ações conjuntas com a SEDUC e SESAU para melhorias das demais taxas que compõem o IGD-M.

3.3.2 - Quanto à Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar (TAFE)

A TAFE do Recife em março/2024 foi 65,20%, enquanto a média nacional foi de 76,98%. Em entrevistas com os setores pertinentes, foi esclarecido que a atualização das informações da frequência escolar é realizada pelos gestores de cada escola que devem informar a frequência dos alunos beneficiários do Programa Bolsa Família no *Sistema Presença*, do Governo Federal. Cabe à Unidade de Atendimento Social e Emocional da SEDUC, através do setor de frequência escolar do Bolsa Família, o acompanhamento desses dados no referido sistema.

Este setor, além de acompanhar as frequências informadas on-line pelas unidades de ensino, realiza o cadastro dos operadores escolares e orienta como deve ser o registro e acompanhamento no Sistema Presença. São os operadores escolares que prioritariamente inserem os dados no sistema do governo federal. Eventualmente, é preciso lançar manualmente as frequências das escolas



remanescentes ou daquelas sem operador escolar. Outra atribuição do setor de frequência é a verificação no sistema das declarações escolares que as famílias levam no ato de seu cadastro ou atualização do CadÚnico nos CRAS. Além disso, realizam a busca dos estudantes que estão sem informação da escola (alunos não localizados).

Entretanto, na equipe, não há profissionais habilitados para realizar cruzamentos em bancos de dados a fim de realizar essa busca. Assim, quando necessário, contam com auxílio do setor de Tecnologia da Informação da SEDUC. A gestora informou que não há parcerias ou convênios formalizados com outros entes para obtenção de bases de dados federais, estaduais ou de outros municípios, de modo a localizar os beneficiários do Bolsa Família de Recife que estudam fora da rede municipal de ensino.

Também não foi identificado um Conselho ou Comitê Intersetorial entre SDSDHJPD, SEDUC e SESAU, com atribuição de planejar e executar ações coordenadas para melhorar os indicadores do IGD-M, incluindo a TAFE.

O valor da TAFE representa 25% do Fator de Operação 1 que compõe a fórmula do cálculo do IGD-M, conforme a figura 2 do item 2.3 apresentada anteriormente. O fato da TAFE do município ser inferior à TAC, tem impactado negativamente na média do Fator 1, e conseqüentemente no valor final do IGD-M e do repasse federal.

O maior desafio é o alto número de estudantes “não localizados”, ou “NLOC”, contabilizados no Sistema Presença. Ou seja, estudantes integrantes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e que constam como residentes de Recife, mas que não existe a informação da escola em que estudam.

Nesse sentido, é fundamental um trabalho de busca ativa desenvolvido em conjunto pela SDSDHJPD, SEDUC e EMPREL com o objetivo de diminuir a quantidade de alunos “não localizados”. A colaboração da EMPREL poderia ser de grande valor, desenvolvendo soluções para o cruzamento de dados com as bases municipais e parcerias para a obtenção de outras bases que possam contribuir com este objetivo. Outra ação com grande potencial seria a transmissão de mensagens telefônicas via SMS ou por aplicativo de mensagem, como WhatsApp, convocando os responsáveis dos alunos a atualizarem seus dados.



Apesar dos avanços percebidos na TAFE do Recife, ainda há muita possibilidade de crescimento, se observados os índices nacionais e das outras capitais. No cenário nacional, a TAFE foi 85,53% em setembro/2024, valor superior ao de Recife (79,37%). Já o percentual nacional de beneficiários não localizados no acompanhamento ficou em 12,61%, enquanto o percentual do Recife foi de 16,90%.

Como exemplo exitoso entre as capitais, observa-se São Paulo, que apesar de ter o maior público absoluto para acompanhamento entre as capitais do país, 662.231 beneficiários em setembro de 2024, conseguiu a TAFE de 94,02% e apenas 5,35% de alunos não localizados, ficando em 4ª posição no ranking das capitais. Outro resultado interessante é o de Belo Horizonte, que teve o público de 116.993 beneficiários, no mesmo mês de referência, valor próximo ao de Recife (130.878), mas que alcançou uma TAFE de 90,62% e o percentual de alunos não localizados de 7,27%. Podemos observar um comparativo dos indicadores no quadro abaixo:

LOCALIDADE	Ranking das capitais quanto à TAFE	Total de beneficiários com perfil educação (4 a 17 anos)	TAFE	Percentual de beneficiários não localizados no acompanhamento pela educação (4 a 17 anos)
Brasil	-	19.282.492	85,53%	12,61%
São Paulo	4ª	662.231	94,02%	5,35%
Belo Horizonte	8ª	116.993	90,62%	7,27%
Recife	17ª	130.878	79,37%	16,90%

Quadro 08 - Comparativo dos indicadores da Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar. Fonte: MDS

3.3.2.1 - Algumas Boas Práticas identificadas em relação a TAFE

- O município atingiu a taxa de cumprimento da condicionalidade (atendimento dos compromissos) de 97,6%; fruto do acompanhamento minucioso realizado pela equipe do setor de frequência escolar do Bolsa Família (cerca de 8 pessoas) que monitoram estudantes beneficiários em cada uma das 881 instituições de ensino, seja da rede federal, estadual, municipal, bem como da rede privada;
- A equipe técnica realiza também buscas de estudantes com informação de “não localizados” nas bases de informações que tem acesso: cadastro



escolar do município, base de dados estadual (disponibilizada em 2024), base do Educacenso e CadÚnico;

- Verificação das declarações escolares das famílias que entregaram o documento ao atualizar o cadastro, repassadas pela equipe do CadÚnico, a fim de confirmar a informação correta da escola no Sistema Presença;
- A equipe realiza o cadastro dos operadores escolares e orienta as unidades de ensino quanto ao registro e como deve ser o acompanhamento no sistema;
- Foram realizadas visitas pela equipe técnica da Unidade de Atendimento Social e Emocional (SEDUC) às unidades privadas e parceiras para a sensibilização sobre a importância do correto acompanhamento e preenchimento no Sistema Presença por parte da instituição para o cumprimento da condicionalidade;
- O Ministério da Educação tem enviado mensagens orientando que as famílias busquem atualizar o Cadastro Único, inclusive levando a declaração atualizada.

3.3.3 - Quanto à Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde (TAAS)

A TAAS do município do Recife era de 58,01% em dezembro/2023, enquanto a média nacional era 78,86%. No decorrer desta auditoria, houve o aumento da TAAS para 62,04% em junho/2024, maior índice alcançado historicamente, desde fevereiro de 2019, deixando o município na 22ª posição entre as capitais do país.

O valor da TAAS representa 25% do Fator de Operação 1 para o cálculo do IGD-M. No Recife, uma vez que a TAAS se apresenta inferior à TAFE e à TAC, impacta negativamente na média do Fator 1, e consequentemente no valor final do repasse federal.

Situação encontrada no decorrer deste trabalho de auditoria:

- Não existem ações coordenadas e regulares entre a SDDHJPD e a SESAU com o objetivo de melhorar a TAAS do município. Atualizar as informações das condicionalidades da saúde é atribuição específica da Secretaria de



Saúde, através do setor denominado Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), inclusive com uso de sistema exclusivo desta secretaria, o E-GESTOR;

- O município do Recife ocupa a 4ª menor TAAS entre os municípios do Estado de Pernambuco;
- O Recife ocupa a 22ª posição entre as capitais do país, sendo a 24ª posição com relação ao acompanhamento das crianças e a 20ª posição com relação ao acompanhamento de mulheres;
- Não existe um fluxo do processo de acompanhamento da agenda de saúde institucionalizado;
- São muitos procedimentos manuais e com grande volume de papéis.
- No setor de acompanhamento não há especialistas para realizar cruzamentos de dados de maneira automatizada.

A TAAS do Município de Recife é historicamente inferior à média nacional. Em junho/2024 o índice nacional foi de 81,1%, enquanto no município foi 62,04%. A média nacional de crianças acompanhadas foi de 61,56%, já a de mulheres acompanhadas foi de 88,47%.

É interessante observar que outros municípios de grande porte como Rio de Janeiro e Belo Horizonte, alcançaram a TAAS de 93,59% e 92,63% em junho/2024, ocupando a 1ª e 2ª colocação no ranking das capitais.

ÓRGÃO	Ranking das capitais quanto à TAAS	Quantidade de pessoas com perfil saúde (crianças menores de 7 anos e mulheres)	Quantidade de pessoas acompanhadas pela saúde	Percentual de acompanhamento na saúde
Brasil	-	34.900.317	28.304.278	81,10%
Rio de Janeiro	1ª	876.648	820.429	93,59%
Belo Horizonte	2ª	224.175	207.650	92,63%
Recife	22ª	228.318	141.649	62,04%

Quadro 09 - Comparativo dos indicadores totais da TAAS . Fonte: MDS



Órgão	Ranking das capitais quanto ao acompanhamento de crianças	Total de crianças com perfil saúde (com crianças menores de 7 anos)	Total de crianças acompanhadas	Percentual de crianças acompanhadas
Brasil	-	9.556.567	5.883.317	61,56%
Rio de Janeiro	1ª	223.327	191.858	85,91%
Belo Horizonte	2ª	57.018	46.530	81,61%
Recife	24ª	61.471	15.650	25,46%

Quadro 10 - Comparativo dos indicadores do acompanhamento de crianças quanto às condicionalidades do Programa Bolsa Família. Fonte: MDS

Órgão	Ranking das capitais quanto ao acompanhamento de mulheres	Total de mulheres com perfil saúde	Total de mulheres acompanhadas	Percentual de mulheres acompanhadas
Brasil	-	25.343.750	22.420.961	88,47%
Rio de Janeiro	3ª	653.321	628.571	96,21%
Belo Horizonte	2ª	167.157	161.120	96,39%
Recife	20ª	166.847	125.999	75,52%

Quadro 11 - Comparativo dos indicadores do acompanhamento de mulheres quanto às condicionalidades do Programa Bolsa Família. Fonte: MDS

O maior desafio da TAAS é o acompanhamento de crianças menores de 7 anos. Em junho/2024, o município conseguiu acompanhar apenas 25,46% desse público. Já o percentual de mulheres acompanhadas foi de 75,52% no mesmo período.

As principais causas seriam fatores estruturais, culturais e de processos. Segundo a gestão da área, como fator estrutural, tem-se uma baixa cobertura do Programa Saúde da Família no município. O aumento dessa cobertura seria importante, pois os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seriam os maiores responsáveis pela inserção dos dados com qualidade no E-SUS, em especial das informações relativas a peso e altura das crianças até 7 anos.

Além disso, aspectos culturais podem estar impactando negativamente os índices porque algumas categorias de servidores da área da saúde, que fazem atendimento direto ao cidadão, teriam uma má compreensão da obrigatoriedade do preenchimento dos dados de forma correta e completa no sistema no E-SUS. É de suma importância o preenchimento dos dados de forma completa, em especial, o peso e a altura das crianças, bem como as informações da data da última menstruação (DUM) para as mulheres e do pré-natal para as gestantes.



Isso porque somente ocorrerá a migração automática dos dados do E-SUS dos beneficiários do PBF atendidos na rede pública de saúde para o sistema E-GESTOR caso todos os parâmetros das condicionalidades estejam preenchidos. Ou seja, caso haja algum parâmetro incompleto no E-SUS (como por exemplo, ter o peso, mas não ter a altura da criança), não ocorrerá a migração dos dados do paciente para o E-GESTOR, não contabilizando então como beneficiário acompanhado.

Outro grande entrave é o processo de acompanhamento ser realizado de forma manual e com grande volume de papéis. Conforme relatado, o MDS envia relação de beneficiários com perfil de acompanhamento para o setor que tem a atribuição de fazer a territorialização da relação (chamados de mapas) e repassar para os distritos sanitários. Na ponta, os servidores da área da saúde, em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vão coletar as informações e preencher os mapas. No prazo determinado pelo setor, esses mapas retornam, onde as informações serão lançadas no sistema E-GESTOR. Todo esse procedimento manual é passível de retrabalho e perdas de informação.

Também é recorrente o envio de relação complementar por parte do MDS no decorrer do período de apuração. Contudo, o município não consegue acompanhar essa segunda remessa, uma vez que se trata da relação de todo o público para acompanhamento, ou seja, é a relação anterior acrescida dos novos beneficiários, mas sem qualquer distinção dos nomes acrescidos. Torna-se inviável para a equipe fazer essa identificação manualmente, uma vez que a ATAN não dispõe de especialistas para realizar cruzamentos de dados de maneira automatizada. Assim, infere-se que soluções de tecnologia da informação poderiam ajudar nos seguintes processos:

- Levantamento da distribuição do público alvo e dos ACS entre os distritos sanitários, a fim de identificar as demandas reprimidas e subsidiar as tomadas de decisões baseadas em dados;
- Identificação dos beneficiários que já estão sendo acompanhados no período, otimizando a busca ativa dos que realmente não são, evitando o retrabalho;
- Desenvolvimento de uma solução que realize a “transferência” das informações do E-SUS dos beneficiários que tiveram atendimento no período



de acompanhamento, mas que estão sem essas informações no E-GESTOR (provavelmente por falha de preenchimento de algum parâmetro no E-SUS);

- Elaboração de relação dos beneficiários remanescentes que não foram acompanhados no período, a fim de realizar ações de busca ativa;
- Ações de busca ativa como disparo de mensagens telefônicas por SMS ou aplicativos como Whatsapp, de modo que o cidadão possa responder uma informação pendente no E-GESTOR (peso, altura, DUM, etc);
- Realização de agendamento de uma consulta pré-natal ou mesmo aviso de uma campanha de vacinação, ou outras estratégias adotadas pela Comissão Intersetorial SDSDHJPD/SEDUC/SESAU.

Desta maneira, recomenda-se a realização de planejamento conjunto entre a SDSDHJPD, SESAU e EMPREL para ações coordenadas com o objetivo de melhorar a TAAS do município e estabelecer processo de acompanhamento da agenda de saúde, com base no cruzamento de dados.

3.3.3.1 - Algumas Boas Práticas identificadas em relação à TAAS

- O município atingiu a taxa de cumprimento das condicionalidades com gestantes e crianças de 98,3%, índice superior ao nacional que foi de 98%.
- São realizadas visitas às famílias pelos agentes comunitários nas áreas com cobertura do Programa Saúde da Família.
- Para o acompanhamento das gestantes, as informações são obrigatórias tanto para o sistema E-GESTOR do Bolsa Família quanto para o E-SUS, por isso há uma alta incidência de preenchimento.
- Aumento de 48,62% no total de crianças acompanhadas e de 17,48% no total de mulheres acompanhadas, repercutindo em um crescimento de 20,27% na quantidade de beneficiários acompanhados se comparadas a 1ª vigência de 2023 e de 2024.

3.3.4 - Fórmula do cálculo do repasse do IGD-M

Após obtenção do valor do indicador do IGD-M conforme demonstrado no tópico 2.3, é possível se calcular o valor base do repasse mensal a ser recebido pelo município. A fórmula deve multiplicar o índice obtido pelo valor de R\$3,25 pela quantidade de cadastros atualizados de famílias com renda per capita de até meio



salário mínimo no mês anterior à parcela calculada. Esse valor base é limitado à quantidade estimada de famílias com perfil de CadÚnico.

O valor base do repasse poderá ser acrescido de 4 incentivos financeiros, caso o município atenda aos requisitos indicados na Portaria MDS nº 1.041/2024. Como também poderá sofrer desconto pela aplicação do fator redutor a depender do saldo de conta do FMAS no mês anterior à parcela calculada. A imagem a seguir (elaborada pela auditoria) apresenta a fórmula do cálculo simulado do repasse do IGD-M:

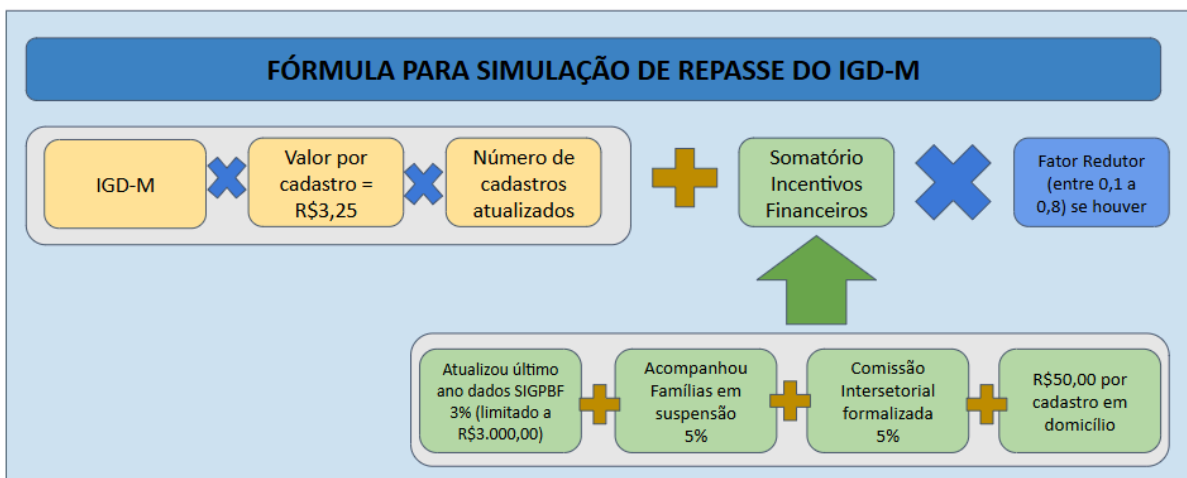


Figura 8 - Fórmula para simulação do repasse do IDG-M de acordo com a Portaria MDS nº 1.041/2024. Obs. Alguns incentivos têm limites de valor. Elaboração da auditoria.

3.3.4.1 - Dos incentivos

A Portaria MC nº 769/22, de 29 de abril de 2022, que dispunha sobre o IGD-M do Programa Auxílio Brasil e do Cadastro Único, previa dois incentivos que traziam incremento aos valores repassados aos entes federados e um fator redutor do repasse conforme o saldo financeiro referente às transferências acumuladas na conta do Fundo Municipal de Assistência Social.

No entanto, em dezembro de 2024, foi publicada a Portaria MDS nº 1.041/2024 que substituiu a portaria anteriormente citada, já na vigência do atual Programa Bolsa Família. O novo dispositivo, além de outras providências, alterou as regras dos incentivos financeiros, bem como criou um novo: o incentivo em face da instituição de Comissão Intersectorial do Programa Bolsa Família. O quadro abaixo demonstra um resumo dos incentivos vigentes.



Incentivos Financeiros do IGD-M				
Critério	Atualização/confirmação dos dados do(a) Secretário (a) e Coordenadores PBF/ CadÚnico no sistema SigPBF em até 365 dias	Acompanhamento de, no mínimo, 10% do total de famílias em fase de suspensão informado no SICON	Instituição de comissão intersetorial do Programa Bolsa Família, com dados atualizados/confirmados em até 365 dias no SigPBF	Cadastramento e atualização cadastral em domicílio
Benefício	Acréscimo de 3%	Acréscimo de 5%	Acréscimo de 5%	R\$ 50,00 por cadastro
Limite	R\$3.000	Apenas se houver família a ser acompanhada	-	20% do total de famílias de baixa renda com dados atualizados

Quadro 12 - Tabela resumo dos incentivos financeiros do IGD-M conforme previsto na Portaria MDS nº 1.041/2024.

3.3.4.1.1 - Por atualização dados de Secretário e Coordenador Municipal

A Portaria MDS nº 1.041/2024 alterou o percentual do incentivo e as autoridades que deveriam prestar informações. Para receber este incentivo os municípios deverão, no mínimo a cada 365 dias, atualizar ou confirmar os dados de identificação do Secretário(a) Municipal de Assistência Social e do(s) Coordenador(es) do Bolsa Família e do Cadastro Único no sistema SigPBF. O percentual do incentivo foi reduzido de 5% para 3%, e limitado ao valor máximo de três mil reais mensais.

Em entrevista com a equipe do Bolsa Família e Cadastro Único, Recife teria atendido à norma e estaria recebendo o incentivo. No entanto, após verificação dos dados disponibilizados no site do MDS, no período de setembro/2023 a maio/2024 não houve repasse desse incentivo para o Município, indicando o não atendimento da exigência. A situação do repasse foi normalizada no período de junho a novembro/2024, sendo este, o último mês informado no relatório do MDS à época do encerramento deste relatório. Conclui-se que é fundamental a atenção do Coordenador do Programa Bolsa Família na atualização das informações exigidas pela norma dentro do prazo estipulado.



3.3.4.1.2 - Por acompanhamento de famílias em fase de Suspensão de Condicionalidades

Para receber o incentivo de 5% acrescido ao valor do repasse federal, o município deve realizar o acompanhamento das famílias em fase de suspensão por não cumprimento de condicionalidades, conforme o percentual mínimo determinado na Tabela do Anexo 1 da Portaria MDS nº 1.041/2024, que relaciona o porte do município ao percentual a ser acompanhado. A norma esclarece que o acompanhamento deve ser realizado através do Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família (SICON) e que o incentivo só será aplicado nas situações em que haja alguma família nestas condições para ser acompanhada no município.

É necessário contextualizar que, para a análise deste incentivo, o Governo Federal interrompeu seu pagamento em novembro/2020, voltando a ser pago entre julho até setembro de 2023, quando foi novamente interrompido. O incentivo foi restabelecido em maio/2024. Para que o Recife, com porte de metrópole, faça jus ao incentivo, seria necessário o acompanhamento no sistema SICON de no mínimo 10% do total de famílias em suspensão de condicionalidades (conforme Tabela Anexo 1 c/c art. 5º, II e parágrafo 2º Portaria MDS nº 1.041/2024).

Em entrevista, as gestoras do Programa Bolsa Família informaram que Recife não estaria recebendo o adicional por não conseguir de fato realizar o acompanhamento das famílias em situação de suspensão de condicionalidades. A limitação seria a quantidade reduzida de servidores referente ao PAIF (Proteção e Atendimento Integral à Família) e ao PAEFI (Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos). Contudo, pelas análises dos dados disponíveis na plataforma do MDS foi possível verificar que nos meses de julho a setembro/2023, bem como de maio a novembro/2024, o município do Recife recebeu o incentivo, tendo o acompanhamento de famílias em fase de suspensão no SICON superior à exigência normativa. Logo, o município apenas não recebeu o incentivo quando houve a interrupção pelo próprio Governo Federal.

3.3.4.1.3 - Por instituição da Comissão Intersetorial do Bolsa Família

A Portaria MDS nº 1.041/2024 inovou ao trazer em seu Art. 5º, Inciso III, a previsão de incentivo financeiro para o município que tem constituída formalmente sua Comissão Intersetorial do Programa Bolsa Família, que deve ser composta,



pelo menos, por representantes das áreas de assistência social, saúde e educação. A norma prevê o acréscimo de 5% no valor do repasse, desde que os dados dos membros da comissão estejam informados no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família - SigPBF. Esses dados devem ser atualizados ou confirmados em até 365 dias, sob risco de descontinuidade do repasse.

Segundo o MDS, a criação do novo incentivo teve por objetivo fomentar a implantação de Comissões Municipais Intersetoriais do Programa Bolsa Família. Estas devem ser uma instância de articulação e coordenação local do trabalho, capazes de promover o acompanhamento eficaz das condicionalidades do programa e de assegurar a implementação de ações complementares para os beneficiários do programa.

Visto que o incentivo foi criado em dezembro/2024, com sua repercussão a partir do mês seguinte, tem-se que o município do Recife, em 2025, já acumula perdas mensais no valor aproximado de R\$24.400,00. Além do prejuízo financeiro em decorrência da não implementação da Comissão Intersetorial, o impacto negativo pode ser ainda maior, se somados aos riscos do não atingimento das metas da TAFE e da TAAS.

3.3.4.1.4 - Por atualização cadastral em Domicílio

A nova Portaria MDS nº 1.041/2024 manteve este incentivo que foi criado pela Portaria MDS nº 950 de 19 de dezembro de 2023, com os mesmos parâmetros. Conforme previsto no parágrafo 4º do artigo 4º da atual portaria, será acrescido ao repasse federal o valor de R\$ 50,00 por cada novo cadastro ou atualização realizados no domicílio da família, no mês anterior ao da parcela calculada, observando o teto para o incentivo de 20% dos cadastros de famílias com renda familiar per capita de até meio salário-mínimo com dados atualizados.

Observando os números dos repasses, foi possível aferir que em dezembro/2023 Recife contabilizou 377 cadastros, representando o acumulado de dezembro/2021 a novembro/2023. Em abril, maio e junho de 2024 foram feitos respectivos 382, 703 e 479 cadastros em domicílio. Com a exceção dos referidos meses, a média de cadastros até novembro/2024 foi de 38, destacando que em janeiro/2024 e março/2024 foram realizados apenas 3 e 4 cadastros em domicílio. A



quantidade de cadastros em domicílio realizados pelo Recife tem sido muito inferior a municípios como Belo Horizonte com média mensal de 485 registros.

Enquadrando o Recife nas regras do incentivo, tendo como referência os dados do MDS de que o município teve 187.089 famílias com essas condições de renda e com seus cadastros atualizados em fevereiro/2025, e considerando uma média hipotética de 500 novos cadastros por mês, chegaria-se a um incremento de R\$300.000,00 no ano.

Uma atenção especial a este incentivo destaca a importância estratégica da busca ativa e da atuação proativa dos gestores do Programa Bolsa Família. O atendimento em domicílio pode beneficiar muito o cidadão, pois trata-se de um atendimento mais próximo, humano e personalizado. Além disso, haveria um relevante incremento no repasse do IGD-M, que poderia ser aplicado em diversas melhorias na assistência social.

3.3.4.2 - Redutor financeiro relacionado ao saldo na conta bancária do IGD-M

A Portaria MDS nº 1.041/2024 atualizou os parâmetros já previstos na revogada Portaria nº 769/2022, que determina possíveis reduções no repasse do IGD-M conforme a análise do saldo da conta do Fundo Municipal de Assistência Social. Desta maneira, o valor a ser repassado ao município (valor base+incentivos) pode ser reduzido, caso a proporção desse saldo com relação a última parcela recebida seja superior ao correspondente a seis vezes tal parcela. Isso para municípios com saldo em conta maior que R\$90.000,00 no mês anterior.

O desconto a ser aplicado varia de acordo com o saldo em conta corrente, de modo que quanto maior os recursos acumulados, maior será o percentual de desconto, e, portanto, menor será o valor repassado ao município, conforme quadro abaixo:

Saldo conta corrente IGD-M	Desconto
> 24 parcelas	90%
> 18 a 24 parcelas	60%
> 12 a 18 parcelas	40%
> 6 a 12 parcelas	20%
até 6 parcelas	0

Quadro 13 - Fator redutor conforme inciso II do artigo 4º da Portaria MDS nº 1.041/2024



Após análises dos demonstrativos do MDS, foi possível verificar que o Recife não sofreu descontos no valor do repasse do IGD-M, recebendo a integralidade dos valores apurados de março/2023 a novembro/2024.

O acompanhamento dos indicadores financeiros por parte da Gestão do Bolsa Família em conjunto com a Gerência Financeira da Assistência Social são fundamentais para verificar se os valores repassados correspondem com as projeções e se o município tem recebido todos os incentivos, fazendo em tempo as correções necessárias.

4 - RECOMENDAÇÕES

Por se tratar de um trabalho de consultoria/assessoria, a metodologia adotada foi a construção de Planos de Ação, discutindo com a Unidade Auditada, no decorrer do trabalho, os pontos de melhoria identificados e as possíveis ações corretivas.

O Plano de Ação, que contém as recomendações de auditoria, é uma ferramenta dinâmica para auxiliar o gestor em suas práticas e elenca ações prioritárias e seus respectivos responsáveis. Desta maneira, muitas ações propostas já estavam em curso antes mesmo da conclusão deste trabalho de auditoria.

4.1 - Planos de Ação

Foram elaborados dois Planos de Ação: Plano de Ação - IDCRAS e Plano de Ação - IGD-M (Anexos III e VI). Neles, foram listadas atividades a fim de se atingir os benefícios financeiros e não-financeiros projetados.

Foi utilizada a seguinte organização: para cada planilha, Plano de Ação - IDCRAS e Plano de Ação - IGD-M, foram distribuídas nas abas os temas de análise. Por exemplo, Plano de Ação - IDCRAS: Estrutura Física, Recursos Humanos, etc. As recomendações de auditoria são as ações (macro) que a equipe técnica entende como fundamentais para o alcance dos objetivos. Contudo, a Secretaria como protagonista e detentora do processo, definirá quais medidas operacionais (micro) devem ser tomadas para colocar em prática as recomendações.

Os Planos de Ação trazem detalhamento para que a Secretaria proponha suas tarefas e os responsáveis e/ou parceiros que podem executá-las. É uma



ferramenta dinâmica, que deve ter construção coletiva das partes interessadas, com o objetivo de ajudar a Secretaria em sua prática e servir como acompanhamento das recomendações por parte da Controladoria em um momento futuro.

Assim, passa-se a relacionar as recomendações por tema:



4.1.1 - IDCRAS

4.1.1.1 - CENSO SUAS

CENSO SUAS		
RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTES / EM ANDAMENTO
1. Estabelecer fluxo para o processo de preenchimento e envio das informações do CENSO SUAS para o MDS, incluindo checagem das questões que impactam o IDCRAS.	Foi realizada reunião com a Gerência da Assistência Básica, a chefe de Divisão do CRAS e a UVS para orientação e organização do fluxo do processo do CENSO SUAS até o envio ao MDS, a fim de dirimir os riscos de envio de respostas erradas que impactam na avaliação do IDCRAS.	O processo deve ser revisitado antes do período de avaliação do CENSO SUAS.
2. Promover capacitação dos gestores dos CRAS sobre o IDCRÁS, a Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS e o CENSO SUAS.	Após a reunião de orientação da CGM, a Divisão dos CRAS promoveu capacitação com os gestores de CRAS.	As capacitações devem ser contínuas, principalmente antes do período do CENSO SUAS.
3. Estabelecer o acompanhamento periódico dos critérios exigidos para o nível 5 da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS de cada CRAS, a fim de se obter previamente o diagnóstico do município em cada dimensão e providenciar as correções necessárias antes do CENSO SUAS.	A equipe de auditoria desenvolveu a ferramenta "Ficha Técnica por CRAS" para monitoramento dos critérios. A Divisão dos CRAS e UVS já utilizaram a ferramenta para fornecer a CGM os dados do CENSO SUAS 2024. A CGM orientou a Divisão dos CRAS e a UVS para que os gestores dos CRAS preenchessem novamente a ferramenta até os meses de maio/junho.	Nova "rodada" de preenchimento da Ficha Técnica por CRAS desenvolvida pela CGM até os meses de maio/junho de 2025, visto que agosto é um marco importante para avaliação de alguns serviços no questionário do CENSO SUAS.



4.1.1.2 - Dimensão Estrutura Física

IDCRAS - ESTRUTURA FÍSICA		
RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTES / EM ANDAMENTO
1. Providenciar de forma imediata aparelhos de telefone fixo e/ou celulares para as unidades deficitárias.	A CGM emitiu a Nota Técnica nº 001.2024 - GAPAR/CGM com orientações	Até o fechamento deste relatório, a Secretaria não havia respondido a NTda CGM.
2. Elaborar documento de levantamento da Estrutura Física de cada CRAS, contendo descritivo das funções dos espaços, quantidade e a capacidade das salas de atendimento, e identificação se a estrutura atende aos critérios de acessibilidade.	Foi realizada reunião com a Secretária Executiva e Gerente de Manutenção e Serviços da Assistência para orientação conforme Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS, a fim de que o setor competente promovesse o alinhamento técnico quanto aos critérios da norma, a fim de dirimir dúvidas e se evitar subjetividade dos gestores de CRAS quanto questões estruturais, como por exemplo a capacidade das salas de atendimento, no preenchimento do CENSO SUAS.	Pendente.
3. Os planos de requalificação da Estrutura Física dos CRAS devem incluir a adequação das unidades aos critérios de acessibilidade, bem como aos critérios de quantidade e de capacidade das salas de atendimento exigidos no nível 5 da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS.	Foi tratado também na reunião com a Secretária Executiva e Gerente de Manutenção e Serviços da Assistência sobre a importância das requalificações ou construções de novos CRAS atenderem aos critérios exigidos para o nível 5 da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS.	Pendente.
4. Os projetos dos novos equipamentos, sejam COMPAZ ou ARRECIFES, devem observar os critérios determinados no nível 5 da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS, em especial: os critérios de quantidade e capacidade das salas de atendimento, bem como os critérios de acessibilidade.	Foi tratado também na reunião com a Secretária Executiva e Gerente de Manutenção e Serviços da Assistência sobre a importância das requalificações ou construções de novos CRAS atenderem aos critérios exigidos para o nível 5 da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS.	Pendente.
5. Atuar em conjunto com a SECPAZ a fim de viabilizar o uso compartilhado de salas do COMPAZ para atendimentos do CRAS, através de um calendário pactuado entre as secretarias.	Foi demonstrado em Reunião com a Secretária Executiva e gestores da Assistência a importância estratégica de articulação com a Gestão do COMPAZ e dos impactos positivos no IDCRAS.	Pendente.
6. Pactuar com a SECPAZ a manutenção tempestiva do elevador do COMPAZ Ariano Suassuna, a fim de garantir a efetiva acessibilidade dos cidadãos, em especial os idosos e deficientes físicos.	Foi demonstrado em Reunião com a Secretária Executiva e gestores da Assistência a importância estratégica de articulação com a Gestão do COMPAZ e dos impactos positivos no IDCRAS.	Pendente.



4.1.1.3 - Dimensão Serviços e Benefícios

IDCRAS - SERVIÇOS E BENEFÍCIOS		
RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTES/EM ANDAMENTO
1. Providenciar de forma imediata profissionais de Psicologia para as unidades deficitárias.	Este critério afeta tanto a dimensão Recursos Humanos, quanto a dimensão Serviços e Benefícios. A CGM emitiu a Nota Técnica nº 001.2024 - GAPAR/CGM com orientações.	Até o fechamento deste relatório, a Secretaria não havia respondido a Nota Técnica da CGM.
2. Atuar em conjunto com a Secretaria de Educação a fim de viabilizar o fortalecimento da articulação entre o CRAS e o serviço de Educação nos territórios.	Foi realizada reunião com a Secretária Executiva e gerentes da Assistência demonstrando os achados dessa auditoria e a importância de se estabelecer um cronograma com as áreas pertinentes, em especial com a SEDUC, a fim de atender os critérios do nível 5 da norma da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS e os impactos no IDCRAS.	Pendente.
3. Estabelecer um cronograma com os serviços de CREAS, Educação e Saúde a fim de realizar reuniões periódicas, estudos de caso e desenvolver atividades em conjunto com estes serviços.		Pendente.



4.1.1.4 - Dimensão Recursos Humanos

IDCRAS - RECURSOS HUMANOS		
RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTES / EM ANDAMENTO
1. Providenciar de forma imediata profissionais de Psicologia e de Assistência Social para as unidades deficitárias.	A CGM emitiu a Nota Técnica nº 001.2024 - GAPAR/CGM com orientações	Pendente. Até o fechamento deste relatório, a Secretaria não havia respondido a Nota Técnica da CGM.
2. Nomeação do concurso público vigente a fim de completar as equipes de referência nos CRAS (Assistentes Sociais e Psicólogos)	Foi realizada reunião com a Secretária Executiva e gerentes da Assistência demonstrando os achados dessa auditoria e a importância de se atender os critérios do nível 5 da norma da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS.	Pendente.
3. Elaborar um estudo/mapa dos profissionais X quantidades necessários em cada CRAS, em especial Assistentes Sociais e Psicólogos, para atender as demandas dos serviços prestados na unidade (PAIF, SCFV, Criança Feliz, etc), considerando também a demanda reprimida.	Foi realizada reunião com a Secretária Executiva e gerentes da Assistência demonstrando os achados dessa auditoria e a importância de se atender os critérios do nível 5 da norma da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS.	Pendente.
4. Ampliar a número de vagas de Psicólogos em lei	Foi realizada reunião com a Secretária Executiva e gerentes da Assistência demonstrando os achados dessa auditoria e a importância de se atender os critérios do nível 5 da norma da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS.	Pendente.
5. Fazer levantamento da lotação dos profissionais de Assistência Social e de Psicologia pertencentes a SDSDHJPD de forma periódica, tomando mais célere a reposição nos locais deficitários.	Foi realizada reunião com a Secretária Executiva e gerentes da Assistência demonstrando os achados dessa auditoria e a importância de se atender os critérios do nível 5 da norma da Nota Técnica nº 27 /2015/ DGSUAS/SNAS/MDS.	Pendente.



4.1.2 - IGD-M

4.1.2.1 - Comissão Intersectorial SDSDHJPD/SEDUC/SESAU

IGD-M - COMISSÃO INTERSETORIAL SDSDHJPD/SEDUC/SESAU			
UG	RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTES / EM ANDAMENTO
SDSDHJPD, SEDUC E SESAU	1- Formalização da Comissão Intersectorial SDSDHJPD/SEDUC/SESAU, com atribuição de planejar e executar ações coordenadas e regulares com o objetivo de melhorar os indicadores do IGD-M.	A CGM promoveu reunião com representantes das secretarias esclarecendo a importância da formalização da Comissão. A publicação da nova portaria do IGD-M que instituiu um incentivo financeiro para a comissão constituída e informada no SigPBF reforça ainda mais a importância desta formalização.	Até o fechamento deste relatório, ainda estava pendente a formalização da Comissão.
EMPREL, SDSDHJPD, SEDUC E SESAU	2- Parceria com a EMPREL a fim de obter informações dos beneficiários não localizados e/ou não acompanhados através de cruzamentos dos dados em diferentes bases de forma automatizada.		Em andamento.
EMPREL, SDSDHJPD E SESAU	3- Realizar busca ativa das famílias beneficiárias do PBF com crianças e/ou mulheres com perfil de saúde não acompanhadas no Sistema E-GESTOR para orientação e atualização dos dados em ação conjunta entre a EMPREL	A referida reunião contou com a presença de representante da EMPREL que já buscou entender as necessidades e marcou visitas com as equipes específicas.	Pendente.
EMPREL, SDSDHJPD E SEDUC	4- Realizar busca ativa das famílias beneficiárias do PBF com estudantes "não localizados" no Sistema Presença para orientação e atualização dos dados, em ação conjunta entre a EMPREL		Em andamento.
EMPREL, SDSDHJPD E SEDUC	5- Formalização de convênio com o Governo Federal para cruzamentos de dados a fim de localizar os beneficiários do bolsa família de Recife que estudam na rede federal de ensino.		Pendente
EMPREL, SDSDHJPD E SEDUC	6- Formalização de convênio com o Governo Estadual para cruzamentos de dados a fim de localizar os beneficiários do bolsa família de Recife que estudam na rede estadual de ensino.	A referida reunião contou com a presença de representante da EMPREL que já buscou entender as necessidades e marcou visitas com as equipes específicas.	Pendente
EMPREL, SDSDHJPD E SEDUC	7- Formalização de convênios com municípios da Região Metropolitana para cruzamentos de dados a fim de localizar os beneficiários do bolsa família de Recife que estudam em outros municípios.		Pendente.



4.1.2.2 - Taxa de Atualização Cadastral - TAC

IGD-M - TAXA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - TAC			
UG	RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTES/EM ANDAMENTO
SDSDHJPD	1- Priorizar busca ativa das famílias através de visitas domiciliares, a fim de realizar atualização ou novos cadastros.	Na finalização deste trabalho, esta equipe de auditoria teve o conhecimento do incentivo financeiro para os municípios que realizam cadastros ou atualizações em domicílio. Então, realizou-se algumas projeções que demonstraram a possibilidade de impactos positivos relevantes no repasse do IGD-M do município.	Pendente.
SDSDHJPD E EMPREL	2- Realizar busca ativa das famílias no limite da validade do cadastro, evitando que estes fiquem desatualizados, em ação conjunta entre a EMPREL.	A CGM promoveu reunião com representantes das secretarias esclarecendo a importância de realizar ações integradas a fim de ampliar o IGD-M do município.	Em andamento.
SDSDHJPD E EMPREL	3- Realizar busca ativa das famílias com problemas no cadastro para orientação e atualização, em ação conjunta entre a EMPREL		Pendente.



4.1.2.3 - Taxa de Acompanhamento de Frequência Escolar - TAFE

IGD-M - TAXA DE ATUALIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA ESCOLAR - TAFE			
UG	RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTES / EM ANDAMENTO
EMPREL, SEDUC	1- Atuar estrategicamente na redução dos "não localizados" no Sistema Presença, priorizando soluções de cruzamentos dos dados em diferentes bases de forma automatizada.	Esta equipe realizou visita técnica ao setor competente por realizar este acompanhamento. A CGM promoveu uma reunião inicial de integração entre a EMPREL e a SEDUC, com a finalidade de buscas de soluções para se obter os dados dos alunos não localizados.	Em andamento.
SEDUC	2- Realizar bechmarking com outras capitais que tem resultados exitosos no acompanhamento da frequência escolar.	Esta equipe de auditoria para a elaboração deste relatório realizou análise comparativa dos indicadores de acompanhamento das capitais, identificando municípios com públicos de acompanhamento significativos e com alta TAFE, como São Paulo, Belo Horizonte e Brasília.	Pendente.



4.1.2.4 - Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde - TAAS

IGD- M - TAXA DE ACOMPANHAMENTO DA AGENDA DE SAÚDE - TAAS			
UG	RECOMENDAÇÕES	AÇÕES REALIZADAS	AÇÕES PENDENTE S/EM ANDAMENTO
EMPREL E SESAU	1- Atuar estrategicamente na redução das famílias não acompanhadas no Sistema E-GESTOR, priorizando soluções de cruzamentos dos dados.	Esta equipe realizou visita técnica ao setor competente por realizar este acompanhamento, na ocasião a gestora descreveu vários limitadores para o avanço da TAAS. A CGM promoveu reunião inicial de integração entre a EMPREL e a SESAU, com a finalidade de buscas de soluções para as demandas de Sistemas E-GESTOR e E-SUS.	A EMPREL realizou o contato inicial com o setor ATAN, mas ainda estão pendentes os produtos/ soluções.
SESAU	2- Estabelecer fluxo do processo de acompanhamento da agenda de saúde, identificando os pontos de riscos, privilegiando os cruzamentos de dados de forma estratégica.		Pendente.
SESAU	3- Elaboração de estudo identificando a distribuição do público alvo do acompanhamento de condicionalidades do Bolsa Família e da distribuição do Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entre os distritos sanitários, a fim de identificar as demandas reprimidas e promover a distribuição dos ACS.		Pendente.
SESAU	4- Aumento da cobertura do Programa Saúde da Família a fim de aumentar a quantidade de crianças e mulheres acompanhadas por Agente Comunitário de Saúde (ACS), distribuindo os novos servidores de maneira estratégica com base em estudo.		Pendente.
SESAU	5- Promover ações a fim de dirimir barreiras culturais que possam dificultar a boa gestão do PBF, como treinamentos com os servidores da saúde que trabalham com atendimento aos públicos com perfil de saúde para sensibilização da importância dos dados para a Política Pública ser eficiente e estímulo para o correto preenchimento das informações nos sistemas.		Pendente.
SESAU	6- Promover ações com objetivo de aumentar a vacinação e coleta dos dados de peso e altura das crianças até 7 anos, como exemplo campanhas de vacinação nas escolas em parceria com a SEDUC.		Pendente.
SESAU	7- Realizar bechmarking com outras capitais que tem resultados exitosos no acompanhamento da agenda de saúde.		A auditoria realizou análise comparativa dos indicadores de acompanhamento das capitais, identificando municípios com públicos de acompanhamento significativos e com alta TAAS, como Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Fortaleza e Brasília.



5- CONCLUSÃO

Este trabalho de consultoria teve por objetivo avaliar os serviços e parâmetros relacionados aos índices de gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do município do Recife, de modo a identificar pontos de melhoria e propor ações estratégicas a fim impactar de forma positiva os serviços da assistência social básica, elevar os índices federais IDCRAS e IGD-M e posicionar o município para um potencial incremento dos repasses federais.

Com relação ao IDCRAS, após análises dos critérios da norma vigente com as respostas dos Censos SUAS de cada CRAS para os exercícios de 2022, 2023 e 2024, foi possível identificar as maiores dificuldades que repercutem na diminuição deste índice. Como por exemplo, a “articulação frágil com o serviço de educação no território”, a “quantidade de salas de atendimento inferior a 4” e “capacidade das salas de atendimento inferior a 15 pessoas”.

No âmbito do IGD-M, no início dos trabalhos, todos os indicadores eram inferiores às médias nacionais. Em janeiro de 2024, Recife apresentava o IGD-M de 74,64%, o que resultava em um repasse de R\$514.149,99 no mês, cujo limite era R\$693.096,00/mês, sinalizando um não aproveitamento total do recurso disponível. Entre os fatores que impactam negativamente o IGD-M, destacam-se: baixo índice de acompanhamento de saúde (em especial o público de crianças de até 7 anos); alto índice de alunos “não localizados” no acompanhamento da educação; e a perda de incentivos financeiros pela inobservância dos critérios exigidos. A inexistência de uma Comissão Intersectorial do Programa Bolsa Família e a falta de atualização dos dados das autoridades do PBF no sistema SigPBF também causaram uma perda de repasse.

Entretanto, no decorrer do período do assessoramento por esta CGM, já foi possível verificar alguns avanços nos indicadores, como:

- O IDCRAS 2024 subiu para 3,77 (incremento de 17,4% em relação a 2023);
- Dimensões Estrutura Física e Serviço apresentaram crescimento no Censo 2024, tendo seus melhores resultados desde 2018 em ambas as dimensões;



- Recife obteve a maior TAC da série histórica, alcançando 89,02% em setembro/2024, ultrapassando pela primeira vez a média nacional (88,33%); mantendo-se acima até dezembro/2024, quando ocupou a 3ª posição entre as capitais do país com a TAC de 88,41%;
- A elevação da TAFE para 79,37% no bimestre agosto-setembro/24, maior índice desde 2023;
- A TAAS também apresentou aumento, chegando a 62,04% em junho/2024, o maior índice desde de 2023.

Assim, conclui-se que a auditoria realizada teve repercussão muito positiva junto à Unidade Auditada, lançando um olhar mais crítico sobre os indicadores do IDCRAS e IGD-M conscientizando também a equipe da SAS sobre o tema. A adoção das recomendações apontadas neste é uma medida estratégica para o alcance dos benefícios financeiros e não-financeiros; bem como a melhoria do serviço prestado pelo poder público municipal.

6 - ANEXOS

- I - Legislação relacionada
- II- Nota de Auditoria GAPAR 01/2024
- III- Planos de Ação IDCRAS (planilha)
- IV- Plano de Ação IGD-M (planilha)
- V- Modelo de Ficha Técnica para os CRAS
- VI- Apresentação Resumo para SAS



Auditora responsável pelo trabalho

Graciane Costa Gomes dos Santos
Almeida
Gestor Governamental de Controle
Interno
Matrícula 107.073-8

Supervisão

Terence Borman de Farias
Gerente de Auditoria e PAR até
31/01/2025
Matrícula 108.953-6

Revisão do Relatório

Ana Beatriz Burgardt Castro
Gerente de Auditoria e PAR desde
01/02/2025
Matrícula 110.266-4

Apoio Técnico

Evandro José dos Santos Silva
Gestor Governamental de Controle
Interno
Matrícula 106.253-0

De acordo,

Débora Cristóvão Gomes de
Oliveira
Corregedora-Geral e Auditoria
Matrícula 103.934-2

Juliana Cottard Giestosa
Secretária Executiva de Auditoria,
Correição e Controle Social
Matrícula 105.954-8



**Despacho SESAU/SEGEPE/CAA Nº
5/2026**

Recife, 03 de março de 2026

Em resposta ao Despacho 298 (7370321) informamos que foram realizadas no exercício de 2025 duas auditoria, conforme relatórios em anexo



Documento assinado eletronicamente por **CLEONILDA DE QUEIROZ SANTANA, Chefe de Setor**, em 03/03/2026, às 16:12, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.recife.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **7386817** e o código CRC **F4AE7EE2**.

33.005298/2026-12

7386817v1

SECRETARIA DE SAÚDE
Avenida Cais do Apolo, 925 - Bairro Recife | CEP 50030-903 - Recife/PE
Site - www.recife.pe.gov.br



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Auditoria nº 217

Unidade: FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORA

Município: RECIFE/PE



Sumário

I - DADOS BÁSICOS

II - INTRODUÇÃO

III - METODOLOGIA

IV - CONSTATAÇÕES

Tópico: INFRAESTRUTURA

Tópico: DOCUMENTAÇÃO

Tópico: FATURAMENTO/PRODUÇÃO

V - CADASTRO DA NOTIFICAÇÃO

VI - REGISTRO FINAL SOBRE A NOTIFICAÇÃO

VII - ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS

VIII - CONCLUSÃO

IX - FOLHA DE ASSINATURA

X - ANEXOS





I - DADOS BÁSICOS

Finalidade: Realizar Auditoria Programada na US 217 CENTRO MEDICO SEN JOSE ERMIRIO DE MORAES

Entidade Responsável: FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORA

CPF/CNPJ: 03.048.083/0001-87

Município/UF: RECIFE-PE

Demandante: Setores Internos da SMS

Forma: Direta

Gestão do Prestador: Plena

Objeto: Assistência-geral

Abrangência: SETEMBRO A DEZEMBRO 2023

Tarefa Nº: 151111

II - INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Programada na UNIDADE US 217 CENTRO MEDICO SEN JOSE ERMIRIO DE MORAES CNES 0000558, finalidade de cumprir o Plano Anual de Atividades da Auditoria e a CI SESAU/SERMAC/GGR/CAA nº 18/2024 do Processo SEI nº 33.053405/2024-49, com a finalidade de diagnosticar o acesso do usuário as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, verificando oferta, demanda, registro no SISREG, percentual de absenteísmo, produção ambulatorial, recursos humanos e financeiros, assistencial, infraestrutura existentes, armazenamento e dispensação de medicamentos e satisfação do usuário. Em virtude da mudança de gestão da unidade houve a necessidade de reprogramar as fases do processo no sistema SISAUD.

III - METODOLOGIA

FASE ANALÍTICA

Com a finalidade de obter informações para subsidiar os trabalhos, a equipe de Auditoria Assistencial SUS/Recife elaborou a Matriz de Acesso em Oftalmologia, composta pelas Matrizes de Análise e de Coleta de Informações, utilizando-se as seguintes bases legais:

1. RDC/ANVISA nº 63/2011, Arts. 7 e 17;
2. LEI Nº 18.117/2015, Art. 10, Item IV, Letra a;
3. Portaria GAB/SS nº 157/2019;
4. Portaria de Consolidação nº 1 – CAPÍTULO IV DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) – Seção I Art. 359, Inc. I e Art. 365, respectivamente (Origem: PRT MS/GM nº 1646/2015, Art. 2º e 8º) Manual Operacional de Regulação de Acesso Ambulatorial - Prefeitura da Cidade do Recife - 3ª edição - 2018 - Capítulo 1- Conceitos e Informações Gerais: Funções das Unidades Executantes);
5. Resolução CNRM nº 02/2006, Art. 9;
6. Portaria Interministerial nº 45/2007, Art. 2, inciso V; Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 02/2017 Art.9, inciso I e III (Origem: PRT MS/GM no 3410/2013);
7. RDC Nº 44/2009 - Seção III -Das Condições de Armazenamento, Art. 35 e §3º;
8. RDC Nº 44/2009 - Seção V -Da Dispensação de Medicamentos, Art. 43 e 44).
9. Cartilha Humaniza/SUS/2010;
10. Elaboração do Comunicado Interno-CI SESAU/SERMAC/GGR/GMA/CAA nº 18/2024- Processo SEI nº 33.053405/2024-49, encaminhado à unidade US 217 CENTRO MEDICO SEN JOSE ERMIRIO DE MORAES CNES 0000558 para instauração e solicitação de subsídios relativos à assistência especializada em oftalmologia
11. Elaboração do Comunicado Interno-CI SESAU/SERMAC/GGR/GMA/CAA nº 45/2024- Processo SEI nº 33.053405/2024-49, encaminhado à Gerência Geral de Regulação - GGR para solicitação de subsídios a Ouvidoria relativos à assistência especializada em



oftalmologia da unidade em tela;

12. Elaboração do Comunicado Interno-CI SESAU/SERMAC/GGR/GMA/CAA nº 46/2024- Processo SEI nº 33.053405/2024-4 encaminhado à Gerência Geral de Regulação - GGR para solicitação de subsídios a Gerência de Redes e Fluxos Assistenciais - GFR relativos à assistência especializada em oftalmologia da unidade em tela;

13. Elaboração do Comunicado Interno-CI SESAU/SERMAC/GGR/GMA/CAA nº 47/2024- Processo SEI nº 33.053405/2024-4 encaminhado à Gerência Geral de Regulação - GGR para solicitação de subsídios a Gerência de Programação, Controle e Avaliação GPCA relativos à assistência especializada em oftalmologia da unidade em tela;

14. Elaboração do Comunicado Interno-CI SESAU/SERMAC/GGR/GMA/CAA nº 48/2024- Processo SEI nº 33.053405/2024-4 encaminhado à Gerência Geral de Regulação - GGR para solicitação de subsídios a Supervisão relativos à assistência especializada em oftalmologia da unidade em tela;

15. Elaboração do instrumento sondagem de usuários;

16. Eleger os critérios para a amostra da Sondagem com os Usuários;

17. Análise dos subsídios encaminhados pela GGR e pelo auditado;

18. Extração de dados do sistema de informações Tabwin/MS/Datasus;

19. Consulta ao SCNES.

INFORMAÇÕES REQUERIDAS

Para subsidiar a análise da equipe e cumprindo com o estabelecido na Matriz de Coleta, foram solicitadas as seguintes informações:

1. A GGR

i.2 - Distribuição da cota de consultas/ exames da especialidade ofertada para agendamento no SISREG

i.3 - Relatório dos agendamentos de consultas / exames no SISREG, com lista de espera e percentual de absenteísmo referente à abrangência e especialidade auditada

i.6 - Relatório da supervisão referente à abrangência e especialidade auditada.

i.7 - Relatório das tratativas das demandas da Ouvidoria referente à especialidade auditada.

i.8 - Relatório das autorizações dos procedimentos cirúrgicos em oftalmologia

2. No Sistemas de Informações do MS

i.10 - Relação de profissionais cadastrados na especialidade auditada no CNES.

i.11 - Relação de aparelhos/equipamentos existentes e em uso na unidade, referente a especialidade/exame auditado

i.12 - Descrição da estrutura física da Unidade

i.13 - Informações da produção ambulatorial da especialidade/ exame (SIA/SUS)

i.14 - Consulta a Tabela de Procedimentos do SUS

3. À Unidade auditada

i.15 - Relação da infraestrutura e recursos de informática existentes/disponíveis para funcionamento da Unidade.

i.16 - Estrutura ofertada para guarda/arquivamento dos prontuários

i.17 - Dispositivos de Comunicação com o usuário (Ouvidoria, caixa de sugestões, pesquisa de satisfação e outros)

i.18 - Relatório da Ouvidoria da Unidade, contendo as tratativas das demandas, referente à especialidade auditada.

i.20 - Descrição do fluxo de atendimento ambulatorial do procedimento, com o horário de atendimento e profissional responsável, além dos profissionais de apoio

i.21 - Relatório sobre estratégias de redução do absenteísmo

i.22 - Relação nominal dos profissionais e com os respectivos conselhos de classe, carga horária, escala de trabalho (horário e dia do atendimento)

i.23 - Relação nominal dos profissionais responsáveis pela alimentação dos sistemas SISREG, SIA e faturamento, com respectiva carga horária e escala de trabalho

i.24 - Certificado de regularidade técnica da unidade expedido pelo órgão de classe.

i.25 - Certificado de responsabilidade técnica dos setores de enfermagem e farmácia

i.26 - Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde-PGRSS da unidade

i.28 - Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos Assistenciais.

i.29 - Relação de prontuários de acordo com a amostra selecionada.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: CLEONILDA CORREIA DE QUEIROZ SANTANA
Acesse em: <https://stec.tec.pe.gov.br/epi/validador>
Número de identificação do documento: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66965669de

i.30 - Documento comprobatório da composição da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar - CCIH e respectivas atas das reuniões e relatórios.

4.Sondagem ao usuário

i.32 - Utilização pelo paciente dos meios de comunicação com a unidade.

i.33 - Pesquisa de Satisfação.

FASE OPERATIVA

- Reunião e entrevista com a diretoria administrativa da unidade no dia 05/11/2024, para apresentação da equipe de auditoria, exposição dos objetivos da auditoria, orientação sobre o prazo para envio das justificativas da unidade, quando no envio do relatório preliminar, emissão do relatório final e, registro fotográfico dos espaços destinados ao serviço de oftalmologia. Apesar de não fazer parte do escopo da auditoria, há registro fotográfico do Banco de Olhos do Recife - BORE. Nos dias 11 e 19/11, foi realizada a coleta de dados com a análise dos prontuários armazenados eletronicamente e fisicamente e APAC's. A reunião de encerramento com a diretoria foi realizada no dia 19/11/2024, com exposição das primeiras impressões da auditoria e orientação quanto aos encaminhamentos no momento do relatório preliminar.

IV - CONSTATAÇÕES

Tópico: INFRAESTRUTURA

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697742

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Estrutura física instalações/conservação

Constatação: A Infraestrutura da Unidade com aeração e entretenimento insuficientes na sala de espera dos consultórios.

Evidência: Na análise comparativa entre as informações das ações e serviços assistenciais ativos para o SUS (i.6 e i.12), informações pelo auditado (i.15), e os achados da inspeção na unidade, verificou-se que a infraestrutura era constituída de um prédio térreo com recepção, sala de pré-consulta com sala de espera, sala de exames, 06 consultórios com equipamentos para consultas em oftalmologia, salas de exames de campimetria e paquimetria, todos climatizados, banheiros para o público feminino e masculino adaptados para pessoas com mobilidade reduzida. A sala de espera externa com cadeiras em frente a porta de cada consultório, em número suficiente para os usuários, porém com aeração insatisfatória e sem meio de entretenimento. Na ocasião da visita da equipe de auditoria, o espaço encontrava-se bastante quente e abafado, sem qualquer tipo de entretenimento, em desacordo com o que preconiza a RDC nº 63/2011, Art. 36, Seção VI - Da Gestão de Infraestrutura: o serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, consulta ao CNES, visita à unidade e fotos 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 e 11 em anexo 1.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Providenciar e manter o ambiente na sala de espera em boas condições de ventilação e conforto, bem como meios de entretenimento para os usuários em espera do atendimento, conforme preconiza a RDC nº 63/2011, Art. 36, Seção VI - Da Gestão de Infraestrutura.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, LEONARDO CAVALLANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stec.tec.br/portal/portal.do?seam.codigo.do.documento:697113004550467d80b55f66a1f659de>

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697752

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Recursos Humanos

Constatação: O responsável técnico da unidade não estava regularmente registrado no conselho de classe correspondente.

Evidência: A unidade não apresentou o Certificado de Regularidade Técnica do responsável pela unidade, expedido pelo órgão da classe, ficando desta forma configurada a impossibilidade de comprovação da responsabilidade técnica conforme determina a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 14 - Parágrafo único e Art. 16, Seção III - Das Condições Organizacionais que determina: o serviço de saúde deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto. Parágrafo único. O órgão sanitário competente deve ser notificado sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto; O serviço de saúde deve possuir profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, consulta ao CNES e visita a unidade.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Manter na unidade um profissional médico responsável técnico legalmente habilitado, com o certificado emitido pelo Conselho Regional de Medicina disponível, conforme determina a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 14 - Parágrafo único e Art. 16, Seção III - Das Condições Organizacionais.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697753

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Recursos Humanos

Constatação: O serviço de farmácia não possuía responsável técnico registrado no Conselho de Classe correspondente.

Evidência: A unidade não apresentou o documento comprobatório referente ao responsável técnico pela farmácia, ficando desta forma configurada a impossibilidade de comprovação da responsabilidade técnica conforme determina a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 15, Seção III - Das Condições Organizacionais, que determina: as unidades funcionais do serviço de saúde devem ter um profissional responsável conforme definido em legislações e regulamentos específicos. Ressalta-se que a infraestrutura da farmácia era muito boa, com excelência no armazenamento, guarda e dispensação dos medicamentos e insumos e controle da validade e temperatura dos medicamentos.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, consulta ao CNES, visita a unidade e fotos 13, 14 e 15 do anexo 2.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Manter na unidade um profissional de farmácia responsável técnico legalmente habilitado, com o certificado emitido pelo Conselho Regional de Farmácia disponível, conforme determina a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 15 - Seção III - Das Condições Organizacionais.

Destinatários da Recomendação



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: https://ctce.tce.pe.gov.br/epi/validarDoc.aspx?CodigoDocumento:69311300-457d-467d-8b12-556a15659de

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade **Constatação Nº:** 697755

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Recursos Humanos

Constatação: O serviço de enfermagem não possuía responsável técnico registrado no Conselho de Classe correspondente.

Evidência: Na análise comparativa do cadastro dos profissionais responsáveis no CNES (i.10), a documentação fornecida pela unidade (i.25) e achados na visita técnica, verificou-se que a unidade forneceu documento informando que a profissional do setor estava em processo de regularização com o COREN, contudo não apresentou documentação comprobatória referido órgão de classe, em desacordo com a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 15, Seção III - Das Condições Organizacionais que determina: as unidades funcionais do serviço de saúde devem ter um profissional responsável conforme definido em legislações e regulamentos específicos.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, consulta ao CNES e visita a unidade.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Manter na unidade um profissional de enfermagem responsável técnico legalmente habilitado, com o certificado emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem disponível, conforme determina a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 15 - Seção III - Das Condições Organizacionais.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade **Constatação Nº:** 697756

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: A unidade apresentou o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS sem assinatura do responsável.

Evidência: Na análise da documentação apresentada pelo auditado (i. 26), verificou-se que o documento fornecido, datado de 16/10/24 não correspondia ao formulário da Anvisa de PGRSS e encontrava-se sem a assinatura do responsável, em desacordo com o que determina a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 23, inciso X , Seção III - Das Condições Organizacionais: o serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLACANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stc.cde.pe.gov.br/epp/validadaDoc.seam> Código de Verificação: 6911300-457d-467d-8b55-516d15659de

Recomendação: Manter na unidade o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS com preenchimento completo, adequado e assinado pelo responsável técnico, conforme determina a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 23, inciso X, Seção III - Das Condições Organizacionais.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697758

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: A unidade não apresentou a totalidade das APAC referente a amostra analisada.

Evidência: Na análise comparativa entre as informações gerenciais fornecidas pela GGR (i.1), pela unidade (1.28 e i.29) e achados na inspeção, foi selecionada uma amostra de 211 APAC's, das quais 25% não foram apresentadas, em desacordo o manual técnico-operacional do sistema de informações ambulatoriais do SIA/SUS/2010 que no item 6.2. Procedimentos que exigem autorização prévia, que determina: o Laudo deve ser preenchido em duas vias pelo profissional responsável pelo atendimento de forma legível e sem abreviaturas. A primeira via é enviada ao órgão Gestor Local para autorizar a emissão da APAC e a segunda via é anexada ao prontuário do usuário.

Fonte da Evidência: APAC's apresentadas.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Manter e disponibilizar as APAC's anexadas aos prontuários físicos, e arquivá-los em local seguro, com boas condições de conservação e organização, permitindo o seu acesso sempre que necessário, conforme determina o manual técnico-operacional do sistema de informações ambulatoriais do SIA/SUS/2010 no item 6.2.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697757

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: Prontuários com registros incompletos e/ou desorganizados.

Evidência: Na análise dos prontuários eletrônicos e físicos, verificou-se que em torno de 80% dos prontuário eletrônicos encontravam-se com telefone e endereços desatualizados ou incompletos, onde 23% da amostra analisada apresentava o mesmo endereço, rua Abelardo no bairro das Graças, quando o endereço no SISREG era outro. Havia registros tanto no prontuário físico como no eletrônico do mesmo usuário, sendo de forma descontinuada, prejudicando a história do cuidado com o mesmo. Ainda, verificou-se que em 7% não havia registro dos procedimentos no prontuário, apesar de agendado e confirmado no SISREG, em desacordo com a Resolução CFM nº 1638/2002, art 5º item I letras b e c, e da RDC/ANVISA nº 63/2011 Art. 4º, inc.VIII e 27 que determinam, respectivamente, que: o serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico; I - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:b) Anamnese, exame físico,



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, LEONARDO CAVALLANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: https://stc.ce.gov.br/epv/validarDoc.seam?codigoDocumento:69711300-457d-467d-8bb5-5f66a156559e

exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo tratamento efetuado; c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

Fonte da Evidência: Análise dos prontuários solicitados e anexo 3.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Implantar um plano de ações efetivas com cronograma, para garantir a implementação e qualificação do prontuário eletrônico, zelando pelos registros completos de forma organizada, por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, conforme determina a Resolução CFM nº 1638/2002, art 5º item I letras b e c, e RDC/ANVISA nº 63/2011 Art. 4º, inc.VIII e 27.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697760

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Normas/rotinas/protocolos/comissões internas

Constatação: A unidade não possuía Plano de Segurança do Paciente.

Evidência: Na análise comparativa entre as informações fornecidas pelo auditado (i.20 e i.28) e achados da inspeção, verificou-se que a unidade apresentou documento informando ter implantado o Núcleo de Segurança do Paciente em abril do ano em curso com respectiva portaria, porém não foi fornecida a portaria, e uma versão preliminar incompleta do Plano de Segurança do Paciente, em desacordo com RDC Nº 36/2013, Artigo 8º que prevê: o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para: I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV - identificação do paciente; V - higiene das mãos; VI - segurança cirúrgica; VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada e visita a unidade.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Garantir o adequado desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente, estabelecendo estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde e, realizar capacitações junto aos seus trabalhadores, conforme a RDC Nº 36/2013, Art 8º.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAYALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stec.tec.pe.gov.br/portal/auditoria> e o código de documento: 69311300-457d1467-d8b5-2570a136550dc

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697759

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Satisfação do Usuário

Constatação: A unidade não possuía Programa de Avaliação do Nível de Satisfação do Usuários.

Evidência: Na Triangulação dos espelhos de demanda da Ouvidoria (i.7), os Relatórios das demandas apuradas nos dispositivos de comunicação pelo auditado (i.17 e i.18), e achados na inspeção física, constatou-se que a unidade apesar de apresentar relatório de demandas de ouvidoria, o mesmo não descrevia as tratativas adotadas, em desacordo com o que preconiza o Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 02/2017, Art.8, inciso IX, e Art. 10, inciso III (Origem: PT/MS/GM no 3410/2013) e RDC/ANVISA no 63/2011 Art. 7, inciso III. que determina: dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes e as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada e espelhos de demanda da ouvidoria.

Conformidade: Não Conforme

Acatamento da Justificativa: Não apresentou justificativa

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
CAMILA DE FARIAS DANTAS	061.188.774-67

Recomendação: Implantar o Programa de Avaliação do Nível de Satisfação do Usuários na unidade, com emissão de relatórios de demandas com as tratativas adotadas pela a unidade, conforme preconiza o Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 02/2017, Art.8, inciso IX, e Art. 10, inciso III (Origem: PT/MS/GM no 3410/2013) e RDC/ANVISA no 63/2011 Art. 7, inciso III.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FMS - CENTRO MEDICO JOSE ERMIRIO DE MORAES	03.048.083/0001-87

Tópico: FATURAMENTO/PRODUÇÃO

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 697749

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Capacidade Instalada/cadastro

Constatação: Oferta dos serviços oftalmológicos abaixo da capacidade instalada.

Evidência: Na análise comparativa entre os dados extraídos dos sistemas de informações (i.10, i.11, i.12, i.13 e i.14), Relatório de agendamentos de consultas e exames no SISREG (i.2 e i.3), relatórios de supervisão (i.6), as informações fornecidas pelo auditado(i.15,i.20,e i.22) e achados da inspeção, verificou-se que dos 14 profissionais que apresentaram produção no período auditado só foi possível a análise de 50%, onde apenas dois profissionais produziram acima de 80% da oferta, sendo J.C.M.D 84% e S.S.F 92%, respectivamente, os demais oscilaram entre 50 e 75%, sendo R.A.F.C 50%, M.C.A.J. 51%, G.C.B.G. 70% e R.C.A 75% e, o menor percentual foi de A.P.C.P que atingiu apenas 29%, em desacordo com o estabelecido no Anexo I da PORTARIA Nº 157/2019 -GAB/SS, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2019, de 12 consultas por turno de 4 horas/dia na especialidade de Oftalmologia.
Ressalta-se que em virtude das informações incompletas fornecidas pelo auditado, não foi possível a análise da totalidade dos profissionais.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento gerado em 07/02/2025 11:21:38 por CLEONILDA CORREIA DE QUEIROZ SANTANA
Acesse em: <https://sisaud.sus.gov.br/auditoria/relatorio-consolidado>
Código do documento: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

o tempo de execução desta auditoria foi estendido devido a algumas variáveis, dentre as quais, a mudança do gestor da unidade e o quantitativo de feriados. Face ao revelado nas constatações deste relatório foram evidenciadas 27% de conformidades e 73% de não conformidades. Dentre as conformidades ressalta-se o bom desempenho do Programa de Glaucoma quanto a dispensação e armazenamento dos colírios, além da acessibilidade e arquivamento dos prontuários físicos. Quanto as não conformidades, destacam-se fragilidades na ambiência da estrutura física quanto a climatização e entretenimento da sala de espera dos consultórios; ausência de documentação quanto a responsabilidade técnica da unidade e dos setores de enfermagem e farmácia; prontuários com registros incompletos e/ou desorganizados; inconsistência na confirmação do atendimento no SISREG; oferta dos serviços oftalmológicos abaixo da capacidade instalada; ausência do Programa de Avaliação do Nível de Satisfação do Usuários e do Plano de Segurança do Paciente. Diante do exposto, enfatiza-se a necessidade que a unidade cumpra com as recomendações apontadas neste relatório, e que as instâncias competentes realizem o sistemático e efetivo monitoramento das recomendações indicadas, com vistas à garantia da qualidade, continuidade da assistência e do fortalecimento do SUS.





SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stc.ce.tec.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

IX - FOLHA DE ASSINATURA



Documento assinado digitalmente

MARIA ADELIA ROMEIRA PALACIO

Data: 10/02/2025 06:10:38-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



Documento assinado digitalmente

LAURILUCI FARIAS LOPES DE ALBUQUERQUE

Data: 07/02/2025 11:25:25-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Maria Adélia Romeira Palacio

CPF: 223.781.624-72

Cargo: Auditor

Lauriluci Farias Lopes De Albuquerque

CPF: 431.165.584-34

Cargo: Auditor

COORDENADOR



Documento assinado digitalmente

IVANA MAGALY LIMA ALENCAR CARVALHEIRA

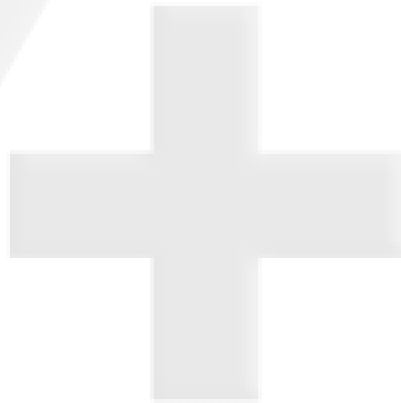
Data: 07/02/2025 15:30:35-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ivana Magaly Lima Alencar Carvalheira

CPF: 735.103.944-53

Cargo: Auditor





X - ANEXOS

ANEXO1-INFRAESTRUTURA E ACESSIBILIDADE





ANEXO1-INFRAESTRUTURA E ACESSIBILIDADE



FOTO 6- SALA CAMPIMETRIA



FOTO 7- BANHEIRO FEMININO



FOTO 8 -BANHEIRO MASCULINO



FOTO 9- SALA DE ESPERA EXTERNA



FOTO 10 - SALA DE ESPERA EXTERNA



FOTO 11- BANHEIROS COM BARRAS



ANEXO 2-INFRAESTRUTURA SAME FARMÁCIA



FOTO 12 -SAME



FOTO 13- FARMÁCIA: DISPENSAÇÃO



FOTO 14 -ARMAZENAMENTO DAS MEDICAÇÕES



FOTO 15- ARMAZENAMENTO DOS TERMOLÁBEIS



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

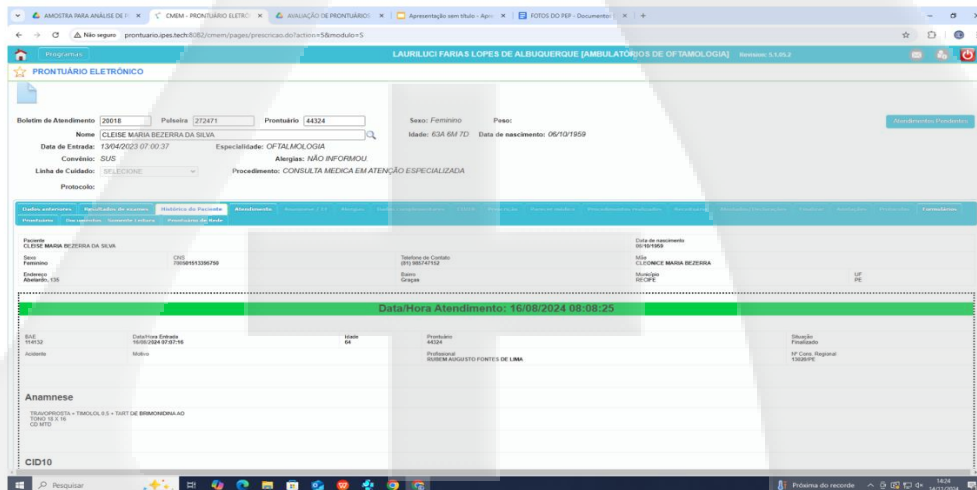
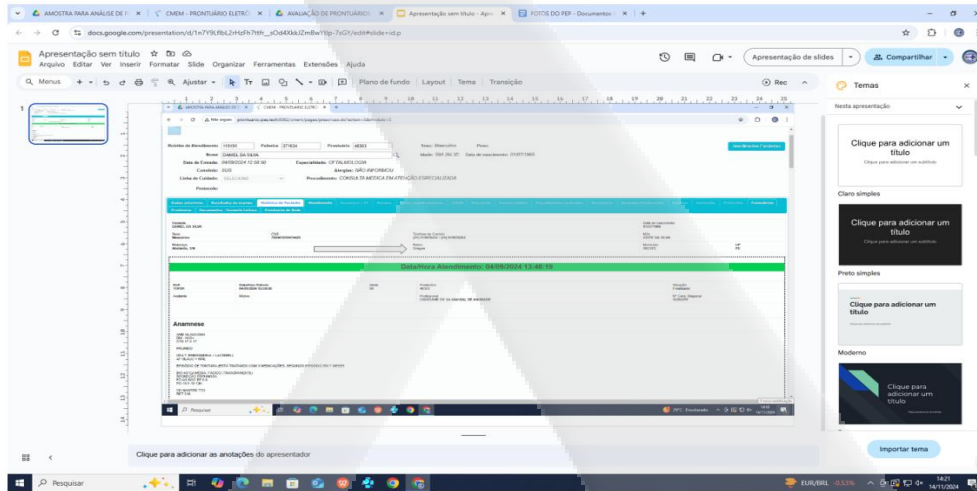
Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stece.tce.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

ANEXO 3-CADASTRO NO PEP INCOMPLETO E USUÁRIOS COM O MESMO ENDEREÇO



Acesso 1495546



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stec.tec.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 69311306-457-d-467-d-8bb5-5f66a15659de

ANEXO 3-CADASTRO NO PEP INCOMPLETO E USUÁRIOS COM O MESMO ENDEREÇO

AMOSTRA PARA ANÁLISE | CMM - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO | ANÁLISE DE PRIORIDADES | Apresentação em Tela - App | FOTOS DO PEP - Documento

LAURILUCI FARIAS LOPES DE ALBUQUERQUE (AMBULATORIÓIS DE OFTALMOLOGIA) | Atividade: 5.1.16.2

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Bolétim de Atendimento: 126336 | Unidade: 378779 | Prioritário: 38922 | Sexo: Feminino | Peso: | Atendimento Finalizado

Nome: CLEIDE PEREIRA DE LIMA | Idade: 74A 2M 3D | Data de nascimento: 01/08/1950

Data de Entrada: 04/19/2024 07:06:28 | Especialidade: ENDOCRINOLOGIA | Alegria: NÃO INFORMOU

Convênio: SUS | Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Linhas de Cuidado: SELECIONE | Protocolo:

Unidade: Unidade de Atenção | Estabelecimento de Referência | Atendimento

Paciente: CLEIDE PEREIRA DE LIMA | Data de nascimento: 01/08/1950

Sexo: Feminino | CNIS: 7296029132043 | Telefone de Contato: (71) 99204110 | Nome: ISABEL GONCALVES DA SILVA | Endereço: RECIFE | UF: PE

Data/Hora Atendimento: 05/11/2024 14:43:25

SUS: 15412 | Data/Hora Entrada: 05/11/2024 14:25:37 | Idade: 74 | Prioritário: 38922 | Situação: Finalizado

Atividade: Médico | Profissional: RICARDO CORREA DE ANAULO | UF: Pernambuco | Município: RECIFE

Anamnese

NETRA
ENTALUCIONADO
MAREMOTOS
ENTÃO OPTICO NORMAL
EM 03.03.23 (último exame tempo)
CICLO NORMAL
MÚSCULO NORMAL
VITREO SEM DE PO

AMOSTRA PARA ANÁLISE | CMM - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO | FOTOS DO PEP - Documento | OFÍCIOS E CI - Google Drive | PLANEJAMENTO AUTOMÁTICO | SEI - 31.078312024-31 | Cadastro Nacional de Es. | Tema: guia

LAURILUCI FARIAS LOPES DE ALBUQUERQUE (AMBULATORIÓIS DE OFTALMOLOGIA) | Atividade: 5.1.16.2

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Bolétim de Atendimento: 116820 | Unidade: 363264 | Prioritário: 45435 | Sexo: Feminino | Peso: | Atendimento Finalizado

Nome: EDITE DIAS DE SOUZA | Idade: 66A 7M 7D | Data de nascimento: 20/11/1958

Data de Entrada: 27/08/2024 08:35:48 | Especialidade: OFTALMOLOGIA | Alegria: NÃO INFORMOU

Convênio: SUS | Procedimento: ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA

Linhas de Cuidado: SELECIONE | Protocolo:

Unidade: Unidade de Atenção | Estabelecimento de Referência | Atendimento

Paciente: EDITE DIAS DE SOUZA | Data de nascimento: 20/11/1958

Sexo: Feminino | CNIS: 7070802719472 | Telefone de Contato: (71) 91983360 / (71) 91983366 | Nome: ERICA DIAS DE SOUZA | Endereço: RECIFE | UF: PE

Data/Hora Atendimento: 27/08/2024 08:38:10

SUS: 116820 | Data/Hora Entrada: 27/08/2024 08:35:48 | Idade: 66 | Prioritário: 45435 | Situação: Finalizado

Atividade: Médico | Profissional: MARCO LEONARDO DE CASTRO MENDES | UF: Pernambuco | Município: RECIFE

Anamnese

--- ABE GLAUCOMA ---
USO LACRIBEL + LACRIPROST + DORCOLAMDA
SEM EXAME
TENSÃO: 18.3/12.0
PO: 205.000000000000
PD: 20.20.35.02
CD: 4.00000000000000

Acesso 1495546



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://sctce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 69311306-457-d-467-d-8bb5-5f66a15659de

ANEXO 3-CADASTRO NO PEP INCOMPLETO E USUÁRIOS COM O MESMO ENDEREÇO

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

LAURILCI FARIAS LOPES DE ALBUQUERQUE [AMBULATORIO S DE OFTALMOLOGIA] Matrícula: 6.1.96.2

Bolém de Atendimento: 23614 | **Pulsão:** 27662 | **Prontuário:** 46637 | **Sexo:** Feminino | **Peso:**

Nome: EDNEIDE FRANCISCA SILVA DE PAULA | **Idade:** 45A 4M 23D | **Data de nascimento:** 12/12/1977

Data de Entrada: 05/05/2023 12:19:11 | **Especialidade:** OFTALMOLOGIA | **Alergias:** NÃO INFORMOU

Convênio: SUS | **Procedimento:** ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA

Linhas de Cidade: SELECCIONAR | **Protocolo:**

Identificação do usuário: **Identificação do paciente:** **Atendimento:**

Paciente: EDNEIDE FRANCISCA SILVA DE PAULA | **CPF de atendimento:** 12121977

Sexo: Feminino | **CNS:** 730079880810 | **Turma de Curso:** OFT 91983219 (OFT 91983219) | **UF:** PE

Endereço: Avenida 39 - C | **Bairro:** Campina | **Cidade:** RECIFE

Data/Hora Atendimento: 28/05/2024 14:53:37

RAE: 80576 | **Clínica Externa:** 28/05/2024 13:28:44 | **Idade:** 46A 03M 11D | **Profissional:** 46637 | **Plano de Saúde:** SUS

Acidade: Mafra | **Município:** MUNICÍPIO CARIBEO DE ANDARAÉ JUNIOR | **UF:** PE

Anamnese

AMB DE GLAUCOMA

Reflexo pupilar simétrico e igual

RAE normal de 20

TONUS intra-ocular de 14 a 16 mmHg

FOV normal

CC: Mantém colírios. Refere com 03 meses

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

LAURILCI FARIAS LOPES DE ALBUQUERQUE [AMBULATORIO S DE OFTALMOLOGIA] Matrícula: 6.1.96.2

Bolém de Atendimento: 106406 | **Pulsão:** 30851 | **Prontuário:** 51274 | **Sexo:** Feminino | **Peso:**

Nome: ELETE DE LIMA GOMES | **Idade:** 68A 7M | **Data de nascimento:** 10/12/1964

Data de Entrada: 19/07/2024 07:14:07 | **Especialidade:** OFTALMOLOGIA | **Alergias:** NÃO INFORMOU

Convênio: SUS | **Procedimento:** CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Linhas de Cidade: SELECCIONAR | **Protocolo:**

Identificação do usuário: **Identificação do paciente:** **Atendimento:**

Paciente: ELETE DE LIMA GOMES | **CPF de atendimento:** 10121964

Sexo: Feminino | **CNS:** 308517389223 | **Turma de Curso:** OFT 91987126 (OFT 91987126) | **UF:** PE

Endereço: Avenida 16 | **Bairro:** Campina | **Cidade:** RECIFE

Data/Hora Atendimento: 21/10/2024 11:29:00

RAE: 100162 | **Clínica Externa:** 21/10/2024 10:25:19 | **Idade:** 68A 07M 20D | **Profissional:** 51274 | **Plano de Saúde:** SUS

Acidade: Mafra | **Município:** MUNICÍPIO CARIBEO DE ANDARAÉ JUNIOR | **UF:** PE

Anamnese

AMBULATORIO DE GLAUCOMA

CC: Mantém colírios. Refere com 03 meses

RAE normal de 20

TONUS intra-ocular de 14 a 16 mmHg

FOV normal

CC: Mantém colírios. Refere com 03 meses

Acesso 1495546



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stece.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 69311306-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

ANEXO 3-CADASTRO NO PEP INCOMPLETO E USUÁRIOS COM O MESMO ENDEREÇO

The image displays two screenshots of the SNA system's 'PRONTUÁRIO ELETRÔNICO' (Electronic Medical Record) interface. Both records are for patients with incomplete PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) and share the same address.

Record 1: Adeldo Jose dos Santos
 - Nome: ADELDO JOSE DOS SANTOS
 - Data de Entrada: 17/02/2024 09:22:58
 - Especialidade: OFTALMOLOGIA
 - Abexig: NÃO INFORMOU
 - Procedimento: MAPEAMENTO DE RETINA
 - Data/Hora Atendimento: 30/10/2024 08:54:54
 - Endereço: Rua Amélia, 21, Recife, PE

Record 2: Alberto Barbosa
 - Nome: ALBERTO BARBOSA
 - Data de Entrada: 17/03/2023 12:24:59
 - Especialidade: OFTALMOLOGIA
 - Abexig: NÃO INFORMOU
 - Procedimento: MAPEAMENTO DE RETINA
 - Data/Hora Atendimento: 04/12/2023 10:19:11
 - Endereço: Rua Amélia, 21, Recife, PE

Acesso 1495546



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stece.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 69311306-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

ANEXO 3-CADASTRO NO PEP INCOMPLETO E USUÁRIOS COM O MESMO ENDEREÇO

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
LAURELUCI FARIAS LOPES DE ALBUQUERQUE [AMBULATORIÓRIO DE OFTALMOLOGIA]

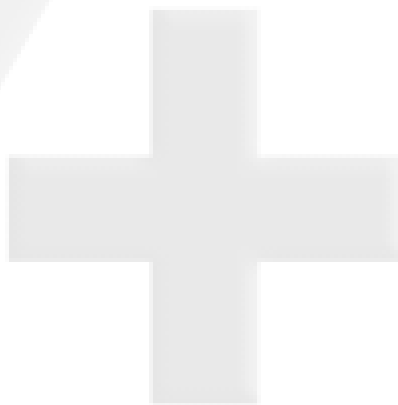
Boletim de Atendimento: 13912 | Paliária: 266365 | Prontuário: 42039 | Sexo: Feminino | Peso: []
 Nome: ALLETE DE OLIVEIRA SOUZA | Idade: 77A 8M 21D | Data de nascimento: 75/09/1945
 Data de Estado: 06/03/2023 08:06:11 | Especialidade: OFTALMOLOGIA
 Convênio: SUS | Alianças: NÃO INFORMOU
 Linha de Cuidado: SELECIONE | Procedimento: CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 Protocolo: []

Endereço: Rua ALLETE DE OLIVEIRA SOUZA, nº 217, Amambói, 217, Recife, PE. CEP: 51250-000

Data/Hora Atendimento: 30/09/2024 14:22:08

EXE	Colaborador	Idade	Prontuário	Situação
52596	30932024 13:48:33	79	42039	Finalizado
Admim	Melo		RENALVA TRENHO VALZ	1º Cuidado Regional TRACESTE

Anamnese
 AMBULOCOMA
 28/09/2024 11:21:06 por Cleonilda Correia De Queiroz Santana
 28/09/2024 11:21:38 por CLEONILDA CORREIA DE QUEIROZ SANTANA





Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Auditoria nº 218

Unidade: FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA

Município: RECIFE/PE



Sumário

I - DADOS BÁSICOS

II - INTRODUÇÃO

III - METODOLOGIA

IV - CONSTATAÇÕES

Tópico: INFRAESTRUTURA

V - CADASTRO DA NOTIFICAÇÃO

VI - REGISTRO FINAL SOBRE A NOTIFICAÇÃO

VII - ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS

VIII - CONCLUSÃO

IX - FOLHA DE ASSINATURA

X - ANEXOS





SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE
Acesse em: <https://stc.tee.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 6921130-470867085-116620904

I - DADOS BÁSICOS

Finalidade: Realizar Auditoria Programada na unidade FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA

Entidade Responsável: FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA

CPF/CNPJ: 10.667.814/0001-38

Município/UF: RECIFE-PE

Demandante: Setores Internos da SMS

Forma: Direta

Gestão do Prestador: Plena

Objeto: Assistência-geral

Abrangência: setembro a dezembro 2023

Tarefa Nº: 151689

II - INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Programada na unidade FAV-FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA CNES 0000485, com finalidade de cumprir o Plano Anual de Atividades da Auditoria e ao ofício SESAU/SERMAC/GGR nº 232024 do Processo SEI nº 33.076031/2024-30, com a finalidade de diagnosticar o acesso do usuário as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, verificando a oferta, demanda, registro no SISF, percentual de absenteísmo, produção ambulatorial, recursos humanos e financeiros, fluxo assistencial, infraestrutura existentes e satisfação do usuário. Em 14/01/2025 realizou-se a primeira visita ao auditado, com início da fase operativa a partir de uma reunião e entrevista com representante da gestão da unidade para apresentação da equipe, exposição dos objetivos da auditoria, bem como, alguns esclarecimentos quanto à documentação solicitada. A exemplo da relação nominal dos profissionais com os respectivos conselhos de classe, carga horária, escala e local de trabalho (horário e dia do atendimento e quantitativo de atendimentos agendados por turno) que deveria ter sido emitida pela unidade, o mesmo enviou uma cópia do CNES; além dos documentos comprobatórios da composição da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar - CCIH e respectivas atas das reuniões e relatórios, tratativa dos dispositivos de Comunicação com o usuário (Ouvidoria, caixa de sugestões, pesquisa de satisfação e outros). Na reunião foi realizada a orientação sobre o prazo para envio das justificativas da unidade quando na emissão do relatório preliminar. Ressaltando-se que após o prazo de resposta será emitido o relatório final de auditoria com as respectivas recomendações que deverão ser cumpridas pelo auditado.

Na sequência realizou-se a visita nas dependências da unidade, verificando-se a infraestrutura disponibilizada para o atendimento aos usuários, bem como deu-se início a coleta de dados e análise dos prontuários que prosseguiu nos dias 21, 28, 30 de janeiro e 03 de fevereiro. No dia 03/02/25 ao término da coleta de dados foi realizada o encerramento da fase operativa em reunião com os representantes da gestão na qual abordou-se sobre as primeiras impressões da auditoria, quanto aos registros nos prontuários eletrônicos, que apesar de bem estruturados, com registros completos, ainda assim, evidenciou-se que a realização dos procedimentos em sua maioria expressiva estavam sendo realizados na unidade da Boa Vista. Assim o auditado comprometeu-se de enviar documentação que certificasse o local exato de atendimento realizado ao usuário, bem como os documentos comprobatórios sobre a solicitação para a regulamentação dos procedimentos de Tomografia de Coerência Óptica - OCT. Ressaltou-se quanto aos encaminhamentos no momento do relatório preliminar, onde o auditado deverá em suas justificativas das não conformidades, apresentar as evidências das ações resolutivas, enviando para a equipe de auditoria, no prazo estabelecido, de forma eletrônica e física, para que sejam colocadas na íntegra, no relatório final.

III - METODOLOGIA

FASE ANALÍTICA

Com a finalidade de obter informações para subsidiar os trabalhos, a equipe de Auditoria Assistencial SUS/Recife elaborou a Matriz de Acesso em Oftalmologia, composta pelas Matrizes de Análise e de Coleta de Informações, utilizando-se as seguintes bases legais:

1. RDC/ANVISA nº 63/2011, Arts. 7 e 17;



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: UCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://cert.br.gov.br/validador/validador.do>; sem CRI: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

2. LEI Nº 18.117/2015, Art. 10, Item IV, Letra a;
3. Portaria GAB/SS nº 157/2019;
4. Portaria de Consolidação nº 1 – CAPÍTULO IV DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) – Seção I Art. 359, Inc. I e Art. 365, respectivamente (Origem: PRT MS/GM nº 1646/2015, Art. 2º e 8º) Manual Operacional de Regulação de Acesso Ambulatorial - Prefeitura da Cidade do Recife - 3ª edição - 2018 - Capítulo 1- Conceitos e Informações Gerais: Funções das Unidades Executantes);
5. Resolução CNRM nº 02/2006, Art. 9;
6. Portaria Interministerial nº 45/2007, Art. 2, inciso V; Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 02/2017 Art.9, inciso I (Origem: PRT MS/GM no 3410/2013);
7. RDC Nº 44/2009 - Seção III -Das Condições de Armazenamento, Art. 35 e §3º;
8. RDC Nº 44/2009 - Seção V -Da Dispensação de Medicamentos, Art. 43 e 44).
9. Cartilha Humaniza/SUS/2010;
10. Elaboração do ofício SESAU/SERMAC/GGR/GMA/CAA nº SESAU/SERMAC/CGR nº 23/2024 do Processo SEI nº 33.076031/2024 encaminhado a unidade Fundação Altino Ventura para instauração e solicitação de subsídios relativos à assistência especializada em oftalmologia
11. Elaboração do instrumento sondagem de usuários;
12. Eleger os critérios e o cálculo estatístico amostral da Sondagem com os Usuários;
13. Análise dos subsídios encaminhados pela GGR e pelo auditado;
14. Análise dos dados do sistema de informações Tabwin/MS/Datasus;
15. Consulta ao CNES.

INFORMAÇÕES REQUERIDAS

Para subsidiar a análise da equipe e cumprindo com o estabelecido na Matriz de Coleta, foram solicitadas as seguintes informações:

1. A GGR sol

- i.1 - Termo de Credenciamento, POA e Termos aditivos vigentes em 2023
- i.2 - Distribuição da cota de consultas/ exames da especialidade ofertada para agendamento no SISREG
- i.3 - Relatório dos agendamentos de consultas / exames no SISREG, com lista de espera e percentual de absenteísmo referente à abrangência e especialidade auditada
- i.6 - Relatório da supervisão referente à abrangência e especialidade auditada.
- i.7 - Relatório das tratativas das demandas da Ouvidoria referente à especialidade auditada.

2. No Sistemas de Informações do MS

- i.10 -Relação de profissionais cadastrados na especialidade auditada no CNES.
- i.11 - Relação de aparelhos/equipamentos existentes e em uso na unidade, referente a especialidade/exame auditado
- i.12 - Descrição da estrutura física da Unidade
- i.13 - Informações da produção ambulatorial da especialidade/ exame (SIA/SUS)
- i.14 - Consulta a Tabela de Procedimentos do SUS

3. À Unidade auditada

- i.15 - Relação da infra estrutura e recursos de informática existentes/disponíveis para funcionamento da Unidade.
- i.16 - Estrutura ofertada para guarda/arquivamento dos prontuários
- i.17 - Dispositivos de Comunicação com o usuário (Ouvidoria, caixa de sugestões, pesquisa de satisfação e outros)
- i.18 - Relatório da Ouvidoria da Unidade , contendo as tratativas das demandas, referente à especialidade auditada.
- i.20 - Descrição do fluxo de atendimento ambulatorial do procedimento, com o horário de atendimento e profissional responsável, além dos profissionais de apoio
- i.21 - Relatório sobre estratégias de redução do absenteísmo
- i.22 - Relação nominal dos profissionais e com os respectivos conselhos de classe, carga horária, escala de trabalho (horário e dia do atendimento)
- i.23 - Relação nominal dos profissionais responsáveis pela alimentação dos sistemas SISREG, SIA e faturamento, com respectiva carga horária e escala de trabalho
- i.24 - Certificado de regularidade técnica da unidade expedido pelo órgão de classe.



- i.25 - Certificado de responsabilidade técnica dos setores de enfermagem e farmácia
- i.26 - Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde-PGRSS da unidade
- i.28 - Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos Assistenciais.
- i.29 - Relação de prontuários de acordo com a amostra selecionada.
- i.30 - Documento comprobatório da composição da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar - CCIH e respectivas atas das reuniões e respectivos relatórios.

IV - CONSTATAÇÕES

Tópico: INFRAESTRUTURA

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade **Constatação Nº:** 700654

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Estrutura física instalações/conservação

Constatação: A Infraestrutura da Unidade era compatível para a oferta dos serviços contratualizados.

Evidência: Na análise comparativa entre os termos contratuais (i.1), as informações das ações e serviços assistenciais ativos para o SUS (i.6 e i.12), informações pelo auditado (i.15) e os achados da inspeção na unidade, verificou-se que a infraestrutura da unidade era constituída por dois prédios distintos com andares distribuídos com sinalização de acordo com a assistência prestada, o ambiente estava bem conservado, climatizado, limpo com equipamentos e materiais suficientes. Possuía voluntários para acolhimento e orientação aos usuários identificados com o colete Posso ajudar; O bloco cirúrgico encontrava-se bem equipado, com postos de enfermagem, farmácia satélite, carro de parada com equipamentos e insumos em quantidade suficiente, conforme preconiza a RDC nº 63/2011, Art. 36, Seção VI - Da Gestão de Infraestrutura o serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, consulta ao CNES, visita à unidade e fotos 01,02 e 03, em anexo.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade **Constatação Nº:** 700655

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Estrutura física instalações/conservação

Constatação: As condições de acessibilidade para pessoas com deficiência visual eram insuficientes na infraestrutura auditada.

Evidência: Na análise comparativa entre os termos contratuais (i.1) e as informações das ações e serviços assistenciais ativos para o SUS (SCNES) (i.12), informações pelo auditado (i.15) e os achados da inspeção na unidade, verificou-se que o serviço tinha os ambientes de atendimento sinalizados por cores e banheiros adaptados para pessoas com mobilidade reduzida. Entretanto, a unidade não possuía sinalização tátil para garantir autonomia das pessoas com deficiência visual, em desacordo com a LEI MUNICIPAL Nº 18.117/2015, Art. 10, Item IV, Letra a, que preconiza: a unidade deve promover o atendimento na rede municipal de saúde, garantindo acessibilidade arquitetônica, comunicacional e atitudinal, conforme legislação vigente. ENBR 90/50 aponta a autonomia, o conforto e a segurança como os três pilares da acessibilidade e esclarece que a comunicação e sinalização tátil é realizada através de caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada e visita à unidade.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº. 1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO: Esclarece-se que a instituição já realizou adequações referentes à sua infraestrutura objetivando melhoria de acessibilidade para pessoas com deficiências visuais, conforme adiante relacionado:



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: https://pccce.tee.pe.gov.br/validador/validador.do?documento:69313308-477d-477d-8b65-586a1566881e

Quanto a Estrutura física, instalações/conservação, foram tomadas as seguintes providências:

Contratação da empresa Sinal Linke Acessibilidade Limitada-EPP, inscrita sob o CNPJ/MF n.09.4910.366/001-60, que ficou responsável pela formatação e a impressão das placas em Braille. O tipo da impressão em Braille escolhido foi 30x30 CM;

Elaboração de projeto, que se encontra em andamento, para identificação das salas, que abranja a sua totalidade.

Também foi adotada, como conduta, a identificação dos ambientes de circulação das áreas comuns utilizados pelos pacientes, tais como, banheiros, ambientes de acolhimento, entrada de elevadores, corredores e andares;

A FAV também fará a identificação através de QR code, com informações dos nomes das salas, setores e funcionários que nelas atendem, a fim de que, se for do interesse do paciente, acessar através de câmara do seu smartphone;

A instituição vem empreendendo esforços na conscientização dos seus colaboradores e pacientes em geral, sobre a necessidade do desimpedimento dos ambientes, a fim de facilitar o livre acesso e trânsito por parte das pessoas com Deficiência Visual.

Salientamos que a acessibilidade é um compromisso fundamental da nossa gestão, e a inclusão das pessoas com deficiência visual, entre outros grupos, é uma prioridade nas ações de adequação e melhoria da nossa rede de atendimento.

Acreditamos que a acessibilidade não se limita apenas ao atendimento direto, mas também, envolve todas as condições de infraestrutura que permitem a plena integração e o exercício de cidadania de todos.

Além de todas as ações acima relatadas, informamos que já estão sendo providenciados os seguintes documentos:

1- Revisão e adequação da sinalização tátil: Será realizada uma análise criteriosa das áreas de circulação e acessos para implementar ou corrigir as sinalizações táteis, especialmente nos pontos de maior fluxo de pessoas com deficiência visual.

Registra-se, por oportuno, que a FAV já utiliza em suas instalações o uso de piso tátil, quando necessária, será realizada com a utilização de materiais adequados e conforme as normativas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) e da NBR 9050;

2. Treinamento de equipe: Já estão sendo realizado vários treinamentos e capacitações para que os nossos colaboradores adotem como objetivo primordial a sensibilização sobre a importância da acessibilidade e as necessidades específicas das pessoas com deficiência visual;

3. Plano de adequação física: As instalações auditadas serão incluídas em um cronograma de adequação física considerando todas as normas vigentes para acessibilidade, com a previsão de melhorias nos próximos meses, conforme cronograma abaixo:

a.) 1ª Fase- Levantamento e Diagnóstico Inicial: Período: 01/04/2025 a 20/04/2025;

Inspeção técnica da infraestrutura auditada;

Mapeamento das áreas de circulação, acessos e pontos críticos que necessitam de adequação;

Levantamento de necessidades específicas para a implantação de sinalização tátil, pisos táteis e outros ajustes de acessibilidade, nas áreas em que ainda não estão sinalizados;

Identificação por área e andar- Centro Especializado em Reabilitação- CER IV.

Edifício Inácio Cavalcanti: Anexo (Identificação por área e andar- Hospital Fundação Altino Ventura- FAV/ Edifício Dr. Marcelo Ventura: Anexo)

b) 2ª Fase - Elaboração do Projeto de Adequação: Período: 21/04/2025 a 30/05/2025;

Elaboração de Projeto de sinalização através de piso tátil nas recepções centrais pelo arquiteto Fernando Alencar, no qual possui registro CAU A76912-6;

Aprovação do projeto técnico de adequação física, com base no levantamento realizado;

Definição das especificações de materiais e equipamentos necessários (pisos táteis, sinalizações, etc.);

Aprovação do projeto pela comissão de acessibilidade da Secretaria Municipal de Saúde;

Orçamento para execução das obras e adequações necessárias.

c) 3ª Fase- Contratação e Mobilização: Período: 30/05/2025 a 20/06/2025;

Processo licitatório ou contratação de empresa especializada na execução das obras de adequação física, se necessário;

Realização de cotação para aquisição dos insumos;

Mobilização da equipe de obra e fornecimento de materiais;

Definição das equipes de trabalho e logística de execução;

d) 4ª Fase - Execução das Adequações Físicas: Período: 21/06/2025 a 30/07/2025;



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: https://stec.tec.pe.gov.br/epp/validadoc.doc
Código do documento: 6931308457d457d8b55150640652e

Instalações de pisos táteis em locais ainda não sinalizados nas recepções, acessos e pontos de difícil visibilidade;
Instalação de sinalização tátil (placas e orientações em braille) nas áreas de maior fluxo e nas portas de entrada e saída após a confecção do fornecedor;
Ajustes nos móveis e equipamentos que possam comprometer a mobilidade e a acessibilidade;
Readequação das rotas de circulação, com a remoção de obstáculos e a criação de passagens acessíveis.
e) 5ª Fase- Testes e Ajustes Finais: Período: 30/07/2025 20/08/2025
Testes de acessibilidade, com a participação de pessoas com deficiência visual, para avaliar a eficácia das adequações realizadas;
Ajustes nos itens que apresentarem falhas ou que precisem de melhorias para garantir a plena acessibilidade;
Validação final das modificações e entrega da infraestrutura adequadamente adaptada.
f) 6ª Fase- Capacitação e Sensibilização das Equipes: Período 21/08/2025 a 31/08/2025;
Realização de treinamentos e workshops para as equipes de atendimento e gestão da infraestrutura, focando na utilização dos novos recursos de acessibilidade;
Sensibilização sobre a importância da acessibilidade e os direitos das pessoas com deficiências visual
g) 7ª Fase - Acompanhamento e Avaliação: Período: 01/09/2025 30/09/2025;
1. Acompanhamento do uso das novas adequações e coleta de feedback dos usuários com deficiência visual;
2. Avaliação da eficácia das adequações físicas realizadas e elaboração de relatório final;
3. Planejamento de futuras melhorias e ajustes, se necessários.
Cumpre registrar que o cronograma proposto está sujeito a ajustes, conforme a disponibilidade orçamentária e a complexidade das intervenções, podendo haver modificações nas datas dependendo do andamento do processo licitatório ou da execução das obras.
Ademais, a participação das pessoas com deficiências visual será considerada ao longo do processo, com testes realizados por elas para garantir a funcionalidade das adequações.

Análise da Justificativa: A resposta do auditado apresenta-se com uma fundamentação bem elaborada de forma a expressar sua preocupação com o desenvolvimento de uma cultura de inclusão, dignidade e respeito aos direitos da pessoa com deficiência, com o planejamento de melhorias no atendimento a partir da qualificação de toda sua equipe. Esta ação é louvável para as instituições de saúde. Além disso, apresenta um cronograma bem adequado com atividades e períodos definidos. Todavia, o auditado não assegurou a execução do cronograma e os recursos orçamentários e financeiros necessários à conclusão da obra.

Acatamento da Justificativa: Parcialmente

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34

Recomendação: Realizar na íntegra o planejamento enviado e assegurar o cumprimento do que determina a Lei Municipal nº 18.117/2015 Art. 10, Item IV, letra a, que preconiza: a unidade deve promover o atendimento na rede municipal de saúde, garantindo acessibilidade arquitetônica, comunicacional e atitudinal, conforme legislação vigente.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FUNDACAO ALTINO VENTURA	10.667.814/0001-38

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700656

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Recursos Humanos

Constatação: Impossibilidade de analisar se os profissionais da unidade estavam devidamente cadastrados no CNES, no período auditado.

Evidência: Não foi possível realizar a análise comparativa entre os termos contratuais (i.1), informações extraídas do SCNES da



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: https://ppl.viaDados.com.br/eppl/viaDados.com.br/documento/69311900-4570-4421-8055-9160150509

unidade (i.10), informações disponibilizadas pelo auditado (i.22 e i.23) e achados da inspeção, em virtude da unidade não ter apresentado a documentação solicitada no OFÍCIO SESAU/SERMAC/GGR/CAA nº 23/2024 quanto a relação nominal dos profissionais, com os respectivos conselhos de classe, carga horária, escala de trabalho (horário e dia de atendimento), descumprindo o que determina o Termo de Credenciamento nº4801.1005.2022 - CNES 0000485, e com o contido no Art. 11 do Decreto nº 1651/1995: Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Ressalta-se que a solicitação foi reiterada durante as reuniões de apresentação e encerramento dos trabalhos na unidade.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada e consulta ao CNES.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº. 1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO. A instituição esclarece que todos os profissionais que atuam na FAV estão devidamente registrados no CNES, sendo todos os profissionais capacitados para atender aos pacientes que necessitam de atendimento. Além disso, vale esclarecer que o OFÍCIO SESAU/SERMAC/GGR/CAA nº 23/2024, foi devidamente respondido e dirigido à Secretaria de Saúde do Recife na data de 03/12/2024, conforme documentação anexa. Adiante, disponibiliza-se novamente o CNES que reflete exatamente os profissionais que aqui atuam com suas respectivas cargas horárias.

Análise da Justificativa: A resposta do auditado não apresentou resolutividade da não conformidade, uma vez que o mesmo enviou cópia extraída do site do CNES que é de acesso público e a relação solicitada referia-se a emissão pela unidade auditada dos dados dos profissionais que estavam em pleno exercício profissional no período em que o auditado com suas respectivas escalas de atendimento e carga horária disponível. Este equívoco foi pontuado ao representante designado para acompanhar a equipe de auditoria na entrevista inicial, onde ficou esclarecido e acordado com o auditado, que até o término da fase operativa, aguardava-se a referida documentação, sendo ratificado o não envio na reunião de devolutiva quando no fechamento da fase operativa na unidade.

Acatamento da Justificativa: Não

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34

Recomendação: Cumprir o que determina a Portaria GAB/SS nº 157/2019 - Parâmetros de produção assistencial para o trabalho dos profissionais no âmbito da Atenção Básica e Especializada do Sistema Municipal de Saúde do SUS em Recife, que determina o quantitativo de 12 consultas por turno de 04 horas. E demais regramentos da prestação do Serviço de Saúde tais como: O Termo de Credenciamento nº4801.1005.2022 - CNES 0000485, e com o contido no Art. 11 do Decreto nº 1651/1995: Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700657

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Capacidade Instalada/cadastro

Constatação: Desempenho dos agendamentos dos procedimentos oftalmológicos no SISREG bem abaixo da capacidade instalada habilitada no POA.

Evidência: Na análise comparativa entre os termos contratuais (i.1), relatórios de agendamentos de consultas e exames no SISREG (i.2 e i.3), dados extraídos dos sistemas de informações (i.10, i.11, i.12, i.13 e i.14) e achados da inspeção, verificou-se que



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://sistema.nacionaldeauditoria.org.br/>
CPF: 029.111.910-4574-4674-8055-5164415658

o desempenho dos agendamentos realizados no SISREG no período auditado encontrava-se aquém de sua capacidade instalada habilitada no Plano Operativo Assistencial - POA, parte integrante do Termo de Credenciamento nº 4801.1005.2022 - CNES 0000485, com uma variação de 11,52% a 33,53%, conforme Tabela anexa a este relatório, contrariando com o estabelecido como meta habilitada no Plano Operacional Assistencial-POA, item 4.1 Assistência Ambulatorial - Tabela: Procedimento Ofertado Oftalmologia.

Fonte da Evidência: Dados extraídos do SISREG, POA e Tabela anexa.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº. 1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO. O Termo de Credenciamento nº 4801.1005.2022, celebrado entre a Secretaria Municipal do Recife e a FAV, não estabelece e nem obriga um percentual mínimo de cumprimento de meta contratual.

Análise da Justificativa: Os princípios e diretrizes do SUS, tem a integralidade como essencial ao atendimento aos usuários e consta no termo contratual entre a Secretaria Municipal de Saúde do Recife e a FAV o compromisso mútuo de fazer cumprir todas as cláusulas contratuais respeitando as metas e condições especificadas no Plano Operativo Assistencial- POA. Vale salientar que diante do que preconiza o SUS, a contratualização dos serviços de saúde é estabelecida pela pactuação entre as partes. As metas estabelecidas no contrato foram de acordo com a capacidade instalada habilitada, portanto mesmo sendo na modalidade credenciamento, apesar da flexibilidade em relação às metas, o compromisso mútuo deveria levar em consideração o empenho da unidade de produzir um desempenho satisfatório e próximo a sua meta habilitada no credenciamento.

Acatamento da Justificativa: Não

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34

Recomendação: Cumprir o Plano Operacional Assistencial-POA, item 4.1 Assistência Ambulatorial - Tabela: Procedimento Ofertado Oftalmologia.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FUNDACAO ALTINO VENTURA	10.667.814/0001-38

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade **Constatação Nº:** 700658

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Faturamento/Produção/cobranças SUS

Constatação: A Unidade operacionalizava efetivamente o SISREG.

Evidência: Na Análise comparativa entre os termos contratuais (i.1), informações extraídas do SCNES da unidade(i.10), informações disponibilizadas pelo auditado(i.22 e i.23) e achados da inspeção, verificou-se que a unidade apresentava estrutura física e de recursos humanos adequada, para a operacionalização efetiva do SISREG, de acordo com Portaria nº 1.434/2020, Art. 3º O Título VII da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que determina: ...passa a vigorar com as seguintes alterações: VII-estruturar as informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários do SUS visando à implementação da interoperabilidade por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS que permitia o recebimento, armazenamento, disponibilização, acesso e análise de dados e informações em saúde.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, dados extraídos do SISREG, consulta ao CNES e visita a unidade.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade **Constatação Nº:** 700664



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: https://stecce.rn.gov.br/portal/auditoria/Doc/seam/Codigo_documento:69311_010-5704601-80954166-015659de

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Estrutura física instalações/conservação

Constatação: A unidade possuía o SAME com o sistema informatizado.

Evidência: Na análise comparativa entre os dados do SCNES sobre a estrutura física da unidade (i.12), informações fornecidas pela unidade (i.16) e os achados da inspeção, verificou-se que a unidade possuía um sistema informatizado para armazenamento e manuseio dos prontuários, em acordo com a RDC/ANVISA nº 63/2011 Art. 25, que determina: a guarda do prontuário é de responsabilidade do serviço de saúde devendo obedecer às normas vigentes; o serviço de saúde deve assegurar a guarda dos prontuários no que se refere à confidencialidade e integridade. O serviço de saúde deve manter os prontuários em local seguro, em boas condições de conservação e organização, permitindo o seu acesso sempre que necessário.

Fonte da Evidência: Consulta ao SCNES e visita à unidade.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700665

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Recursos Humanos

Constatação: O responsável técnico da unidade estava regularmente registrado no conselho de classe correspondente.

Evidência: Na análise comparativa entre o termo contratual (i.1), cadastro do profissional responsável no SCNES (i.10) e o prazo de vigência no documento fornecido pela unidade (i.24), verificou-se que a unidade apresentou certificado de regularidade técnica emitido em 24/04/2024, indicando o médico H. V. C. Jr. como responsável técnico da unidade, de acordo com a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 14 - Parágrafo único e Art. 16, Seção III - Das Condições Organizacionais que determina: o serviço de saúde deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto. Parágrafo único. O órgão sanitário competente deve ser notificado sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto; O serviço de saúde deve possuir profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, consulta ao CNES e visita a unidade.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700666

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Recursos Humanos

Constatação: O setor de enfermagem possuía responsável técnico registrado no Conselho de Classe correspondente.

Evidência: Na análise comparativa do cadastro dos profissionais responsáveis no SCNES e a documentação fornecida pela unidade, verificou-se que a unidade apresentou certificado de regularidade técnica, emitido em 04/12/2023, indicando a enfermeira J. V. A. O. como responsável técnica da unidade, de acordo com a RDC/ANVISA 63/2011, Art. 15, Seção III - Das Condições Organizacionais, que determina: as unidades funcionais do serviço de saúde devem ter um profissional responsável conforme definido em legislações e regulamentos específicos.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, consulta ao CNES e visita a unidade.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700667

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: A unidade apresentou o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS com assinatura do responsável.

Evidência: Na análise comparativa entre o termo contratual (i.1) e verificação do prazo de vigência da documentação apresentada pelo auditado (i. 26), observou-se que a unidade apresentou o PGRSS datado de 02/06/2023, devidamente preenchido e



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



com assinatura do responsável, em acordo com a RDC/ANVISA nº 63/2011, Art. 23, inciso X, Seção III - Das Condições Organizacionais, que determina: o serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700668

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: Os prontuários eletrônicos estavam com os registros completos.

Evidência: Na análise comparativa entre as informações gerenciais fornecidas pela GGR (i.1), pela unidade e achados na inspeção sobre uma amostra de 152 prontuários evidenciou-se que em 100% havia registros dos procedimentos realizados com identificação completa e registros dos resultados de exames, bem como a conduta terapêutica. Situação de acordo com a Resolução CFM nº 1638/2002, art 5º item I letras b e c, e da RDC/ANVISA nº 63/2011 Art. 4º, inc.VIII e 27 que determinam respectivamente, que: o serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico; I - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel: b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

Fonte da Evidência: Análise dos prontuários solicitados.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700670

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Humanização

Constatação: A unidade não possuía Programa de Avaliação do Nível de Satisfação do Usuários.

Evidência: Na Triangulação do termo contratual (i.1), dos espelhos de demanda da Ouvidoria (i.7) e achados na inspeção física, constatou-se que a unidade no período auditado não havia implantado o Programa de Avaliação do Nível de Satisfação do Usuários e, no período das visitas apesar de estar anexado cartaz de pesquisa de satisfação em uma das recepções à unidade não comprovou a implantação do Programa, contrariando o disposto no item 5.1.2 do Plano Operativo Assistencial-POA, das Ações e Metas - Implantar programa de avaliação do nível de satisfação do usuário (Implantação da ouvidoria/interlocução); e a RDC/ANVISA no 63/2011 Art. 7, inciso III. que determina: dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes e as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Fonte da Evidência: Documentação não apresentada, espelhos de demanda da ouvidoria, Termo de Credenciamento nº 4801.1005.2022 e visita à unidade.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº.1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO: Esclarece a FAV que a unidade fiscalizada durante o período que passou pela auditoria (setembro a dezembro de 2023) não possuía Programa de Avaliação do Nível de Satisfação dos usuários. No entanto, atualmente a instituição já possui um programa estruturado de avaliação da satisfação dos usuários, com análise por tipo de canal (OGE, SAC, Ouvidoria, Reclame Aqui, e-mail e pesquisa impressa).



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Além disso, a pesquisa de ouvidoria da Prefeitura da Cidade de Recife/PE está exposta em todos os andares, complementando nossa pesquisa de satisfação interna.

Análise da Justificativa: O auditado ratificou a situação quanto ao fato que no período auditado não estava estabelecido o canal de comunicação com os usuários por meio de um programa de avaliação do nível de satisfação. Todavia, foi implantado um programa estruturado, enviando em anexo as imagens dos informativos da ouvidoria municipal, as quais foram observadas pela equipe de auditoria na fase operativa, porém as tratativas das respectivas manifestações dos usuários pelo canal OGE- 2024 foram enviadas de forma ilegível, e imagem dos dados não relacionados aos usuários do SUS/Recife e sim de outro ente federativo.

Acatamento da Justificativa: Parcialmente

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34

Recomendação: Cumprir todas as pactuações estabelecidas no POA quanto ao cumprimento da meta qualitativa estabelecendo canal de comunicação com o usuário na busca de um atendimento integral às necessidades do paciente, de acordo com o disposto no item 5.1.2 do Plano Operativo Assistencial-POA, das Ações e Metas - Implantar programa de avaliação do nível de satisfação do usuário(Implantação da ouvidoria/interlocução); e a RDC/ANVISA no 63/2011 Art. 7, inciso III, que determina: dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; avaliar a satisfação dos usuários e de acompanhantes e as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA	10.667.814/0001-38

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade **Constatação Nº:** 700671
Subgrupo: Assistência Ambulatorial
Item: Recursos Humanos

Constatação: Impossibilidade de analisar se a unidade realizava atividades de educação permanente.

Evidência: Em virtude da não apresentação pela unidade de documentação que demonstrasse a realização de atividades de Educação Permanente junto aos seus funcionários e colaboradores, não foi possível fazer a análise comparativa entre as informações contidas no SCNES (i.12), informações do auditado (i. 22 e i.27) e achados da inspeção, contrariando o que estabelece o Art. 11 do Decreto Federal nº 1.651/1995 que determina: Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedor, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações; e a Resolução RDC Nº 63 Art. 23, item III, que orienta: O serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente à: III - educação permanente e ainda com o item 5.5.8 da Cláusula 5ª do Termo de Credenciamento que afirma como obrigações do credenciado: Apresentar documentação exigida, a qualquer tempo, pelo Credenciante.

Fonte da Evidência: Documentação não apresentada, consulta ao CNES e visita a unidade.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº. 1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO: A FAV possui um programa estruturado de Educação Permanente, conforme o programa da instituição, as atas das atividades realizadas de setembro/2023 a dezembro/2023 (docs, em anexo), que demonstram o nosso compromisso contínuo com a capacitação da equipe.

Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, LEONARDO CAVALLACANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: https://pccv.ce.gov.br/epv/validarDocumento.html Código do Documento: 691120-77d-467d-8bb5-5166d5f659de

Acesso 1504780



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stecf.tce.pe.gov.br/epp/validar> Código do documento: 69311300-457d-467d-b9b2-5b5619657e

Análise da Justificativa: O auditado não enviou documentos que comprovasse o funcionamento do Núcleo de Educação Permanente com seus respectivos membros designados, bem como, as atividades realizadas e atas de frequência.

Acatamento da Justificativa: Não

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34

Recomendação: Cumprir na íntegra o regimento interno sobre Educação permanente divulgado pela FAV, assim assegurando o cumprimento da Resolução RDC Nº 63 Art. 23, item III, que orienta: O serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente à: III - educação permanente e ainda com o item 5.5.8 da Cláusula 5º do Termo de Credenciamento.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FUNDACAO ALTINO VENTURA	10.667.814/0001-38

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700672

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: A unidade não apresentou o Plano de Segurança do Paciente.

Evidência: Na análise comparativa entre as informações fornecidas pelo auditado (i.20 e i.28) e achados da inspeção, verificou-se que a unidade não apresentou o documento descritivo do Plano de Segurança do Paciente, apesar de no ambiente institucional estar acessível aos funcionários as diretrizes de segurança. O documento apresentado foi procedimento operacional padrão - Acolhimento de pacientes na recepção central, porém não se configurava um Plano de Segurança do Paciente, situação em desacordo com RDC Nº 36/2013, Artigo 8º que prevê: o Plano de Segurança do Paciente e dos Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para: I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV - identificação do paciente; V - higiene das mãos; VI - segurança cirúrgica; VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada e visita a unidade.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº. 1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO: A instituição fiscalizada possui Plano de Segurança do Paciente em vigor, conforme documentação anexa e a nossa política de Segurança do Paciente (docs em anexo.)

Análise da Justificativa: Nos documentos enviados pelo auditado ficou evidente a existência de um Plano de Segurança do Paciente bem estruturado, todavia não foi enviado nenhuma documentação que comprovasse o seu funcionamento conforme estabelece o próprio plano. Quais sejam: Não foi apresentada a designação dos participantes do Núcleo de Segurança do Paciente, bem como atas de frequências das oficinas realizadas, dos treinamentos, nem das sessões quinzenais técnicas científicas e boletins informativos.

Acatamento da Justificativa: Parcialmente

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://brasil.sspa.gov.br/epi/validarDoc.seam> Código do documento: 0921330-1474974885-5166a15659de

Recomendação: Assegurar a realização das atividades e ações do Plano de Segurança do Paciente, bem como cumprir o que estabelece o Art. 11 do Decreto Federal nº 1.651/1995 que determina: Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA a Comissão Corregedor, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA	10.667.814/0001-38

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700673

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: Realização de práticas de cirurgia segura.

Evidência: A análise comparativa entre as informações fornecidas pelo auditado (i.20 e i.28) e achados da inspeção, verificou-se que a unidade dentro do bloco cirúrgico possuía Protocolos Clínicos Assistenciais e Procedimentos Operacionais Padrão, instrumentos e práticas para realização de cirurgia segura, em conformidade com RDC Nº 36/2013, Artigo 8º que prevê Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para: I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV - identificação do paciente; V - higiene das mãos; VI - segurança cirúrgica; VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Fonte da Evidência: Documentação apresentada, visita a unidade e fotos nº 10, 11, 12, 13 e 14, em anexo.

Conformidade: Conforme

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700674

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Qualidade da Atenção/Resolutividade

Constatação: A unidade realizava procedimentos cirúrgicos bem abaixo de sua capacidade instalada habilitada no Termo de Credenciamento.

Evidência: A análise comparativa entre as informações contidas no Termo de Credenciamento nº 4801.1005.2022, Relatório de agendamentos de consultas e exames no SISREG (i.2 e i.3), relatórios de supervisão (i.6) e os achados da inspeção, verificou-se que a unidade no período auditado apresentou desempenho em relação aos agendamentos de procedimentos cirúrgicos com variação entre 4,40% a 27,16%, contrariando com o estabelecido como meta habilitada no Plano Operacional Assistencial-POA, item 4.1 Assistência Ambulatorial - Tabela: Procedimento Ofertado Oftalmologia.

Fonte da Evidência: Termo de Credenciamento nº 4801.1005.2022, POA, SISREG e Prontuários analisados.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº. 1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO: O Termo de Credenciamento nº 4801.1005.2022, celebrado entre a Secretaria Municipal do Recife e a Fundação Altino Ventura, não estabelece, nem obriga um percentual mínimo de cirurgias a fim de cumprimento da meta contratual. Aproveitamos ainda para esclarecer que a constatação baseou-se na quantidade de procedimentos realizados, porém o teto limite contratual é baseado tanto no quantitativo físico quanto financeiro.

Análise da Justificativa: O auditado em sua justificativa não considerou que a análise da auditoria deu-se em relação aos agendamentos realizados no SISREG mediante oferta informada pela unidade, comparando-se com a



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



capacidade instalada habilitada pelo credenciamento referente aos procedimentos cirúrgicos agendados não realizados.

Acatamento da Justificativa: Não

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34

Recomendação: Providenciar a correção do quantitativo dos serviços cirúrgicos oftalmológicos e consultas ofertados de acordo com a capacidade instalada de profissionais cadastrados no CNES e o estabelecido no Plano Operacional Assistencial-POA item 4.1.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA	10.667.814/0001-38

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700675

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Satisfação do Usuário

Constatação: Usuários relataram insatisfação com a resolutividade do atendimento.

Evidência: A análise dos espelhos de demanda da ouvidoria do período auditado indicou a insatisfação com a demora na resolutividade do atendimento. Em 12 espelhos de demanda, 10 situações tinham relação à demora no atendimento resolutivo na unidade. Em contato telefônico com esses usuários, 30% indicaram longas esperas para realização dos procedimentos, inclusive em cirurgias, assim como o acesso aos resultados dos exames e consultas de refração, sem obterem tratativas da unidade para resolução dos seus problemas. Esta situação encontrava-se em desacordo com o disposto no item 5.1.2 do Plano Operativo Assistencial-POA, das Ações e Metas - Implantar programa de avaliação do nível de satisfação do usuário(Implantação da ouvidoria/interlocução); e a RDC/ANVISA no 63/2011 Art. 7, inciso III, que determina: dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes e as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências.

Fonte da Evidência: Espelhos de demanda da ouvidoria, contato com usuário e documentação apresentada.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº.1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO: A FAV esclarece que ao receber a Guia de Solicitação de Exames, consultas ou cirurgia, o nome do paciente é incluído na Lista de espera. As marcações de consultas/e ou procedimento cirúrgico são realizadas de acordo com a disponibilidade de vagas, o grau de urgência, a ordem na fila, podendo a posição sofrer alterações ao longo do tempo, em virtude dos casos em que a legislação considera como prioridades, tais como idosos (com prioridade especial para aqueles acima de 80 anos), gestantes, pessoas com deficiência, lactantes e responsáveis por crianças pequenas, entre outros. Nosso compromisso é oferecer um atendimento ágil, cuidadoso e eficiente a todos os pacientes, razão pela qual todos os nossos colaboradores estão trabalhando constantemente e empreendendo todos os esforços para aprimorar os nossos processos internos, implementar condutas no sentido de diminuir o tempo de espera, que garantam possam garantir uma maior efetividade e qualidade na prestação dos serviços ofertados por esta instituição, seja na marcação de consultas, realização de exames procedimentos cirúrgicos ou demais atendimentos.

Análise da Justificativa: O auditado não apresentou estratégia para solucionar a insatisfação dos 30% dos usuários referidos na evidência da constatação que não tiveram a resolutividade de seu atendimento.

Acatamento da Justificativa: Não



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epv/validarDoc.seam> Código do documento: 69911300-57146718855968056908

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34

Recomendação: Adotar providências no sentido de atender a demanda do usuário em sua necessidade de cuidado, conforme determinado no 5.1.2 do Plano Operativo Assistencial-POA e carta de direito dos usuários.

Destinatários da Recomendação

Nome	CPF/CNPJ
FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA	10.667.814/0001-38

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700676

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Satisfação do Usuário

Constatação: Usuários insatisfeitos por não ter acesso às informações sobre o tratamento.

Evidência: Diante da população de 152 prontuários analisados foi realizada sondagem com os usuários sobre a satisfação com o atendimento oferecido na FAV, a partir de um cálculo estatístico para definição de amostra significativa. Foi considerado nível de confiança 95% num erro amostral aceitável de 5% a 10% com o desvio padrão de 0,5%. Aplicou-se a fórmula $(Z^2 \times \sigma^2) / E^2$, delimitando o quantitativo de 38 usuários. Destes, 21% não atenderam ao telefonema e 79% participaram da sondagem, onde 57% responderam que estavam satisfeitos com o tratamento recebido. Dos 43% que responderam não, 100% não realizaram a cirurgia de catarata, contudo receberam a informação de que deveriam aguardar o telefonema da clínica. Afirmaram ainda, que todas as vezes que procuravam informações na unidade havia um fluxo estabelecido onde o usuário precisava ser atendido pela Assistente Social, porém eram disponibilizados apenas um quantitativo de 15 fichas, distribuídas por ordem de chegada a toda clientela, desde o interior à capital, acarretando que muitos pacientes chegavam de madrugada e logo cedo não havia mais fichas, onde a maioria ficava sem acesso ao serviço social, apenas com a alternativa de aguardar um telefonema que não ocorreu aos respondentes insatisfeitos, contrariando o que determina o Termo de Credenciamento nº 4801.1005.2022, nos itens 5.5.15: Justificar ao paciente ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de realização de qualquer ato profissional, previsto neste credenciamento e, no 5.5.16: Esclarecer ao paciente SUS, sobre seus direitos e demais informações necessárias, pertinentes ao serviço oferecido.

Fonte da Evidência: Sondagem com usuários.

Conformidade: Não Conforme

Justificativa: O auditado se pronunciou tempestivamente através de documento, datado de 02 de abril de 2025, apresentando justificativas ao Relatório Preliminar de Auditoria Assistencial programada nº 218/2024, datado de 22/08/24, em resposta ao ofício SESAU/SERMAC/GGR/GPCA nº.1/2025, a qual transcrevemos na íntegra: RESPOSTA/ ESCLARECIMENTO: A instituição buscando aprimorar a qualidade da prestação dos serviços ofertados, desde fevereiro de 2024, não trabalha mais com entrega de fichas. Atualmente, o primeiro atendimento é realizado exclusivamente por agendamento prévio, seja via regulação estadual ou marcação interna. Ou seja, o atendimento presencial através do setor de serviço social não está mais em funcionamento. Após o primeiro atendimento, o profissional médico faz o encaminhamento para consulta e/ou exame, onde o paciente é direcionado para a fila de marcação, a depender de sua especialidade e aguarda pelo agendamento da FAV.

Análise da Justificativa: O auditado em sua resposta refere-se a um fluxo estabelecido com a regulação de outro ente federativo, desta feita, não se pronunciou quanto às estratégias de dirimir a insatisfação referente aos munícipes de Recife que são regulados pelo município e encaminhados para atendimento pela unidade auditada.

Acatamento da Justificativa: Não

Responsável(eis)

Nome	CPF/CNPJ
MARCELO CARVALHO VENTURA	083.056.924-34



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stc.ece.pe.gov.br/epp/validar>

Nome
MARCELO CARVALHO VENTURA

CPF/CNPJ
083.056.924-34

Grupo: Assistência Média e Alta Complexidade

Constatação Nº: 700669

Subgrupo: Assistência Ambulatorial

Item: Documentação/Prontuários

Constatação: A unidade registrava os procedimentos realizados na assistência ao paciente.

Evidência: Na análise comparativa entre as informações gerenciais fornecidas pela GGR (i.1), pela unidade (I.28 e i.29) e achados na inspeção na amostra selecionada, verificou-se que o auditado possuía prontuário eletrônico, onde registrava de forma completa a anamnese, exames diagnósticos, conduta terapêutica e evolução dos usuários atendidos, ainda possuía um módulo onde continha os resultados dos exames realizados com as respectivas imagens, permitindo assim o acompanhamento evolutivo da assistência prestada, conforme preconiza a Resolução CFM nº 1638/2002, art 5º item 1º, letras b e c, e da RDC/ANVISA nº 63/2011 Art. 4º, inc.VIII e 27 que determinam, respectivamente, que: o serviço de saúde deve garantir que o prontuário seja preenchido de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico; l - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel; Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado; c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinado eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico.

Fonte da Evidência: Análise dos prontuários solicitados.

Conformidade: Conforme

V - CADASTRO DA NOTIFICAÇÃO

Origem: Gerência de Auditoria Assistencial

Data: 20/03/2025

Ofício Nº: 012025

Data: 20/03/2025

NOTIFICADOS - PESSOA FÍSICA

CPF:	Nome:	Cargo:	Início:	Término:
083.056.924-34	MARCELO CARVALHO VENTURA			

Situação: Concluída

VI - REGISTRO FINAL SOBRE A NOTIFICAÇÃO

O auditado pronunciou-se tempestivamente, no prazo previsto para apresentação da justificativa emitiu documento de resposta ao Ofício SESAU/SERMAC/GGR/CAA Nº 01/2025, datado de 120/03/2025, sobre o processo de auditoria nº 218/2024 referente ao processo SEI nº 33076031/2024-30, quanto as não conformidades elencadas no Relatório Preliminar da Auditoria Assistencial Programada nº 218/2024, usufruindo do amplo direito de defesa, previsto no art. 5o, LV da Constituição Federal de 1988. O Processo de Auditoria foi dado por encerrado, após a emissão deste Relatório Final com a devida recomendação e conclusão.

VII - ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS

Data: 20/03/2025

Destino: FAV - Fundação Altino Ventura

Documento: OFÍCIO SESAU/SERMAC/GGR/CAA Nº 1/2025

Assunto: Relatório Preliminar



VIII - CONCLUSÃO

O auditado apresentou suas justificativas no tempo regulamentar, usufruindo do seu amplo direito de defesa, concedido pelo OCEM/SESU/SERMAC/GGR/CAA nº 01/2025, datado de 20/03/2025. A auditoria foi realizada para cumprir o plano de atividades de auditoria nos serviços da rede oftalmológica com a finalidade de diagnosticar o acesso do usuário as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, verificando a oferta, demanda, registro no SISREG, percentual de absenteísmo, produção ambulatorial, recursos humanos e financeiros, fluxo assistencial, infraestrutura existentes, e satisfação do usuário, conforme pactuação estabelecida no POA. Todo o processo ocorreu de forma colaborativa o qual facilitou a coleta dos dados e análises das informações decorrentes dos documentos fornecidos, contudo alguns documentos não foram apresentados, conforme a solicitação impedindo uma análise mais acurada dos processos auditados. Este relatório não reflete apenas as constatações de não conformidade, mas também aquelas identificadas como conformes. Ressalta-se a cordialidade e disponibilidade dos trabalhadores da unidade junto a esta equipe de auditoria. Face ao revelado, 47% das constatações estavam em situação de conformidades e 53% de não conformidades. Deste último, após análises das justificativas, 10% acatadas, 30% parcialmente e 60% não acatadas. Assim foram geradas recomendações a serem cumpridas pelo auditado. As irregularidades de maiores relevâncias encontradas foram questões decorrentes de: 1. Não cumprimento ao contido no Art. 11 do Decreto nº 1651/1995: Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar (...) toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações; 2. Não cumprimento do item 1.2 do Termo do Contrato nº 4801.1005.2022, relacionado à não realização dos serviços cirúrgicos oftalmológicos, bem como a execução das metas quantitativas abaixo do pactuado no Plano Operativo Assistencial-POA. Desta forma a equipe de auditoria ressalta a necessidade de aprimoramento no acompanhamento das normativas elaboradas e pactuadas com a própria unidade. Diante do exposto, faz-se necessário que a unidade cumpra com as recomendações apontadas neste relatório, e as instâncias competentes realizem o efetivo monitoramento para a garantia da continuidade e qualidade da assistência.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stc.tec.pe.gov.br/epi/validaDoc.seam> Código do documento: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

IX - FOLHA DE ASSINATURA

Documento assinado digitalmente
gov.br VILMA DORNELAS DA SILVA
Data: 24/04/2025 17:47:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Vilma Dornelas Da Silva
CPF: 166.366.944-91
Cargo: Auditor

Documento assinado digitalmente
gov.br LAURILUCI FARIAS LOPES DE ALBUQUERQUE
Data: 24/04/2025 15:32:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Lauriluci Farias Lopes De Albuquerque
CPF: 431.165.584-34
Cargo: Auditor

Documento assinado digitalmente
gov.br MAGDA DA SILVA FIGUEIROA
Data: 24/04/2025 19:11:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Magda Da Silva Figueiroa
CPF: 508.096.794-34
Cargo: Auditor

COORDENADOR





X - ANEXOS

FOTOS

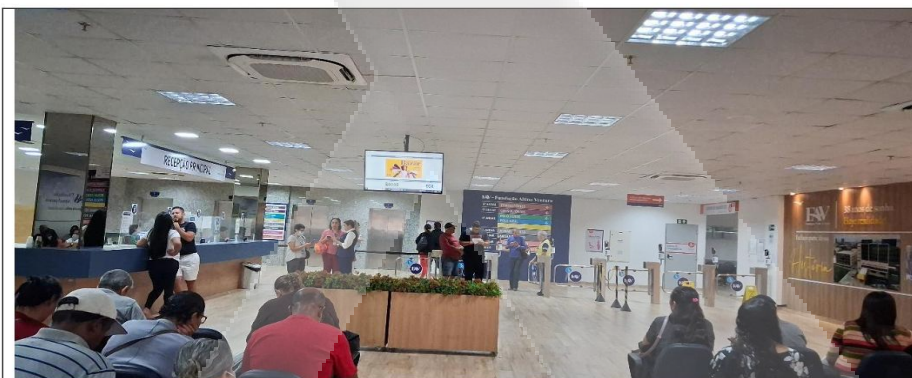


FOTO 1- ACOLHIMENTO NA RECEPÇÃO

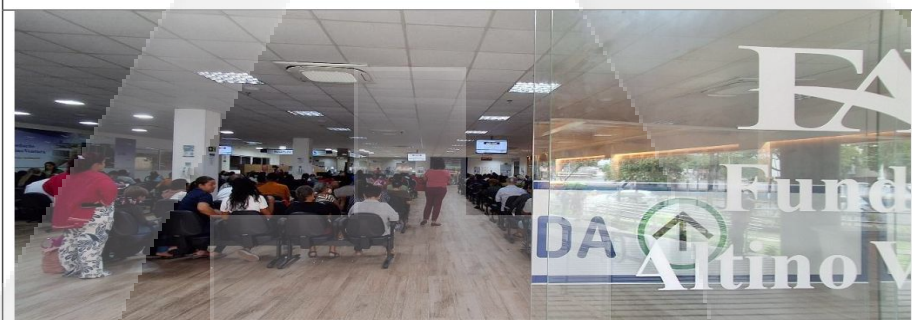


FOTO 2 RECEPÇÃO

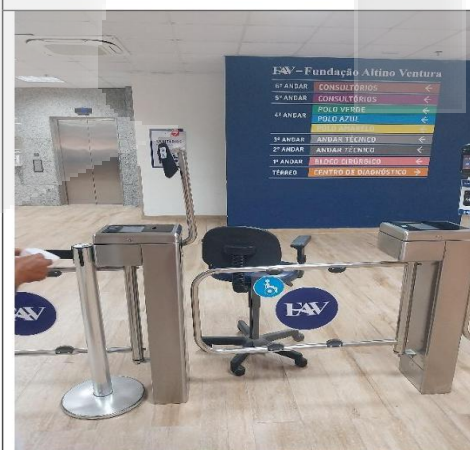


FOTO 3 ACESSO DA RECEPÇÃO AOS SETORES DE ATENDIMENTO.



FOTO 4- BANHEIRO EQUIPADO.



FOTOS



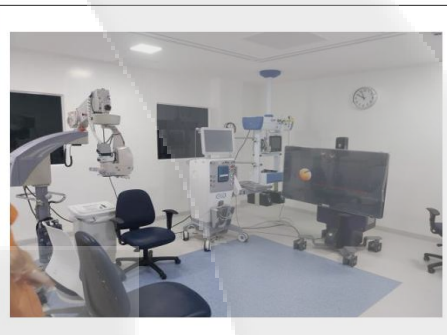
FOTO 5- USG



FOTO 6-SALA DE EXAMES



FOTO7- PAQUIMETRO



EQUIPAMENTOS CENTRO CIRURGICO.

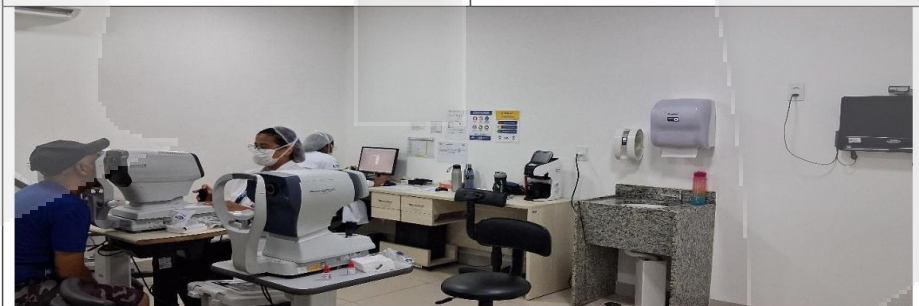


FOTO 9- SALA DE EXAMES



FOTOS



FOTO 10 - CENTRO CIRÚRGICO



FOTO 11- Centro Cirurgico

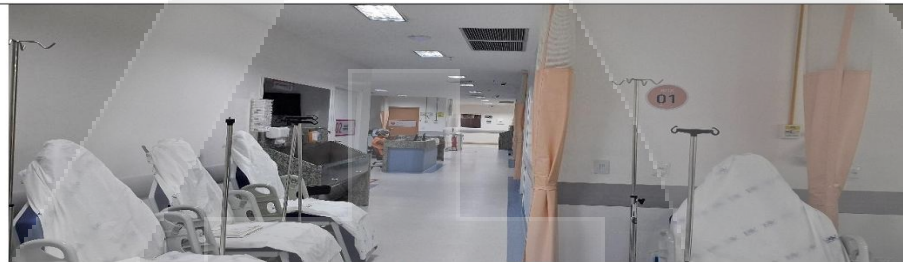


FOTO 12 CENTRO CIRÚRGICO

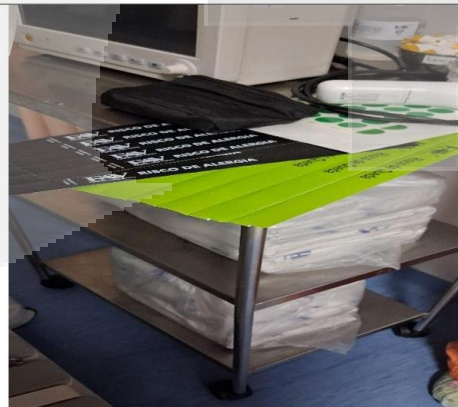


FOTO 13 CENTRO CIRURGICO



FOTO 14- CENTRO CIRÚRGICO.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Recife

Relatório Consolidado



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVALLCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://stce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: 6931130b-457d-467d-8bb5-5f66a15659de

TABELA DESEMPENHO NO SISREG EM RELAÇÃO A META NO POA

DESEMPENHO DOS AGENDAMENTOS NO SISREG EM RELAÇÃO À META HABILITADA NO POA DO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 4801.1005.2022									
CNES 0000485	AGENDAMENTOS MÊS SISREG								
GRUPO DE PROCEDIMENTOS	META POA *	SET	%	OUT	%	NOV	%	DEZ	%
02 - DIAGNÓSTICOS	66.735	750	1,12%	1.097	1,64%	1.334	2,00%	1.180	1,77%
03 - CLÍNICOS	18.010	1.080	6,00%	1.002	5,56%	1.046	5,81%	829	4,60%
04 - CIRÚRGICOS	545	24	4,40%	31	5,69%	51	9,36%	148	27,16%
TOTAL	85.290	1.854	11,52%	2.130	12,90%	2.431	17,16%	2.157	33,53%

*META POA HABILITADA





RELATÓRIO CONSOLIDADO DAS AUDITORIAS SUS/RECIFE EM OFTALMOLOGIA

RECIFE
2025



INTRODUÇÃO

O presente relatório tem a finalidade de apresentar de forma consolidada os achados das Auditorias realizadas na rede assistencial de Oftalmologia, abrangendo todos os prestadores da rede complementar credenciados com a SUS/Recife e a unidade da rede própria, promovendo o diagnóstico situacional do acesso a consultas e procedimentos.

Foram auditadas 11 unidades no período de novembro/2023 a abril/2025, com a força de trabalho de 05 auditoras, distribuídas em duas equipes, sendo uma composta com duas servidoras e outra com três.

DEMANDA

Com a finalidade de cumprir o Plano Anual de Atividades da Auditoria e atender a despacho SEI-SESAU/SERMAC/CGR Nº 45/2023, programar Auditorias na Rede Assistencial do município de Recife, objetivando realizar o diagnóstico situacional do acesso do usuário as consultas, procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos e em oftalmologia e programa de glaucoma.

IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES

UNIDADE	Nº SISAUD	Nº SEI	Nº CNES	ABRANGÊNCIA	EQUIPE	ENCERRAMENTO
OFTALMO (FILIAL)	208	33.032110/2023-58	1961	JAN a ABRIL/2023	Coordenação: Adélia Palácio	27.11.2023
					Auditoras: Magda Figueiroa	
					Ivana Alencar	
PCO	209	33.032126/2023-61	6892442	JAN a ABRIL/2023	Coordenação: Lauriluci Farias	21.11.2023
					Auditora: Vilma Dornelas	
OFTALMO (MATRIZ)	210	33.036442/2023-10	613451	JAN a ABRIL/2023	Coordenação: Magda Figueiroa	14.03.2024
					Auditoras: Ivana Alencar	
					Maria Adélia Palácio	



COPE	211	33.036345/2023-19	3546039	JAN a ABRIL/2023	Coordenação: Vilma Dornelas	02.02.2014
					Auditora: Lauriluci Farias	
SANTA LUZIA	212	33.060547/2023-81	5527260	JAN a ABRIL/2023	Coordenação: Magda Figueiroa	09.05.2024
					Auditora: Vilma Dornelas	
REDE VISAO	213	33.060612/2023-79	2637308	JAN a ABRIL/2023	Coordenação: Adélia Palácio	02.05.2024
					Auditoras: Ivana Alencar	
					Lauriluci Farias	
CLINOPE	214	35.315.993/0003-37	795	SET A DEZ/2023	Coordenação: Ivana Alencar	11.07.2024
					Auditoras: Adélia Palácio	
					Lauriluci Farias	
SEOPE	215	33.031249/2024-65	2354942	SET A DEZ/2023	Coordenação: Lauriluci Farias	30.09.2024
					Auditoras: Adélia Palácio	
					Ivana Alencar	
CLÓVIS PAIVA	216	33.042496/2024-97	5224942	SET A DEZ/2023	Coordenação: Magda Figueiroa	21.09.2024
					Auditora: Vilma Dornelas	
ERMÍRIO DE MORAES	217	33.053405/2024-49	558	SET A DEZ/2023	Coordenação: Adélia Palácio	07/02/2025
					Auditoras: Ivana Alencar	
					Lauriluci Farias	
FAV	216	33.076031/2024-30,	485	SET A DEZ/2023	Coordenação: Magda Figueiroa	24/04/2025
					Auditora: Vilma Dornelas, Lauriluci Farias	

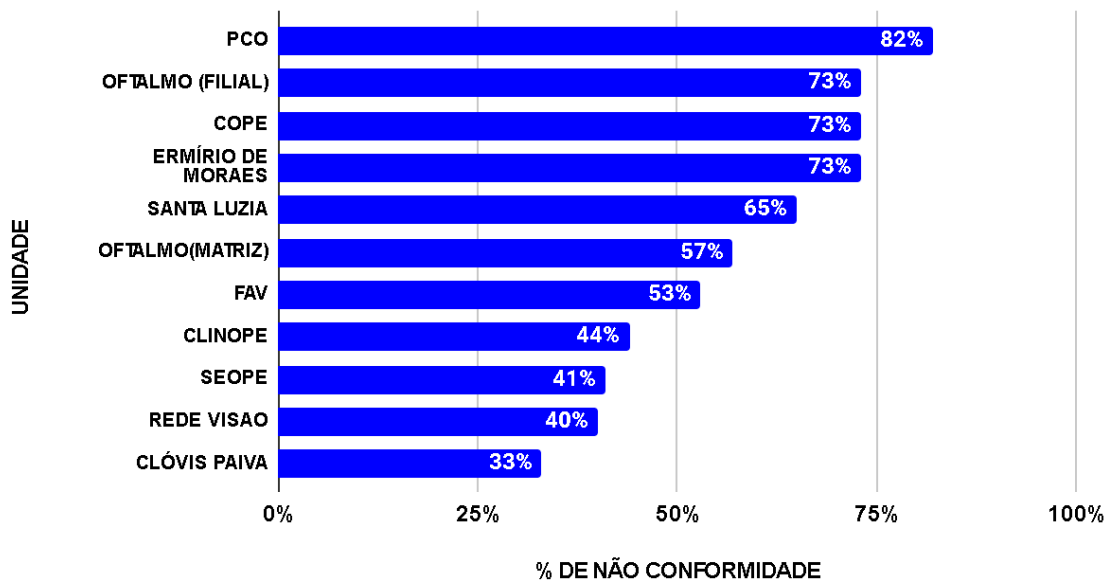
DIAGNÓSTICO DAS CONSTATAÇÕES

UNIDADE	POLARIDADE DAS CONSTATAÇÕES		RESPOSTA AO RELATÓRIO PRELIMINAR		SITUAÇÃO PÓS ANÁLISE DAS JUSTIFICATIVAS			% RECOMENDAÇÃO
	CONFORME	NÃO CONFORME	SIM	NÃO	ACATADA	NÃO ACATADA	PARCIALMENTE ACATADA	
OFTALMO (FILIAL)	27%	73%	X		18%	64%	18%	82%
PCO	18%	82%	X		6%	81%	13%	94%
OFTALMO (MATRIZ)	43%	57%	X		25%	63%	12%	74%
COPE	27%	73%	X		9%	82%	9%	91%
SANTA LUZIA	35%	65%	X		36%	28%	36%	64%
REDE VISAO	60%	40%	X		17%	83%		83%
CLINOPE	56%	44%		X				44%
SEOPE	59%	41%	X			71%	29%	100%
CLÓVIS PAIVA	67%	33%	X				33%	33%



ERMÍRIO DE MORAES	27%	73%		X					73%
FAV	47%	53%	X		10%	60%	30%		90%

% DE NÃO CONFORMIDADE X UNIDADE



SÍNTESE DAS RECOMENDAÇÕES

TÓPICO	SÍNTESE DAS RECOMENDAÇÕES	OFTALMO (FILIAL)	PCO	OFTALMO (MATRIZ)	COPE	SANTA LUZIA	REDE VISÃO	CLINOPE	SEOPE	CLÓVIS PAIVA	ERMÍRIO DE MORAES	FAV	%
INFRAESTRUTURA	Instalações físicas, mobiliário, climatização e/ou ventilação, higienização, conservação, segurança, organização, conforto e limpeza												64%
	Acessibilidade arquitetônica, comunicacional e atitudinal												82%
	Guarda dos prontuários no que se refere à confidencialidade e integridade												18%
CNES	Atualização dos dados cadastrais da unidade quanto a infraestrutura, equipamentos e recursos humanos												55%
METAS	Oferta de serviços e												73%



ACHADOS DAS AUDITORIAS QUE IMPLICAM NOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DA SESAU

CONTRATUAIS	Unidade credenciada com um CNES sem a devida habilitação para o Programa de Glaucoma, prestando o serviço e o pagamento sendo realizado em outro CNES com credenciamento vencido; Unidade apesar de ser credenciada para realização de procedimentos cirúrgicos, direcionava os usuário para realizarem os procedimentos pelo convênio da mesma com o Estado; Unidade com produção aquém da meta física habilitada.
COMUNICAÇÃO COM O USUÁRIO	Totalidade das unidades sem cumprir com a cláusula do POA quanto a implantação do Programa de Satisfação com o Usuário, quanto a comunicação efetiva com os mesmos, registro das demandas e das tratativas advindas das pesquisas
ACESSO E RESOLUTIVIDADE	Não garantia do acesso do usuário ao tratamento integral na unidade que iniciou seu tratamento, com relatos de usuários apontando para não resolutividade ou demora em mais de 180 dias para realização de procedimentos cirúrgicos tendo inclusive que repetir os exames pré-operatórios; relatos de realização de consulta em uma unidade e exames em outra, mesmo a unidade em que fez a consulta ter disponível os exames

Desta forma, a Auditoria SUS/Recife, cumpre com o princípio da transparência, dando publicidade a gestão do consolidado das auditorias sobre o eixo temático do acesso aos serviços de oftalmologia.

Base Legal:

1. RDC 63/2011
2. LEI Nº 18.117/2015, Art. 10, Item IV, Letra a
3. PORTARIA Nº 157/2019-GAB/SS - Parâmetros de produção assistencial para o trabalho dos profissionais no âmbito da Atenção Básica e especializada do Sistema Municipal de Saúde do SUS em Recife, conforme turno de 4 Horas/Dia.(PORTARIA Nº 157/2019-GAB/SS) e ... o acesso aos agendamentos para a Atenção Especializada estabeleceu-se uma lógica de que cada unidade de saúde, seja ela, uma Unidade Básica de Saúde – UBS (ESF, Centro de Saúde) ou Policlínica, será sempre um local de referência para o agendamento de consultas e exames de uma determinada população adscrita, conforme o Manual Operacional de Regulação de Acesso Ambulatorial
4. Resolução CNRM nº 02 /2006, Art. 9;
5. Portaria Interministerial nº 45/2007, Art. 2, inciso V; Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 02/2017 Art.9, inciso I e III (Origem: PRT MS/GM no 3410/2013)
6. RDC Nº 36/2013, Artigo 8º
7. RDC Nº 44/2009 - Seção III -Das Condições de Armazenamento, Art. 35 e §3º; - Seção V -Da Dispensação de Medicamentos, Art. 43 e 44
8. protocolo clínico do glaucoma (anexo iv da portaria sas/ms nº 288/2008)
9. Manual SISREG
10. Nota Técnicas existentes no município em relação ao acesso ambulatorial
11. Normativas conforme a especialidade a ser auditada
12. Descrição do procedimento de acordo com do SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS



Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D'ANGELO, LEONARDO CAVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://sece.rr.pe.gov.br/ppp/validarDoc.seam> Código do documento: 8e220378-4172-4c0f-842b-b1d072cafb66

Despacho SESAU/SEAB/GGPE/GPT/PMAN/ATAN N° 8/2026

Recife, 10 de abril de 2026

Em atenção ao Relatório de Auditoria nº 03/2025 e seus anexos, referente ao trabalho de consultoria realizada no âmbito da Secretaria de Assistência Social e Combate à Fome, que teve como objetivo avaliar os serviços ofertados nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), bem como os parâmetros que interferem nos indicadores do IDCRAS e do IGD-M, apresentamos as considerações a seguir:

Inicialmente, destaca-se a relevância do referido relatório como instrumento de qualificação da gestão, contribuindo para o aprimoramento contínuo das ações intersetoriais voltadas à população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF).

No que se refere aos apontamentos apresentados para a TAAS, informamos que:

1. Governança Intersetorial e Planejamento das Ações

Foi instituído, no início de 2026, o Comitê Intersetorial envolvendo as políticas de Assistência Social, Saúde e Educação, com pactuação de reuniões mensais para alinhamento de estratégias, com ênfase na ampliação do acompanhamento da população beneficiária do PBF. Destaca-se, ainda, o alinhamento com a Assistência Social para definição de fluxos relacionados a beneficiários não residentes no município.

2. Organização do Processo de Trabalho e Qualificação do Acompanhamento

No segundo semestre de 2025, foram implementados novos formatos de acompanhamento, com priorização de grupos estratégicos, especialmente mulheres e crianças. Foram realizadas ações de matriciamento das equipes, com foco na qualificação do cuidado integral e na responsabilização de todos os profissionais da Atenção Básica, além da ampliação do uso dos sistemas de informação, com destaque para o PEC e-SUS AB

Também foram promovidas reuniões com gestores e gerentes de unidades de saúde para definição de fluxos de identificação e acompanhamento dos beneficiários no território, bem como articulação com experiências exitosas, a exemplo do município de Fortaleza.

3. Diagnóstico Territorial e Monitoramento

Foi elaborado diagnóstico territorial por Distritos Sanitários e microáreas, a partir da construção e utilização de mapas de acompanhamento, tanto oriundos do e-Gestor quanto do PEC, permitindo maior precisão na identificação dos beneficiários, especialmente dos grupos prioritários.

Adicionalmente, encontra-se em desenvolvimento o cruzamento de bases de dados da saúde, educação e Cadastro Único, com estruturação de painel em Power BI para monitoramento contínuo dos indicadores.

4. Ampliação da Cobertura e Acesso aos Serviços

Como estratégias para ampliação do acesso, destacam-se o chamamento de Agentes Comunitários de Saúde aprovados em concurso, expansão das equipes de saúde e ampliação dos horários de atendimento das Unidades de Saúde da Família.

Também estão sendo definidas estratégias específicas para territórios descobertos pela Atenção Básica, em articulação com os Distritos Sanitários.

5. Educação Permanente e Qualificação Profissional

Foi realizada pesquisa junto aos profissionais da Atenção Básica, que evidenciou a necessidade de formação sobre o Programa Bolsa Família, apontada por mais de 90% dos gerentes de unidade. Em resposta, estão sendo estruturadas ações de educação permanente, incluindo:



- Realização de seminário sobre o PBF, com previsão para o primeiro semestre de 2026;
- Elaboração de cartilha orientadora sobre o cuidado multidisciplinar, visando superar a compreensão restrita de que o acompanhamento dos beneficiários é atribuição exclusiva do ACS;
- Matriciamentos voltados à qualificação do registro das informações e dos sistemas de vigilância alimentar e nutricional.

6. Integração Intersetorial e Estratégias Complementares

Estão em curso articulações com programas e políticas estratégicas, como o Programa Mãe Coruja e a rede de Educação, com vistas à ampliação do acompanhamento de gestantes e crianças, inclusive em territórios descobertos.

Destaca-se ainda a formalização de estratégias conjuntas com o Programa Saúde na Escola (PSE), bem como a inserção do acompanhamento de crianças beneficiárias do PBF nos protocolos de puericultura.

Adicionalmente, foram implementadas ações de comunicação com a população, por meio do envio de mensagens orientativas via Conecta Recife, incentivando a busca ativa pelos serviços de saúde.

7. Inovação e Qualificação da Informação

Foi implantado a ferramenta Integra.AI no PEC, com o objetivo de ampliar e qualificar o acompanhamento dos beneficiários com perfil saúde. Paralelamente, estão sendo realizados esforços junto ao Ministério da Saúde para aprimoramento dos fluxos de migração e registro de dados.

8. Monitoramento da 1ª Vigência de 2026

Informa-se que o acompanhamento da 1ª vigência de 2026 será realizado por meio do sistema PEC e-SUS AB, com monitoramento contínuo através de mapas digitais, permitindo maior precisão na identificação, acompanhamento e gestão dos beneficiários do Programa Bolsa Família no território.

9. Resultados Alcançados

Na segunda vigência de 2025, foi alcançado o acompanhamento de 74,21% da população geral beneficiária (169.168 pessoas) e 36,69% das crianças menores de 7 anos (20.851 crianças), evidenciando avanços, mas também a necessidade de fortalecimento das estratégias voltadas à primeira infância.

10. Considerações Finais

As recomendações constantes no Relatório de Auditoria foram devidamente analisadas e estão sendo incorporadas ao planejamento estratégico da gestão, com foco na qualificação dos serviços, fortalecimento da intersectorialidade e melhoria dos indicadores do IDCRAS e IGD-M.

Reitera-se o compromisso da gestão municipal com a ampliação do acesso, a qualificação do cuidado e o monitoramento contínuo das ações voltadas à população em situação de vulnerabilidade.

Por fim, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **MARIA CAROLINA TENORIO VIEIRA ROCHA RAMOS, Nutricionista**, em 10/04/2026, às 16:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.recife.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **7733237** e o código CRC **3EF4A936**.



SECRETARIA DE SAÚDE
Avenida Cais do Apolo, 925 - Bairro Recife | CEP 50030-903 - Recife/PE
Site - www.recife.pe.gov.br

Documento Assinado Digitalmente por: LUCIANA CAROLINE ALBUQUERQUE D ANGELO, LEONARDO CAVVALCANTE AMORIM DE GONCALVES PEREIRA
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 8e249378-4b72-4c0f-842b-b1d072cafb6f