

---

# **Quatro anos na Direção do CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE de Pelotas: 2005-2009**

Relatório apresentado ao Conselho Municipal de Saúde  
de Pelotas pelos conselheiros que ocuparam a Direção  
no período de setembro de 2005 a agosto de 2009.

**Pelotas, Rio Grande do Sul  
Agosto de 2009**

---

---

## Agradecimentos

à **Camila, Francine, Gabriela e Christopher**, que, entre 2005 e 2009, atenderam com dedicação na Secretaria Executiva do CMSPEl.

---

## Sumário

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 4  |
| Alteração do Regimento.....  | 5  |
| A Gestão Estratégica por Resultados - GER.....   | 5  |
| Visão Estratégica .....  | 6  |
| Diretrizes fundamentais do CMSPel: Visão, Valores, Missão e Objetivos Permanentes .....                                    | 7  |
| Mapa Estratégico .....   | 7  |
| Criação do Site no domínio www.cmspel.org.br .....   | 11 |
| Criação da CPAC com nova modalidade de avaliação dos hospitais de ensino contratualizados. ....                            | 12 |
| Criação do informativo De Olho na Saúde. ....  | 13 |
| Realização da 7ª Conferência Municipal de Saúde. ....  | 13 |
| Realização da 8ª Conferência Municipal de Saúde. ....  | 17 |
| Imagens da Oitava Conferência Municipal de Saúde.....  | 20 |
| Realização do I Fórum de Discussão sobre o Processo doação e transplante de órgãos na região sul do Rio Grande do Sul..... | 21 |
| Seminário macrorregional de saúde do trabalhador: Teoria x Prática, Direitos e Deveres.....                                | 24 |
| Divulgação do CMSPel na comunidade.....  | 26 |
| Estabelecimento de relação de proatividade com a Secretaria Municipal de Saúde e prestadores....                           | 27 |
| Realização de Assembléias Gerais.....  | 28 |
| Imagens de algumas Assembléias Gerais.....   | 28 |
| Produção de relatórios sobre o Pronto Socorro de Pelotas.....  | 29 |
| Relatórios sobre o Pronto Socorro de Pelotas .....   | 29 |
| Fórum de Discussão sobre a Urgência e Emergência no Município .....  | 30 |
| Pronto Socorro de Pelotas: Produção Ambulatorial; Custo e Financiamento no período de Gestão Compartilhada.....            | 34 |
| Organização das estatísticas do Pronto Socorro de Pelotas .....  | 34 |
| Acompanhamento e avaliação de desempenho das CIHDOTTs dos hospitais locais. ....   | 36 |
| Produção e emissão de correspondências.....  | 40 |
| Produção do Manual de Educação Permanente do CMSPel .....  | 40 |
| Infra-estrutura do CMSPel .....  | 41 |
| Informatização .....   | 41 |
| Climatização e sonorização do auditório das plenárias .....  | 41 |
| Aquisição de veículo para o CMSPel .....   | 41 |
| Considerações finais:.....   | 42 |

## Introdução

Este relatório cobre o período de setembro de 2005, quando se assumiu a Direção do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas (Ata 318) a agosto de 2009, quando foi encerrado o segundo mandato para o qual a Direção havia sido eleita, por unanimidade.

Participaram da Direção neste período os conselheiros: Francisco Neto de Assis (Presidente), Ana Lúcia Costa, Dinarte Schneider da Rocha, Fabiana Brauner, Jacqueline da Silva Dutra, Júlio Cesar M. Artigas, Mabel Martins Minuto, Márcia Kaster P. Vasconcelos, Patrícia Guimarães Cavada, Ronaldo Brum Freitas e Vasco Antonio Morales.

Durante as duas gestões foi promovida uma alteração no Regimento Interno, iniciada a Gestão Estratégica por Resultados, com a definição das Diretrizes Fundamentais e do Mapa Estratégico. Foram criados: a Comissão Permanente de Avaliação de Contratos, como uma inovadora modalidade de avaliação dos Planos Operativos do processo de contratualização dos hospitais de ensino e o informativo De Olho na Saúde, veículo de divulgação do CMSPel. Foram realizados a 7ª Conferência Municipal de Saúde, o I Seminário de Saúde do Trabalhador a 8ª Conferência Municipal de Saúde, o I Fórum de Discussão sobre o Processo de Doação e Transplante de Órgãos na região sul do Rio Grande do Sul e iniciados os preparativos para a 9ª Conferência Municipal de Saúde. Foram desenvolvidas várias ações de divulgação do CMSPel na comunidade, que inclui a criação do site no domínio [www.cmspel.org.br](http://www.cmspel.org.br). Nesse contexto, foram emitidas cerca de 858 correspondências diversas e recebidas outras 1.037. Foram realizadas 103 Assembléias Gerais com uma frequência média de 68,7% dos conselheiros. Em suas ações de assegurar, através do controle social, a excelência da saúde pública, foram realizados três relatórios sobre a urgência e a emergência no Município e o Conselho teve participação ativa no Comitê da Gestão Compartilhada do Pronto Socorro de Pelotas. Foram organizadas as estatísticas disponíveis do Pronto Socorro de Pelotas e das Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) dos hospitais locais. Foi produzido o **Manual de Educação Permanente do CMSPel** e encaminhado o processo de aquisição de um automóvel, antiga reivindicação da Comissão Permanente de Fiscalização.

Acreditamos ter cumprido a missão que, por unanimidade, a Plenária deste Conselho nos foi confiada em 2005 e em 2007. Muito obrigado a todos Conselheiros.

*Os conselheiros que ocuparam a direção entre setembro de 2005 e agosto de 2009.*

## Alteração do Regimento

O Regimento Interno do CMSPel foi alterado em 2006, mas a prática diária demonstra que está necessitando de uma revisão criteriosa em alguns pontos.

O inciso III do artigo 10 e o artigo 12, por exemplo, são conflitantes:

Art. 10 – Os conselheiros, integrantes do CMSPel, perderão a representação no plenário do órgão, entidade ou instituição, nos seguintes casos:

- I. por superveniência de causa de que resulte sua desvinculação de representação junto ao CMSPel;
- II. afastamento do município por período superior a seis meses, ressalvado o fato em que o afastamento seja motivado para exercer delegação de interesse do próprio CMSPel, aprovado por deliberação do Plenário.
- III. **Quando não comparecer, por três reuniões ordinárias consecutivas ou seis reuniões ordinárias intercaladas no período de um ano.**

Art. 11 – O conselheiro, do CMSPel, que concorrer a cargo eletivo nas esferas federal, estadual e municipal deverá licenciar-se de sua representação, no espaço de 6 (seis) meses anterior ao pleito.

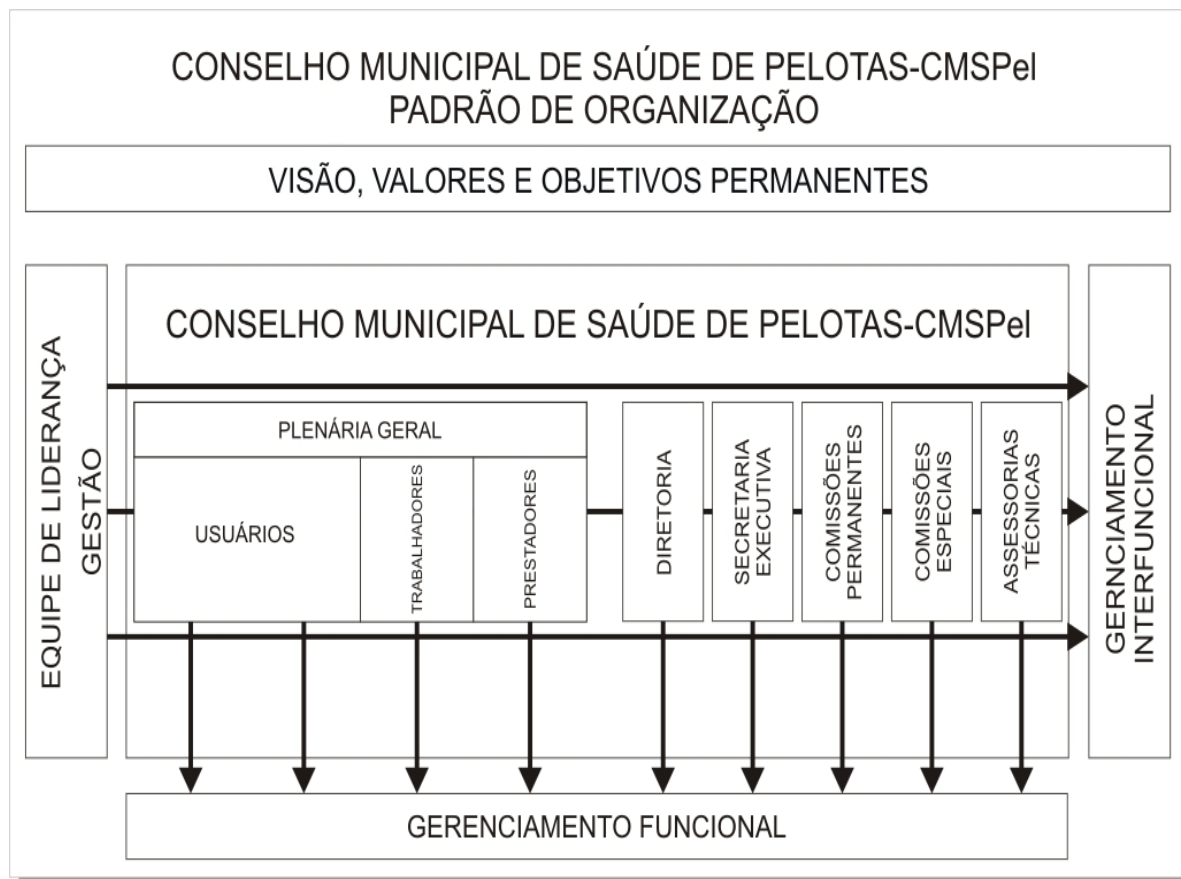
Art. 12 – **O órgão, entidade ou instituição que não estiver representada por nenhum de seus indicados em duas reuniões ordinárias consecutivas ou a cinco ordinárias intercaladas num prazo de quatro meses, deverá substituir os mesmos, em 15 (quinze) dias, depois de comunicado por escrito pela Direção ou por delegação do Plenário.**

O parágrafo 3º do Artigo 18 está completamente fora do contexto. O artigo trata das plenárias e o referido parágrafo diz: Parágrafo 3º – A proposta de alteração deste Regimento será incluída na pauta com 30 (trinta) dias de antecedência.

## A Gestão Estratégica por Resultados - GER

Em 2007 foi realizado um intenso trabalho com a participação de vários conselheiros, com aprovação em plenária em todas as suas fases, para a implantação da Gestão Estratégica por Resultados como instrumento do gerenciamento estratégico do CMSPel. Este trabalho ainda não está completo. Os planos de ação não foram totalmente implementados por falta de pessoal com mais dedicação ao Conselho, fato que foi acirrado com a diminuição de pessoal efetivo na Secretaria Executiva.

A Figura 1 apresenta a Visão Sistêmica do Padrão de Organização do CMSPel, que busca identificar o seu funcionamento para viabilizar a implementação dos fundamentos do sistema gerencial proposto - a Gestão Estratégica por Resultados (GER).



**Figura 1 – Padrão de Organização Sistêmica do CMSPel.**

O fator preponderante nesse sistema é a Declaração de **Visão, Valores, Missão e Objetivos Permanentes** (página seguinte), que se posiciona acima da Estrutura Organizacional, atuando como um “guarda-chuva” do Conselho. Este guarda chuva, além de proteger o Conselho das “intempéries e do mau tempo” que, eventualmente, poderão perturbar a sua vida, atua também como uma bússola que aponta o rumo para onde o CMSPel deverá se dirigir para assegurar a sua condição de guardião da Saúde do Município de Pelotas.

### **Visão Estratégica**

**Visão Estratégica** é o desdobramento da **Visão** em uma dimensão temporal, ou uma etapa desta que se entende deva ser realizada prioritariamente. Identifica, em outras palavras, o que o CMSPel deseja realizar ou materializar, como uma primeira etapa da sua Visão Permanente: **Ser referência no controle social e no acesso à saúde**. É a diretriz para a realização do Planejamento das Estratégias ou do Mapa Estratégico utilizando a ferramenta de gestão Balanced Scorecard.

---

Visão Estratégica para o ano de 2009: **QUE TODOS OS USUÁRIOS, TRABALHADORES, PRESTADORES E GESTORES RECONHEÇAM NO CONTROLE SOCIAL O CAMINHO PARA O EFETIVO FORTALECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO SUS.**

---

## Diretrizes fundamentais do CMSPel: Visão, Valores, Missão e Objetivos Permanentes

| Diretriz                     | Definição   |  |
|------------------------------|---|--|
| <b>VISÃO</b>                 | o que acreditamos realizar, representando o estado da alma do Conselho em uma condição de plena e completa satisfação:<br><b>SER REFERÊNCIA NO CONTROLE SOCIAL E NO ACESSO À SAÚDE.</b>   |  |
| <b>VALORES</b>               | os princípios que sustentam a <b>VISÃO</b> . Acreditamos que fora dos Valores, não há como realizar a <b>VISÃO</b> ;  |  |
|                              | <b>SOLIDARIEDADE</b>  | Integração, cumplicidade e aproximação com a sociedade.  |
|                              | <b>ÉTICA</b>  | Transparência, honestidade e respeito em todas as ações.   |
|                              | <b>JUSTIÇA</b>  | Responsabilidade social, seguindo os princípios do SUS.  |
|                              | <b>COMPETÊNCIA</b>  | Plena capacidade para o alcance dos objetivos do Conselho.   |
|                              | <b>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>   | Valorização e responsabilização dos conselheiros e comunidade.   |
|                              | <b>PRINCÍPIOS DO SUS</b>  | Eqüidade, integralidade e universalidade das ações em saúde.   |
|                              | <b>QUALIDADE</b>  | Melhoria contínua na oferta dos serviços.  |
| <b>MISSÃO</b>                | o caminho ou o modo pelo qual realizamos a <b>VISÃO</b> : Assegurar, através do controle social, a excelência da saúde pública, informando, conscientizando, propondo e fiscalizando políticas para provocar mudanças de comportamento da sociedade e estado. |  |
| <b>OBJETIVOS PERMANENTES</b> | como a <b>VISÃO</b> beneficia ou se manifesta em relação às Partes Interessadas, quais sejam, Usuários, Trabalhadores em Saúde, Prestadores de Serviços ao SUS, Gestores (Governo) e Conselheiros.  |  |
|                              | <b>USUÁRIOS</b>   | Estabelecer canais de comunicação com a comunidade para o efetivo Controle Social, construindo redes de proteção na sociedade. |
|                              | <b>TRABALHADORES</b>  | Estimular a valorização, o comprometimento e a educação permanente para o trabalho no SUS.                                     |
|                              | <b>PRESTADORES</b>  | Estimular a busca de serviços de excelência com transparência para a sociedade.  |
|                              | <b>GESTORES</b>   | Estimular a otimização dos recursos para atender aos princípios do SUS.  |
|                              | <b>CONSELHEIROS</b>   | Promover e estimular a educação permanente para a atuação crítica e responsável.   |

### Mapa Estratégico

O Mapa Estratégico finaliza a etapa de definição da Visão Estratégica. Representa a maneira pela qual a estratégia é implementada. É um diagrama, que identifica os principais Objetivos Estratégicos e estabelece entre eles relações de interdependência. Os Objetivos Estratégicos

representam o que deve ser alcançado ou o que é imprescindível para se chegar aos resultados esperados. São desdobrados em INICIATIVAS e PLANOS DE AÇÃO, que se alinham com a Estratégia pelos INDICADORES DE DESEMPENHO, quantificados por METAS. O alcance ou não das METAS mede o Desempenho da Estratégia, e permitem avaliar a eficácia da Gestão da Estratégia. As INICIATIVAS representam as estratégias tático operacionais; os PLANOS DE AÇÃO representam as ações propriamente ditas, ou seja, a estratégia levada aos níveis operacionais. Em outras palavras, são as ações que devem ser desenvolvidas para que os objetivos sejam alcançados e as metas atingidas.

O BSC é um modelo de gestão baseado em quatro perspectivas, que no caso do CMSPel as apresentada no quadro a seguir. Dentro de cada perspectiva são definidas as Competências Essenciais, ou seja, as competências que devem ser desenvolvidas pelo CMSPel através dos seus membros, para que a Visão Estratégica seja realizada. As Competências Essenciais e identificam, ou constituem os Objetivos Estratégicos definidos no Mapa Estratégico:

| PERSPECTIVA  | Competências Essenciais  |
|--|--|
| <b>DOS RESULTADOS:</b> Para realizarmos nossa Visão Estratégica que resultados nós precisaremos obter?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ter instituída no âmbito do Município a Rede de Assistência Social</li> <li>✓ Ter a totalidade dos conselheiros em processo de Educação Permanente</li> <li>✓ Ter sob controle o Fluxo de Recursos no Fundo Municipal de Saúde</li> <li>✓ Ter sob Controle Sistemático a execução do Plano Municipal de Saúde</li> </ul>  |
| <b>DOS PROCESSOS INTERNOS:</b> Para alcançarmos nossa Visão Estratégica, que necessidades de nossos “clientes” deverão ter satisfeitos?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegurar estrutura de apoio às atividades do CMSPel;</li> <li>✓ Aprimorar o Sistema de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde;</li> <li>✓ Fortalecer os Conselhos Locais para o efetivo fortalecimento da Rede de Controle Social;</li> <li>✓ Desenvolver Sistemas de Controle do Fluxo de Recursos no Fundo Municipal de Saúde;</li> <li>✓ Implementar Sistema de Acompanhamento do Plano Municipal de Saúde</li> </ul> |
| <b>DA COMUNIDADE E DOS USUÁRIOS DO SISTEMA:</b> Para satisfazermos os nossos “clientes” em que Processos Internos (as atividades realizadas regularmente, no dia a dia, para que o CMSPel realize a sua Visão) deveremos alcançar excelência?                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a educação popular em saúde;</li> <li>✓ Melhorar a Resolutividade, Integralidade e Acesso;</li> <li>✓ Prezar pela Qualidade dos Serviços;</li> <li>✓ Aperfeiçoar o comprometimento ético com o SUS por parte dos trabalhadores;</li> <li>✓ Primar pela Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS</li> </ul>   |
| <b>DO APRENDIZADO:</b> Para realizarmos nossa Visão Estratégica, como sustentaremos nossa capacidade de mudar e melhorar? Esta perspectiva descreve como as pessoas, a tecnologia e a cultura do CMSPel vão se desenvolver para dar suporte para as três perspectivas anteriores | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecimento do SUS;</li> <li>✓ Conhecimento do Controle Social;</li> <li>✓ Conhecimento do Sistema de Saúde do Município;</li> <li>✓ Desenvolvimento da Participação Solidária;</li> <li>✓ Desenvolvimento da Articulação Intersetorial;</li> <li>✓ Educação Permanente com Aprendizagem Significativa;</li> <li>✓ Comprometimento com a Visão, Valores, Missão e Visão Estratégica</li> </ul>                               |

O Mapa Estratégico finaliza a etapa de definição da Visão Estratégica do CMSPel. Os Objetivos Estratégicos são as elipses apresentadas na Figura 3. O meio pelo qual o CMSPel

realizará a sua Visão Estratégica, está definido no Mapa Estratégico no qual os Objetivos Estratégicos estão relacionados entre si, por relações de interdependência – as setas em curva. Neste contexto, os Objetivos Estratégicos da Perspectiva do Aprendizado são as forças propulsoras dos Objetivos Estratégicos da Perspectiva dos Processos Internos, que são a causa dos Objetivos Estratégicos da Perspectiva Comunidade e dos Usuários do Sistema dos Usuários e assim por diante. O Mapa Estratégico é um instrumento que pretende conduzir o CMSPel a: a) pensar mais no todo do que nas partes; b) enfatizar mais os relacionamentos do que os “objetos”; c) promover o entendimento da realidade como *redes* no lugar de hierarquias; d) focalizar a dinâmica dos processos adjacentes em vez de estruturas estáticas.

É importante destacar que os objetivos gerais de cada perspectiva foram agrupados em um objetivo maior desta perspectiva. Assim, os objetivos maiores de cada uma delas foram assim definidos:

- ✓ Perspectiva do Aprendizado: EDUCAR PARA FORTALECER O CONTROLE SOCIAL;
- ✓ Perspectiva dos Processos Internos: PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DO CONTROLE SOCIAL;
- ✓ Perspectiva da Comunidade e dos Usuários do Sistema: PROMOVER A EXCELÊNCIA DOS SERVIÇOS;
- ✓ Perspectivas dos Resultados: PROMOVER A CONSOLIDAÇÃO DO SUS.

Dentro de cada perspectiva, alguns objetivos também foram agrupados em “pequenas caixas” que contém um objetivo coletivo. O critério de agrupamento foi o da similaridade das ações que ensejam.

---

**Recomenda-se que se continue com o processo de implantação da Gestão Estratégica por Resultados com a atribuição de tarefas específicas aos conselheiros que se voluntariarem para o desdobramento dos Objetivos Estratégicos em INICIATIVAS e PLANOS DE AÇÃO, que se alinham com a Estratégia pelos INDICADORES DE DESEMPENHO, quantificados por METAS. Os Planos de Ação representam as ações propriamente ditas, ou seja, a estratégia levada aos níveis operacionais. O Eng. Fernando Oscar Geib, que orientou a implementação da GER no CMSPel se dispõe a retomar a orientação, inicialmente, sem custos. Deve ser considerado que esta foi uma iniciativa pioneira no Brasil no contexto das instituições de Controle Social e a sua plena implantação poderá colocar o Conselho no seu verdadeiro papel de gestor estratégico da saúde do Município.**

---

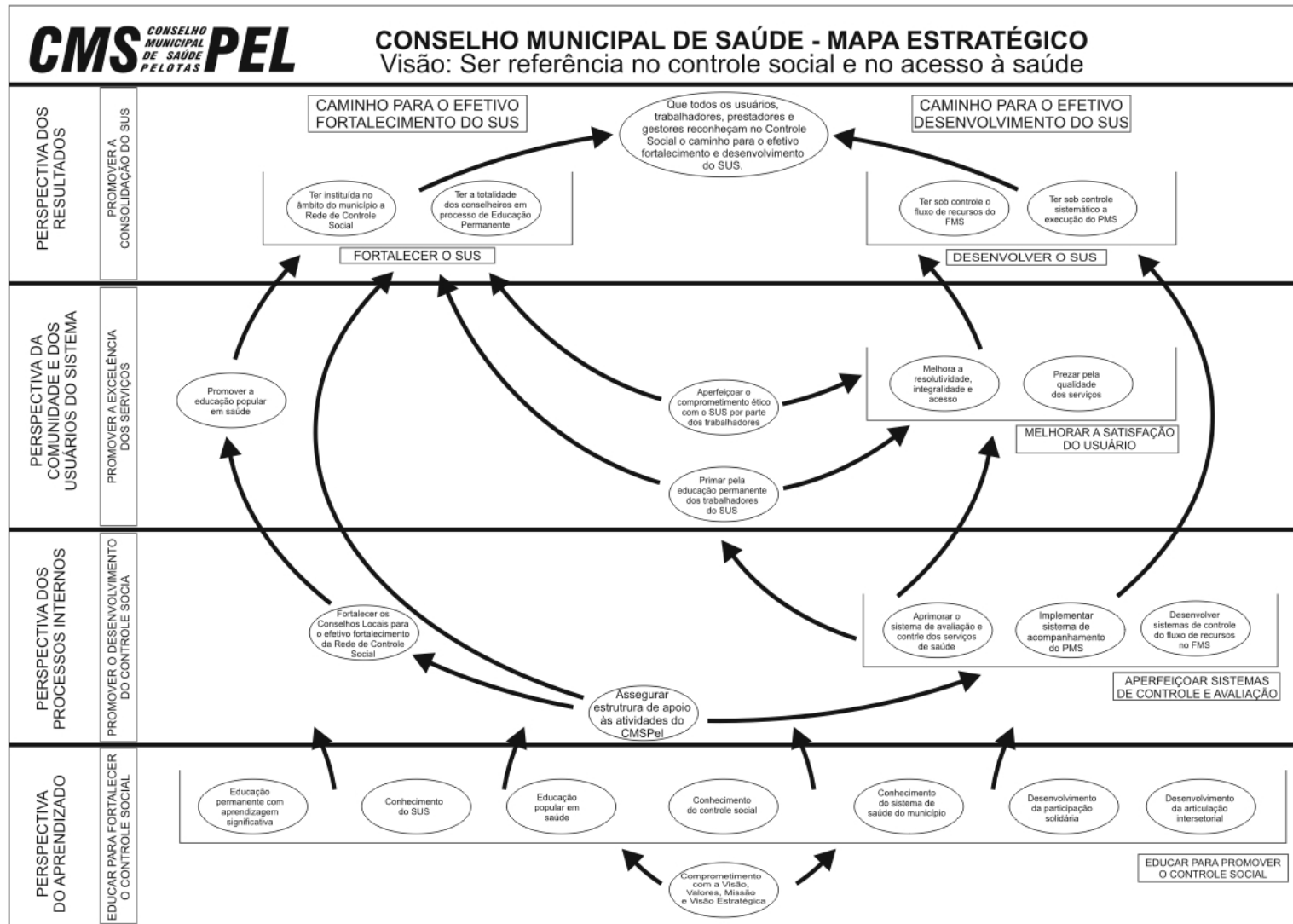


Figura 2 – MAPA ESTRATÉGICO do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

## Criação do Site no domínio www.cmspel.org.br

A criação do site no domínio cmspel.org.br, cuja página principal é mostrada na Figura 3 é uma das ações previstas na Gestão Estratégica por Resultados. A dificuldade de registro de domínio próprio na entidade gestora da internet no Brasil, dado que o CMSPel não tem personalidade jurídica, foi sanada com a cessão do CNPJ de uma entidades componentes do CMSPel, a ADOTE – Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos.

O site contém as informações básicas sobre o Conselho (historia do CMSPEL, Atribuições, regimento interno, Composição plenário, etc.), bem como as atas de 2003 a 2008 e outros documentos importantes.

**CMSPEL** CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE PELOTAS

apresentação | calendário | deliberações | legislação | educação permanente | documentos | links | principal

**Links imediatos**

- gov.br
- Saúde - Ministério da Saúde
- CONSELHO SAUDE GOV BR
- DATASUS
- CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
- Prefeitura de Pelotas

**CMSPEL**

**apresentação**

- historia do CMSPEL
- atribuições
- regimento interno
- composição plenário
- comissões
- gestão estratégica

**calendário**

**deliberações**

- atas
- deliberações
- moções
- recomendações
- resoluções

**legislação**

**educação permanente**

**documentos**

**links**

**fale conosco**

**mapa do site**

**CMSPEL - Diretrizes Fundamentais**

**VISÃO:**  
Ser referência no controle social e no acesso à saúde.

**VALORES:**  
Solidariedade, Ética, Justiça, Competência, Educação Permanente em Saúde, Princípios do SUS, Qualidade.

**MISSÃO:**  
Assegurar, através do Controle Social, a excelência da saúde pública, informando, conscientizando, propondo e fiscalizando políticas para provocar mudanças de comportamento da sociedade e Estado.

**OBJETIVOS PERMANENTES:**

- USUÁRIOS:** Estabelecer canais de comunicação com a comunidade para o efetivo Controle Social, construindo redes de proteção na sociedade.
- TRABALHADORES:** Estimular a valorização, o comprometimento e a educação permanente para o trabalho no SUS.
- PRESTADORES:** Estimular a busca de serviços de excelência com transparência para a sociedade.
- GESTORES:** Estimular a otimização dos recursos para atender aos princípios do SUS.
- CONSELHEIROS:** Promover e estimular a educação permanente para a atuação crítica e responsável.

Faça uma busca por notícias na área de saúde

Google News Agência Brasil YAHOO!

Melhor visualizado em IE

Tempo em Pelotas  
sábado domingo

Figura 3 – Homepage do site do CMSPel no domínio www.cmspel.org.br

Recomenda-se que seja treinado um funcionário para atualizar o site ou que se atribua essa função a um conselheiro com a devida habilidade para a tarefa. Alternativamente, poderia também ser estabelecida parceria com as universidades para viabilizar a participação de estudantes de design e/ou comunicação social com assessoria de programadores de WEB.

## Criação da CPAC com nova modalidade de avaliação dos hospitais de ensino contratualizados.

As portarias ministeriais que tratam do processo de contratualização estabelecem que aqueles Hospitais certificados como Hospital de Ensino, ou seja, que atenderem aos critérios e documentos mínimos exigidos pela Portarias 1000 e 1005, devem assinar um contrato com o gestor estadual ou municipal da saúde, fixando metas e indicadores do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar. Estas metas e indicadores devem ser acompanhadas por Conselho Gestor, no caso de entidade pública, ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos, nas entidades privadas. O CMSPel tomou para si (Ata 05/2006 de 02/03/2006; Ata 07/2006 de 30/03/2006) como uma das ações da Gestão Estratégica por Resultados (Ata 03/2007 de 08/03/2007) a tarefa de formar a CPAC, para acompanhar e atestar o processo de contratualização do Hospital Escola da UFPel e do Hospital Universitário São Francisco de Paula da UCPel.

O Papel da CPAC é o de avaliar o processo de contratualização entre a SMS e os hospitais de ensino em termos de metas qualitativas e quantitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar, com base nos dados fornecidos pelo Departamento de Controle e Avaliação da SMS, pelo próprio Hospital e aferidos pela Comissão. A CPAC adotou como critério de avaliação os indicadores preconizados pela Portaria GM 2369/2004.

A CPAC realiza duas avaliações: qualitativa e quantitativa. Na avaliação qualitativa considera indicadores preconizados na Portaria 2369/2004 e na quantitativa os indicadores são representados pela produção de serviço, como exemplificado na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Produção de procedimentos ambulatoriais (a) e hospitalares (b) de baixa complexidade (contratualizados) por dois hospitais universitários de Pelotas no período de julho de 2008 a junho de 2009. Valores acumulados. **Fonte:** CPAC-CMSPel (Comissão Permanente de Avaliação de Contratos do Conselho Municipal de Saúde)

### (a) Ambulatoriais

| Grupos        | HUSFP          |                |             | HEUFPel        |               |             |
|---------------|----------------|----------------|-------------|----------------|---------------|-------------|
|               | Meta           | Realizado      | % Realizado | Meta           | Realizado     | % Realizado |
| Grupo 1       | -              | -              | -           | -              | -             | -           |
| Grupo 2       | 331.203        | 325.943        | 98,4        | 98.506         | 64.179        | 65,2        |
| Grupo 3       | 91.176         | 58.581         | 64,3        | 39.533         | 23.222        | 58,7        |
| Grupo 4       | 2.448          | 1.851          | 75,6        | 1.176          | 251           | 21,3        |
| Grupo 5       | -              | -              | -           | -              | -             | -           |
| Grupo 6       | -              | -              | -           | -              | -             | -           |
| Grupo 7       | -              | -              | -           | 14             | -             | -           |
| Grupo 8       | -              | -              | -           | -              | -             | -           |
| <b>Totais</b> | <b>424.827</b> | <b>386.375</b> | <b>90,9</b> | <b>139.229</b> | <b>87.652</b> | <b>63,0</b> |

**(b) Hospitalares**

| Especialidades       | HUSFP        |              |             | HEUFPel      |              |             |
|----------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
|                      | Meta         | Realizado    | % Realizado | Meta         | Realizado    | % Realizado |
| Cirúrgico            | 3.228        | 3.159        | 97,9        | 1.080        | 914          | 84,6        |
| Obstétricos          | 2.255        | 1.669        | 74,0        | 2.460        | 1.033        | 42,0        |
| Clínico              | 1.870        | 2.143        | 114,6       | 996          | 836          | 83,9        |
| Psiquiatria          | 44           | 31           | 70,5        | -            | -            | -           |
| Pneum. San.          | -            | -            | -           | -            | -            | -           |
| Pediátricos          | 1.111        | 946          | 85,1        | 672          | 567          | 84,4        |
| Leito Dia/Aids       | -            | -            | -           | -            | -            | -           |
| Leito Dia/Cirúrgicos | -            | -            | -           | -            | 82           | -           |
| <b>Totais</b>        | <b>8.508</b> | <b>7.948</b> | <b>93,4</b> | <b>5.208</b> | <b>3.432</b> | <b>65,9</b> |

**Recomenda-se a manutenção da CPAC vinculada ao CMSPel e a inclusão dos hospitais filantrópicos no seu processo de avaliação.**

**Criação do informativo De Olho na Saúde.**

de olho na saúde

O informativo **De Olho na Saúde** começou a ser veiculado em janeiro de 2008 e já atingiu no mês de agosto de 2009 o número 35. É editado nas datas das Assembléias Gerais Ordinárias, publicando o resumo das notícias dos jornais do período, o resumo das correspondências recebidas e enviadas pelo CMSPel, os pareceres das comissões encaminhados para as Assembléias, bem como artigos de interesse da área da saúde, publicados em outros informativos e/ou assinados por conselheiros.

**Recomenda-se que se continue com o informativo De Olho na Saúde e que se entre em contato com o Curso de Comunicação da UCPel para disponibilizar um estagiário para editá-lo de forma mais atrativa. Recomenda-se também que seja distribuído fora do âmbito do CMSPel.**

**Realização da 7ª Conferência Municipal de Saúde.**

A VII Conferência Municipal de Saúde - Valorizando a Atenção Básica, o SUS que queremos começa bem aqui, foi realizada entre os dias 16 e 17 de dezembro de 2005 no Auditório da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas, quando foram apresentadas, discutidas e aprovadas as

seguintes Propostas e Moções:

### **GESTÃO**

- ✓ Que o Conselho Municipal de Saúde junto com a Secretaria Municipal de Saúde discuta e elaborem, no prazo de 90 dias, o Plano Municipal de Saúde.
- ✓ Que sejam construídas e/ou reformadas as UBS dotando-as com infra-estrutura adequada, inclusive mobiliário, insumos e serviços para o serviço a que se destinam e que sejam efetuadas por ordem de prioridade e com cronograma discutido com a comunidade.
- ✓ Que seja assegurada uma assistência farmacêutica técnica e cientificamente fundamentada, com critérios de equidade, qualidade, efetividade, para suporte das ações de diagnóstico tratamento e prevenção da saúde, com uso racional dos medicamentos, enfocando as necessidades do paciente e da comunidade em prol da saúde e melhor qualidade de vida.
- ✓ Que seja implantado um sistema de gestão (planejamento, gerenciamento, acompanhamento e informação e avaliação) para referência e contra-referência de atendimento definindo competências a avaliando as ações desenvolvidas.
- ✓ Que seja implementado o serviço de controle, avaliação e fiscalização das UBS e dos prestadores conveniadas identificando as irregularidades e tomando providências, para garantir maior qualidade na assistência prestada sem diferenciação entre o setor público e/ou conveniado.
- ✓ Que seja exigido o cumprimento da legislação no que diz respeito ao horário dos profissionais sem nenhuma exceção inclusive dos cargos de chefia e comissionados em todas as UBS, com fixação de informativos em local visível, com nome do profissional, função e horário de trabalho e aplicação das punições previstas na legislação municipal, nos casos cabíveis.
- ✓ Que se intensifique o desenvolvimento de ações para a implementação do Programa de Saúde bucal em todas as UBS com horário adequado as necessidades da comunidade.
- ✓ Que seja viabilizado um sistema de co-gestão federal, estadual e municipal no sentido de garantir recursos financeiros para o pleno funcionamento do Pronto Socorro Regional.
- ✓ Que seja implementado atendimento médico nas UBS nos períodos da manhã e tarde e implantando o terceiro turno de funcionamento, considerando as necessidades de cada área.
- ✓ Que seja implementado e, efetivamente, funcione a central de consultas referenciadas e de leitos hospitalares e que a secretaria fiscalize o cumprimento do contratado.
- ✓ Que a Secretaria Municipal de Saúde funcione em dois turnos.
- ✓ Que seja criado o "DISQUE-SAÚDE MUNICIPAL" para receber denúncias de todos os agravos em saúde e encaminhar soluções de forma articulada com todas as Secretarias e Autarquias Municipais.
- ✓ Que seja implantado um sistema informatizado em rede de receituário e prontuário para evitar duplicidade de procedimentos entre UBS e Pronto Socorro.
- ✓ Que seja agilizado o cadastramento da população usuária do SUS, através do Cartão SUS.

- ✓ Que seja, efetivamente, implementado o Plano de Ações e Metas da Saúde Mental já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.
- ✓ Que sejam implantadas unidades de saúde com Pronto Atendimento nos bairros e área rural 24 horas racionalizando assim o fluxo para o Pronto Socorro
- ✓ Que seja garantido o abastecimento de medicamentos básicos para a população com disponibilidade na Farmácia Municipal e UBS através da melhoria no planejamento do sistema de aquisição destes.
- ✓ Que seja adequada a marcação das consultas nas UBS, de acordo com a necessidade local em concordância com a comunidade.
- ✓ Que as UBS sejam equipadas com equipamentos de emergência e Recursos Humanos capacitados para fazer a triagem e o acolhimento de pacientes nas UBS com vistas aos atendimentos de urgências e emergência, que seja garantindo a manutenção do mesmo.
- ✓ Que sejam implementadas ações de segurança das UBS com a presença de guarda, alarme ou grades cercado a Unidade.
- ✓ Que seja implementada a proibição de fumar nas dependências das UBS, conforme legislação.
- ✓ Que seja implantado o Serviço Municipal de Radiologia contemplando Radiologia Odontológica
- ✓ Que sejam ampliadas as equipes do PID, atendendo, prioritariamente, os idosos e pacientes com patologias crônicas e atendendo área Rural, bem como o seu credenciamento legal.
- ✓ Que sejam reavaliados de imediato os contratos com os prestadores de serviços ao SUS no município, respeitando os princípios da Lei Orgânica da Saúde.
- ✓ Que a Secretaria Municipal de Saúde crie e apresente ao Conselho Municipal de Saúde normas e rotinas para os profissionais que trabalham na mesma.
- ✓ Que sejam feitas melhorias e qualificação do Serviço de Vigilância em Saúde, implantação de fato da Vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme Portaria 3120/98.
- ✓ Que sejam implantados ações efetivas para acompanhar o trabalho das equipes técnicas da Secretaria de Saúde e que tanto prestadores trabalhadores e usuários tenham conhecimento das mesmas.
- ✓ Que sejam implantados em todos os locais de atendimento sistemas de avaliação e auto-avaliação do atendimento, por parte do usuário, trabalhador, prestador e gestor, a serem abalizados por uma equipe formada pelo gestor e controle social.

#### **RECURSOS HUMANOS**

- ✓ Que sejam desenvolvidas ações de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde visando melhoria da competência técnica e humanização do atendimento através da educação permanente.
- ✓ Que sejam estudados e implantados critérios de incentivo ao bom desempenho profissional e cálculos com base no salário de referência do Município.
- ✓ Que seja melhorada a distribuição de todos os trabalhadores na rede municipal, adequando à realidade e necessidades das UBS.
- ✓ Que o(a) enfermeiro(a) possa prescrever medicamentos conforme programas e protocolos.

- ✓ Que seja aumentado o número de trabalhadores de maior demanda no SUS contemplando a qualidade dos serviços.
- ✓ Que se exija do Ministério da Saúde a instituição dos núcleos de ação integral em apoio ao PSF, com financiamento próprio, conforme projeto do Ministério da Saúde.
- ✓ Que se implemente a MOB/RH-SUS
- ✓ Que sejam ampliados os atendimentos em Fonoaudiologia, Serviço Social e Psicologia, através da contratação de mais profissionais, de forma a atender a demanda da comunidade com qualidade, bem como se adequando as estruturas de atendimento e equipamentos.

### **CONTROLE SOCIAL**

- ✓ Que a Secretaria Municipal de Saúde, mantenha autonomia financeira ao Conselho Municipal de Saúde, garantindo no orçamento do Fundo Municipal de Saúde mais recursos para sua manutenção e melhor desempenho de suas funções (incluindo transporte para a fiscalização).
- ✓ Que sejam implementadas ações para a capacitação e ou atualização dos Conselheiros de Saúde para o exercício de seu papel, através de Oficinas, Cursos e Seminários periódicos, promovidos em parceria com o gestor e/ou outras instâncias do Controle Social.
- ✓ Que seja, efetivamente, criada uma Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, responsável pela articulação entre os Conselheiros e comunidade pelo encaminhamento das atividades definidas nas plenárias: pela análise de documentos e propostas, apuração de denúncias e respostas das reivindicações.
- ✓ Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde definam estratégias de divulgação que possibilitem um maior esclarecimento da população sobre os serviços de Saúde prestados pelo Município.
- ✓ Que o Conselho Municipal de Saúde encaminhe ao Ministério Público a solicitação de regulamentação conforme Lei específica da Gestão do Fundo Municipal de Saúde.
- ✓ Que o Secretário Municipal de Saúde participe, efetivamente, dos eventos do Conselho Municipal de Saúde bem como estabeleça e execute um calendário de visita junto as UBS para avaliar e, constatar a deficiência da mesma e viabilizar providências.
- ✓ Que sejam divulgadas massivamente as funções e deliberações do Conselho Municipal de Saúde.
- ✓ Que o Conselho Municipal de Saúde acompanhe e assessorie os Conselhos Locais com o intuito de fortalecê-los.
- ✓ Que seja incentivada a formação dos Conselhos Locais com participação nas reuniões mensais da Unidade de Saúde, reforçando o Controle Social.
- ✓ Que seja destinada verba específica para o desenvolvimento de ações de informação da população sobre o funcionamento do SUS e divulgação de direitos e deveres dos usuários.
- ✓ Que todos os prestadores de serviços ao SUS, públicos ou conveniados, disponibilize espaço em seus locais de atividade para informações relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde (Endereço e Telefone para sugestões e denúncias).

- ✓ Que seja disponibilizada nas UBS uma urna permanente para recebimento de denúncias e sugestões, que sejam analisados pelo Conselho Municipal de Saúde para encaminhamentos e soluções junto a Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Que a comunidade seja mais informada quanto ao preenchimento das Fichas de Atendimento Ambulatorial, através de informativos afixados nos locais de atividade.

## Realização da 8ª Conferência Municipal de Saúde.



A 8ª Conferência Municipal de Saúde foi realizada entre os dias 27 e 28 de julho de 2007 com o tema **Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento**, com os eixos:

- ✓ Desenvolvimento da Cidadania e Fortalecimento do Controle Social
- ✓ Melhoria das Condições de Trabalho e Desprecarização dos Recursos Humanos
- ✓ Estruturação da Gestão Intra e Intersetorial

Mereceu destaque dentro da programação da 8ª Conferência a Mesa Redonda **“Saúde e Qualidade de Vida”** com a participação de quase todas as secretarias de governo do Município de Pelotas.

Foram as seguintes as recomendações da 8ª Conferência Municipal de Saúde, muitas das quais ainda não implementadas:

### OITAVA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RELATÓRIO FINAL

#### Grupo 1 - Desenvolvimento da Cidadania e Fortalecimento do Controle Social

- ✓ Que sejam desenvolvidas ações para o efetivo estabelecimento de uma rede de controle social articulada com a mobilização dos Conselhos Gestores e Conselhos Distritais com orientação à comunidade de como participar do controle social de forma voluntária através das associações de bairro e demais associações e movimentos comunitários enfatizando a participação do CMS nos conselhos distritais.
- ✓ Que sejam priorizadas as ações globais e políticas de saúde pública que beneficiem essencialmente os usuários e trabalhadores do sistema, priorizando ações preventivas, vendo o indivíduo na sua integralidade, respeitando peculiaridades regionais e que haja divulgação das políticas de saúde para a comunidade
- ✓ Que além de definidos e divulgados com clareza e transparência os critérios para a liberação de passes de ônibus seja estabelecida interlocução imediata com as áreas de cidadania e transportes para discussão e modificação dos critérios com atenção especial aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes e outras patologias crônicas validando as condutas e encaminhamentos dos membros de equipe multidisciplinar.

- ✓ Proporcionar educação permanente aos conselheiros de saúde e usuários do SUS.
- ✓ Fortalecer e proporcionar meios necessários para maior agilidade da comissão fiscalizadora do CMS.
- ✓ Exigir cumprimento da Lei Municipal que fala da obrigatoriedade da lotação e horário de todas as equipes de UBS e CAPS.
- ✓ Maior divulgação e estimulação por parte do CMS e SMS para a participação de usuários e trabalhadores nas conferências de saúde.
- ✓ Desenvolver políticas de humanização para os trabalhadores e serviços de saúde.
- ✓ Que se inclua no currículo escolar público e das faculdades em geral a discussão dos direitos e deveres do cidadão contemplando o SUS
- ✓ Que seja retomada pelo ministério de educação e MS do projeto VERSUS, com vistas a promover a interdisciplinaridade e propagação do SUS no meio acadêmico.
- ✓ Que os conteúdos de educação em saúde e a rede municipal do SUS faça parte do currículo dos alunos do ensino fundamental e médio do município de Pelotas.
- ✓ Que sejam implementadas de fato as propostas tiradas nas conferências de saúde

## **Grupo 2 - Melhoria das Condições de Trabalho e Desprecarização dos Recursos Humanos**

- ✓ Desenvolver ações para a efetiva qualificação e valorização dos recursos humanos da saúde e exigindo total cumprimento entre as partes na rede de atendimento da saúde pública. Melhoria das condições de trabalho e desprecarização dos recursos humanos. Qualificação da gestão, especificamente, na atenção básica. Discussão junto ao controle social de normatização dos critérios de formação dos profissionais de níveis técnicos e superior com ênfase nas necessidades do SUS. Criação de Plano de cargos, carreira e salários do SUS valorizando a formação para a saúde pública.
- ✓ Resolver em prazo curto a problemática de contratação de pessoal para todos os serviços de saúde da rede pública municipal, entre os quais ESF, SAMU e Pronto Socorro, CAPS, UBS e outros, com contratação que inclua critérios claros de concurso ou seleção pública considerando perfil profissional e qualificação.
- ✓ Que sejam definidos critérios claros e estratégias tanto para utilização de ambulância para remoção como dos veículos de utilização geral da SMS, além de humanização do serviço SAMU. Os critérios deverão ser construídos com participação do controle social e do ministério público sendo os critérios divulgados educando a população para o uso correto dos serviços.
- ✓ Equipar as Unidades de Saúde com as condições físicas adequadas, equipamentos e materiais necessários, incluindo segurança para a garantia dessas instalações e equipe completa.
- ✓ Exigir das universidades e dos conselhos profissionais da área da saúde, reestruturação curricular voltada para uma formação que contemple as diretrizes e necessidades do SUS.
- ✓ Incluir nos currículos dos alunos de ensino fundamental e médio, discussões dos direitos e deveres do cidadão, incluindo o SUS.
- ✓ Rediscutir no CMSPel o funcionamento da rede de saúde mental.
- ✓ Implantação de plano de carreira para servidor da saúde.
- ✓ Relacionar com a política de RH condigna, isonomia salarial entre as mesmas categorias de profissionais nos níveis federal, estadual e municipal e

estabelecimento urgente e imediato de planos e cargos de salário do SUS, conforme artigo 39 parágrafo 1º da Constituição Federal que estabelece o princípio da isonomia.

### **Grupo 3 - Estruturação da Gestão Intra e Intersetorial**

- ✓ Que seja efetivamente implantada uma política de assistência farmacêutica com mecanismos de regulação claros e bem definidos, visando a solucionar os problemas de falta, má distribuição geográfica e sazonal, desperdício, protocolo de prescrição e falhas no processo de licitação, instrumentalizando as Unidades de Saúde com a contratação dos profissionais necessários e sistema de informação e segurança.
- ✓ Implantar em prazo curto sistema de regulação de consultas, exames e outros procedimentos com protocolos claros e bem divulgados na rede de atendimento da saúde pública.
- ✓ Que sejam implantadas formas e práticas de interlocução (reuniões, boletins, intranet, etc.) como caminho para a intra e intersetorialidade na gestão, no planejamento e execução dos serviços de saúde, incluindo outros setores da gestão municipal além da saúde.
- ✓ Que seja garantida a inserção de um código no sistema de cadastro SIA/SUS, referente às ações dos agentes redutores de danos, em específico visando com isso um maior controle das ações de prevenção e de promoção de saúde na rede de atenção básica.
- ✓ Que seja garantido o sistema de referência e contra-referência.
- ✓ Que seja criado local de atendimento aos adolescentes usuários de drogas, garantindo-lhes a inclusão social, através do tratamento interdisciplinar.
- ✓ Que seja garantido o atendimento de saúde em geral aos usuários de drogas (UBS, CAPS, etc.).
- ✓ Que seja incluído a equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família.
- ✓ Que seja garantido, efetivado e facilitado o acesso em todas as instituições que fazem parte do SUS das atividades de ensino, pesquisa para alunos de graduação e pós graduação da área da saúde.
- ✓ repasse integral dos recursos arrecadados com a CPMF, para os gastos com atenção à saúde
- ✓ Que haja imediato cumprimento da EC 29 com penalizações severas aos governantes que deixarem de cumpri-las.
- ✓ Que seja reajustado a curto prazo dos procedimentos de média complexidade desde as AIHs até exames e consultas ambulatoriais
- ✓ que o cálculo de repasses dos recursos da saúde para os municípios seja com base na necessidade local da região.
- ✓ Que seja aumentado os recursos destinados à aquisição de medicamentos para rede básica de saúde.
- ✓ que o MS adote medidas para ampliar a produção de medicamentos nas indústrias públicas de medicamentos e atenda em especial às demandas regionais com ênfase na atenção básica.
- ✓ Que seja revista a época de vacinação considerando as características climáticas da nossa região para a vacina da gripe.

- ✓ Que sejam criados mecanismos e estratégias que garantam o atendimento nas especialidades de maior demanda reprimida, entre elas vincular a alta complexidade ao atendimento ambulatorial.
- ✓ Que o Ministério da Saúde faça grande campanha de conscientização da população, em especial dos agricultores sobre a utilização de agrotóxicos e produtos químicos em razão dos grandes prejuízos que trazem à saúde.
- ✓ Que a ANVISA e as vigilâncias municipais em saúde ampliem a fiscalização no comércio de medicamentos e agrotóxicos.
- ✓ Que seja revista a curto prazo o contrato com os prestadores de serviço ao SUS do município de Pelotas
- ✓ Que a SMS intervenha de imediato para resolução do serviço de traumatologia no município de abrangência regional, conforme legislação vigente
- ✓ Que seja cobrado o funcionamento do serviço de pronto atendimento da UFPEL junto ao terminal rodoviário.
- ✓ Que seja analisada a possibilidade de criação de um serviço público de laboratório com serviço móvel para coleta de exames clínicos nas Unidades de Saúde do município, priorizando a zona rural.
- ✓ Que haja agilização de implantação do PID (programa de internação domiciliar) no município, com prioridade para pacientes crônicos, com a finalidade de dar maior rotatividade aos leitos do SUS, nos hospitais locais.
- ✓ Que se cobre da UFPEL a utilização do prédio onde se localizava o antigo Hospital Santa Tereza, reformado com recursos do SUS.
- ✓ Que seja agilizada a efetivação dos convênios do Cerest Macrosul com os municípios da região.
- ✓ Que sejam implementadas as terapias complementares na rede básica de saúde, conforme legislação.
- ✓ Que se aumente os leitos de UTI destinados ao SUS com regulação de todos os leitos da cidade pela Central de Leitos com funcionamento 24 horas.
- ✓ Que sejam contratados Engenheiros Agrônomos para compor a equipe de vigilância em saúde com a finalidade de fiscalizar o comércio de agrotóxicos e orientar os agricultores sobre a utilização do mesmo.
- ✓ Que seja reorganizada a partir de discussão e pactuação com os trabalhadores a otimização dos profissionais concursados, respondendo à necessidade de funcionamento adequado e resolutividade dos serviços de saúde do município.
- ✓ Que seja ampliada a rede de saúde mental, incluindo outros dispositivos que garantam a efetiva reforma psiquiátrica como cadastramento e regulação de leitos psiquiátricos em hospital geral com atendimento de urgência, implantação do CAPS infantil, CAPS III, e serviços residenciais terapêuticos.
- ✓ Que seja viabilizado e apoiado o CEREST na Macro Região Sul naquilo que é de responsabilidade e compromisso do município.
- ✓ Que, efetivamente, seja implantada a saúde do trabalhador no Município

Além das recomendações acima apresentadas, a 8ª Conferência Municipal de Saúde emitiu as seguintes Moções:

### **Imagens da Oitava Conferência Municipal de Saúde**



Recomenda-se que antes durante a realização da 9ª Conferência Municipal de Saúde, cuja organização está em andamento, sejam discutidas e reavaliadas as recomendações da 8ª Conferência.

## Realização do I Fórum de Discussão sobre o Processo doação e transplante de órgãos na região sul do Rio Grande do Sul.



O I Fórum de Discussão do Processo Doação e Transplante de Órgãos na Região Sul do RS, por iniciativa do CMSPel, foi realizado no dia 8 de dezembro de 2006 no Auditório da Agência da Lagoa Mirim – UFPel, tendo como “slogan”: **Doe órgãos! A vida não termina com você.**

Foi a primeira iniciativa do gênero no Município de Pelotas e emitiu o seguinte relatório com recomendações:

No dia 08 de dezembro de 2006, às 08 horas, reuniram-se no Auditório da Agência da Lagoa Mirim, à Rua Gonçalves Chaves, 447, em Pelotas, as pessoas relacionadas na lista de presença anexa, que se inscreveram para o “I Fórum de Discussão do Processo Doação e Transplante de Órgãos na Região Sul do RS”, promovido pelo Conselho Municipal de Saúde, Associação dos Municípios da Zonasul (AZONASUL) e das Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) das instituições: Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Hospital Escola da UFPel, Hospital Universitário S. F. de Paula e Hospital da

Beneficência Portuguesa e com apoio da ADOTE – Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos. Na primeira parte do Fórum foram realizadas as seguintes exposições/palestras: “Diagnóstico da situação atual do Processo Doação-Transplante no Brasil e Rio Grande do Sul” pelo Dr. Roberto Schlindwein, Coordenador Geral do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde; “A intenção de doar órgãos em Pelotas” pelo Dr. Franklin Barcelos, do Hospital Universitário S. F. de Paula; “A responsabilidade de cada um dos agentes (Ministério Público, CIHDOTT, Hospitais Captadores, Controle Social)” pelo Dr. Paulo Charqueiro, promotor de justiça; “O Banco de Olhos de Pelotas e seu papel na região sul do RS” pelo Dr. Roger Castagno, Diretor Técnico do Banco de Olhos de Pelotas e “Operacionalização das Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT” pela Dra. Luciana do Amaral Leonardelli, Coordenadora da CIHDOTT do Hospital Pompéia de Caxias do Sul. Ficou bem caracterizado a pouca contribuição de Pelotas para a lista de espera por transplante no Estado, que hoje conta com mais de 2.500 pessoas; que Pelotas, como cidade pólo da macro-região da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde, teria a possibilidade de identificar entre 40 e 60 potenciais doadores de órgãos (indivíduos em situação de morte encefálica) por ano; que somente nos hospitais de Pelotas seria possível identificar cerca de 50 possíveis doadores de córneas (indivíduos com coração parado) e que as CIHDOTT locais estão adequadamente treinadas e capacitadas para atender a esta demanda desde que sejam atendidas algumas condições para o seu pleno funcionamento. Na segunda parte, foi realizada uma ampla discussão do processo doação e transplante de órgãos na tentativa de responder a seguinte questão: **Como aumentar a notificação e captação de órgãos e tecidos em Pelotas e região?** Dessa discussão, que se prolongou até às 18 horas, quando foi encerrado o Fórum, resultaram as seguintes propostas que serão submetidas à deliberação do Conselho Municipal de Saúde:

#### **Propostas:**

1. Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, em colaboração com os hospitais captadores de Pelotas e região estabeleçam medidas efetivas para superar a significativa sub-notificação do diagnóstico de morte encefálica;
2. Que as Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), em parceria com as Organizações Sociais desenvolvam atividades de sensibilização da população para a doação de órgãos e tecidos;
3. Que a Secretaria Municipal de Saúde, promova atividades de sensibilização, orientação e educação continuada sobre transplantes, doação e identificação de doadores para profissionais da área da saúde dos hospitais locais para conscientizar essa categoria profissional sobre a importância, obrigatoriedade e responsabilidade social de que seja feita a notificação da morte encefálica, através das CIHDOTT;
4. Que a Secretaria Municipal de Saúde promova atividades de sensibilização, orientação e educação continuada sobre transplantes para suprir as carências existentes na área de diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potencial doador;
5. Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, desenvolvam ações de capacitação e sensibilização dos profissionais administradores, corpo médico e de enfermagem e demais colaboradores das

- instituições hospitalares sobre a responsabilidade social da doação de órgãos e tecidos para transplantes;
6. Que seja sistematizada o retorno de notificação, por hospital e equipe de UTI e CIHDOTT com fornecimento de informações relativas aos resultados;
  7. Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde elaborem estudo sobre a demanda por serviço de transplante na região e crie, a partir dos resultados, estratégias de fomento ao credenciamento de equipe(s) e de estabelecimento(s) hospitalar(es);
  8. Que sejam solicitadas verbas específicas ao poder público federal, estadual e municipal destinada a campanhas de esclarecimento público e dos profissionais de saúde sobre todos os aspectos do processo doação-transplante;
  9. Que a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e as Organizações da Sociedade Civil desenvolvam ações estratégicas para superar a significativa perda de doadores de córneas e tornar o Banco de Olhos de Pelotas referência regional;
  10. Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde em parceria com as Organizações da Sociedade Civil e o Banco de Olhos de Pelotas definam estratégias de divulgação que possibilitem um maior esclarecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a necessidade e responsabilidade social da doação de córneas para transplante;
  11. Que sejam estabelecidos acordos de cooperação entre os hospitais locais no sentido de identificarem e informarem para o Banco de Olhos de Pelotas a existência de potenciais doadores de córneas;
  12. Que a Secretaria Municipal de Saúde institua a obrigatoriedade de que a Central de Óbitos comunique às CIHDOTTs todos os óbitos ocorridos, imediatamente após sua constatação e em tempo hábil para possibilitar uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação e aproveitamento de córneas para transplante;
  13. Que sejam estabelecidos protocolos para garantir a efetiva entrevista dos familiares de todos os pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de órgãos e tecidos, no caso de morte encefálica, ou de tecidos, em especial córneas, em casos de PCR irreversível;
  14. Que seja intensificada a comunicação com jornais locais, rádios, reuniões intersetoriais, instituições religiosas, cipa, etc; com vistas ao esclarecimento do processo doação-transplante;
  15. Que sejam estabelecidos acordos de cooperação entre os hospitais locais e outras instituições com o objetivo de superar a eventual limitação de recursos materiais e tecnológicos necessários para a manutenção de potenciais doadores e para a realização com segurança do diagnóstico de morte encefálica;
  16. Que sejam estabelecidas para os coordenadores das CIHDOTT carga horária específica para o efetivo cumprimento da Portaria MS 1262/2006;
  17. Que sejam estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar

o desempenho das atividades dos hospitais locais tendo como base a Portaria MS 1262/2006;

18. Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde promova estratégias de entendimento entre os hospitais locais e o Hemocentro Regional de Pelotas para a realização da sorologia necessária para triagem de potencial doador de órgãos e tecidos;
19. Que as CIHDOTT, desenvolvam ações estratégicas para a criação de grupo de apoio interdisciplinar para os pacientes e familiares doadores;

---

**Recomenda-se que este relatório seja o sinalizador das ações do Controle Social em relação à problemática do processo de doação e transplante de órgãos no Município de Pelotas.**

---

## **Seminário macrorregional de saúde do trabalhador: Teoria x Prática, Direitos e Deveres**

**Realização:** Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas e Conselho Gestor do CEREST com o apoio do Cerest Macrosul e da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e com recursos do RENAST/Ministério da Saúde.

**Data:** 16 de maio de 2008.

**Local:** Auditório da Faculdade de Direito da Universidade Católica de Pelotas

**Relatório:** Foram realizados três painéis:

1. A legislação referente aos ambientes do trabalho, aos equipamentos e afins com a participação dos seguintes painelistas:
  - a. Rubia Vanessa Canabarro, Procuradora do Ministério Público do Trabalho;
  - b. Ginter Machado Etges, Representante da OAB, subsecção de Pelotas;
  - c. Clóvis Barbosa Siqueira, representante do SESI Pelotas;
  - d. João Alfredo Costa da Silveira e Márcia Luiza Sebbem, representantes do INSS – Agência Pelotas;
  - e. Jorge Ricardo Moreira, Representante do SINDISPRE/RS
2. Fiscalização nos ambientes de trabalho. A quem pertence e quem tem obrigação, com a participação dos seguintes painelistas:
  - a. Stenio Dias P. Rodrigues, representante do Ministério da Saúde;
  - b. Luis Muller, representante da Superintendência do Trabalho e Emprego do Rio Grande do Sul;
  - c. Maria Carlota Borba Brum, representante do Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul;
  - d. Ana Lúcia Costa, representante da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.
3. O papel dos técnicos (advogados, trabalhistas e sindicalistas) em fazer e cobrar o bom ambiente, com a participação dos seguintes painelistas:
  - a. Samuel Chapper, representante da OAB sub-secção de Pelotas;
  - b. Valdir Lima, representante da Força Sindical;

- c. Sandra Brum da Silveira, representante da CUT;
- d. Alexandre Maciel, representante do Cerest Macrosul.

A solenidade de abertura contou com a participação de Eloina Bubolz Bohm, Delegada da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde; Francisco Neto de Assis, presidente do Conselho Municipal de Saúde; Francisco Isaías, Secretário Municipal de Saúde, Luiz Guilherme Belletti, presidente do Conselho Regional de Saúde e Júlio Cesar, coordenador da CIST/CMSPel

Durante a solenidade de abertura a Delegada da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, falou que “estamos vivendo em um mundo dominado pelas máquinas”. Para o relator as máquinas, em verdade, são produzidas pela inteligência do homem para facilitar o seu trabalho. Resta aos trabalhadores organizados encontrar formas de transferir para as máquinas o dito “trabalho sujo”. Existem, como foi muito comentado, doenças relacionadas ao uso de máquinas, cabendo aos trabalhadores, organizados em fóruns como este para discutir a teoria e a prática do que se faz e do que se deve fazer para preservar e melhorar a qualidade de vida.

Por falar em teoria e prática, palavras que estão no título do Seminário, é interessante se reportar à manifestação da Dra. Rúbia Canabarro, Procuradora do Ministério Público do Trabalho. Segundo ela, a legislação brasileira sobre proteção do trabalhador é uma das mais complexas e completas do mundo. Paradoxalmente, o Brasil é também um dos países que apresentam um dos mais elevados índices de acidentes de trabalho no mundo.

Na mesma linha da dicotomia teoria versus prática, o senhor Guinter Machado Etges, Representante da OAB, demonstrou que o setor privado, em relação ao setor público, está muito mais avançado em termos de notificação de acidentes de trabalho, o que é uma contradição, dado que o setor público é quem implementa as políticas relacionadas ao tema, além de ser responsável pelo amparo aos trabalhadores acidentados. Entretanto, aparentemente, não existe acidente de trabalho no setor público.

Uma das preocupações levantadas pelo senhor Guinter estava de que apesar do elevado grau de especialização e sub-especialização que estamos experimentando em todas as áreas e a velocidade com que isso ocorre, o ambiente do trabalho não tem sido contemplado. Segundo ele, existe hoje uma quantidade apreciável de obras bibliográficas sobre meio ambiente, mas uma fração muito pequena desse acervo se refere ao ambiente do trabalho, que é determinante para o ser humano e o seu desenvolvimento como trabalhador. Não é possível se falar em meio ambiente sem falar em ambiente de trabalho. Não adianta exigir do empregador condições de trabalho se os empregados não tem consciência do seu ambiente de trabalho e dos riscos potenciais a que estão expostos. O trabalhador tem que atuar no sentido de minimizar esses riscos e isso passa pelo conhecimento da legislação relacionada com a questão, especialmente, hoje, das leis 8080 e 8142 e da portaria 3908. Todas de algum

modo protegem o trabalhador, mas é importante que os sindicatos, os conselhos, etc. se apoderem do conhecimento dessa legislação para melhor discutir as relações com o empregador e o ambiente de trabalho. Nessa linha de pensamento foi dito que “É obrigação do empregador fazer com que o seu empregado use os itens de segurança que a lei exige e a empresa é obrigada a disponibilizar”.

Ao longo dos três painéis ficou claro que a saúde do trabalhador, entendendo a saúde como o conjunto de condições que levam o indivíduo a uma condição de pleno bem estar, é uma questão multifatorial. Entre a multiplicidade de fatores estão: legislação, lógica de mercado, acordos internacionais de comércio, relações empregado verso empregador e sindicatos, grau de informação do empregador.

Alguns pontos destacados:

1. Há necessidade de maior participação do Controle Social no processo de fiscalização do ambiente de trabalho;
2. Há necessidade de mais ações de capacitação e de educação permanente dos agentes do Controle Social e da fiscalização;
3. Há necessidade de maior envolvimento das universidades no processo de aprimoramento das relações saúde do trabalhador versus ambiente de trabalho.

Como palavra final, destaque-se a mensagem da representante da Secretaria Municipal de Saúde, Ana Lúcia Costa, repetida pelo Senhor Valdir Lima, da Força Sindical: NÓS TEMOS QUE TER UM OLHAR: Olhar para o ambiente de trabalho, os riscos potenciais que ele representa e como devemos atuar no sentido de minimizar esses riscos com o propósito de preservar e melhorar a vida. Afinal de contas é por isso e para isso que trabalhamos; pela nossa vida, pela vida dos nossos companheiros, pela vida do país. Nós temos que ter um olhar voltado para a busca de um ambiente de trabalho digno e justo.

## **Divulgação do CMSPel na comunidade**

Durante o período de vigência dos dois mandatos que se encerra em agosto de 2009 a Direção do CMSPel realizou várias ações de divulgação do CMSPel na comunidade, consubstanciadas por:

- a) Encaminhamento das pautas para a imprensa local;
- b) Participação em entrevistas para jornais e rádios;
- c) Realização de palestras para estudantes.

---

**Recomenda-se que estas ações sejam intensificadas com o propósito de demonstrar para a comunidade o papel do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas como instância máxima do Controle Social do SUS no âmbito do Município de Pelotas.**

---

## **Estabelecimento de relação de proatividade com a Secretaria Municipal de Saúde e prestadores.**

No primeiro momento após assumirmos a Direção do CMSPel procuramos a Secretaria Municipal de Saúde nos oferecendo como parceiros na implementação de ações para o aprimoramento da oferta de serviços de qualidade para os usuários do sistema de saúde do Município, deixando claro que tal parceria não significaria conivência com todos os atos da SMS. A secretária de saúde da época, senhora Renata Carricone e seu Secretário Adjunto, Dr. Armando Manduca, declararam-se surpresos com a oferta e a receberam com boa vontade. A despeito de alguns percalços no período pode-se afirmar houve nestes quatro anos de mandato uma grande abertura para a troca de informações entre o CMSPel e a SMS e uma participação proativa do CMSPel em muitas ações da SMS, em especial no que diz respeito ao processo de contratualização dos hospitais de ensino e na gestão compartilhada do Pronto Socorro de Pelotas. A mesma ação foi desenvolvida com os hospitais públicos e prestadores de serviços ao SUS.



Com respeito aos Planos Operativos do processo de contratualização dos hospitais de ensino, a Direção do CMSPel tem participado proativamente, desde 2005, através do seu presidente ou de outros membros dos entendimentos e negociações empreendidas pelo Departamento de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde com os hospitais de ensino que aderiram ao processo de contratualização. Mais recentemente, com vistas ao Plano Operativo a vigorar a partir de janeiro de 2010, este processo está sendo acompanhado por mais de um membro da Direção. Considera-se que esta tarefa é uma excelente oportunidade para o Conselho se capacitar não somente na definição das necessidades de cobertura assistencial, mas também no aprimoramento do seu papel de agente fiscalizador das ações de saúde no contexto dos objetivos do Mapa Estratégico.

No Comitê de Gestão Compartilhada do Pronto Socorro de Pelotas, embora o CMSPel (pela sua característica de agente do Controle Social não seria interessante para o CMSPel ter voto neste Comitê de Gestão propriamente dita) não tenha voto, atuando apenas como convidado, a sua participação tem ocorrido de forma proativa.

Recomenda-se que seja mantida esta relação proativa com a SMS, no contexto de que o CMSPel é parte integrante desta, com o propósito de atuar no sentido de assegurar, através do Controle Social, a excelência da saúde pública.

## Realização de Assembléias Gerais

No período coberto por este relatório foram realizadas 103 Assembléias Gerais, entre Ordinárias e Extraordinárias, com o número médio de conselheiros ativos e a freqüência indicada na Tabela 2. Observa-se um discreto aumento na freqüência dos conselheiros a partir de 2008.

Tabela 2 – Número médio de conselheiros ativos, Assembléias Gerais realizadas e freqüência por segmento no período de 01/09/2005 a 31/08/2009

| Ano/Parâmetro                     |                  | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Totais |
|-----------------------------------|------------------|------|------|------|------|------|--------|
| Conselheiros ativos               |                  | 47,3 | 45,7 | 45,7 | 43,5 | 42,1 | 44,9   |
| Assembléias                       |                  | 11   | 27   | 24   | 25   | 16   | 103    |
| Freqüência por Segmento e total % | Gestor/Prestador | 16,0 | 17,4 | 17,4 | 18,3 | 18,2 | 17,5   |
|                                   | Trabalhadores    | 17,0 | 17,6 | 17,6 | 15,6 | 14,4 | 16,5   |
|                                   | Usuários         | 34,4 | 32,1 | 32,1 | 36,1 | 39,2 | 34,8   |
|                                   | Totais           | 67,3 | 67,2 | 67,2 | 70,0 | 71,8 | 68,7   |

## Imagens de algumas Assembléias Gerais



Recomenda-se para tornar as Assembléias mais atrativas e produtivas que as mesmas sejam realizadas com a duração prevista no Regimento e que haja mais controle sobre a duração das intervenções dos conselheiros, em especial nos informes.

## **Produção de relatórios sobre o Pronto Socorro de Pelotas.**

Entre 2006 e 2009 foram realizados pelo CMSPel três relatórios sobre o Pronto Socorro de Pelotas;

### **Relatórios sobre o Pronto Socorro de Pelotas**

Este relatório foi elaborado pelo Conselho Municipal de Saúde em atendimento à deliberação de plenária realizada em 21 de dezembro de 2006 (Ata 27/2006), apresentado em março de 2007 ([http://www.cmspel.org.br/relatorio\\_psp.pdf](http://www.cmspel.org.br/relatorio_psp.pdf)). Neste relatório foram feitas as seguintes recomendações:

1. Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
2. Criar registro eletrônico de entrada e saída de pacientes;
3. Que a Secretaria Municipal de Saúde implante no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, em regime de 24 horas, a efetiva regulação de todos e quaisquer leitos SUS da rede hospitalar de retaguarda, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação de Leitos, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade com referências bem definidas, para que nenhum paciente permaneça mais de 24 horas nas dependências do PSP;
4. Ajustar o quadro de profissionais médicos de acordo ao que preceitua o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, anexo à Portaria 2048/02.
5. Retirar da Folha de Pagamento do PSP os profissionais para os quais a unidade não oferece condições de efetiva atuação (Cirurgiões Torácicos; Vascular, Neurocirurgião e Traumatologista). Manter na Folha de Pagamento apenas Cirurgiões Gerais, em regime de plantão, para os atendimentos compatíveis com a estrutura do PSP e as eventuais intervenções de preservação da vida. As cirurgias de maior complexidade devem ser pactuadas com os hospitais de retaguarda e reguladas pela Central de Leitos que, como já foi mencionado, deve funcionar em regime de 24 horas de forma ininterrupta;
6. Que a Secretaria Municipal de Saúde desenvolva outras estratégias de gerenciamento das UBSs para que o PSP passe a funcionar, efetivamente, como retaguarda daquelas e da ESF (Estratégia de Saúde da Família), com a possibilidade de referenciar para aquelas unidades, “proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária”;
7. Que a Secretaria Municipal de Saúde, junto com o CMSPel promova um fórum de discussão sobre o Pronto Socorro com a participação de todas as partes diretamente interessadas (SAMU, UNIMED, ECOSUL, Serviços Autônomos de Ambulâncias, Hospitais de retaguarda, Prefeituras da região de cobertura), Sindicatos, Conselho Regional de Saúde, Conselho Regional de Enfermagem e a sociedade em geral envolvendo as organizações da sociedade civil tais como Rotary, Lions, Maçonaria e outras. Esse fórum avaliaria a real situação do PSP e apontaria as diretrizes para a elaboração de um Plano Diretor, com programação

de ações com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados à correção das deficiências encontradas na sua operacionalização;

8. Que a direção do PSP estabeleça critérios de auditoria dos atestados médicos apresentados como justificativa de ausência ao trabalho.

### **Fórum de Discussão sobre a Urgência e Emergência no Município**

Em maio de 2007, como resultado da recomendação número 7, foi realizado o Fórum de Discussão sobre a Urgência e Emergência no Município: O PRONTO SOCORRO QUE QUEREMOS.

No dia 25 de maio de 2007, entre 14h00 e 19h00, foi realizado nas dependências da Câmara de Vereadores de Pelotas, o Fórum de discussão sobre a urgência e emergência no Município, intitulado O Pronto Socorro que queremos promovido pelo Conselho Municipal e Secretaria Municipal de Saúde. Os trabalhos foram iniciados pelo Vereador Milton Martins, presidente da Comissão de Saúde da Câmara, formou a mesa de abertura composta pelos Senhores: Secretário de Saúde, Francisco Isaías; Secretário Adjunto de Saúde, Amando Manduca da Rocha; Francisco Neto de Assis, presidente do Conselho Municipal de Saúde e Paulo Barrangan, Diretor do Pronto Socorro de Pelotas (PSP). Além do Vereador Milton Martins se manifestaram sobre o Fórum os Senhores Francisco Isaías e Francisco Neto de Assis, que explicaram os objetivos do evento e como o mesmo se processaria. Após desfeita a mesa de abertura, a coordenação do Fórum passou a cargo do Presidente do Conselho Municipal de Saúde que concedeu a palavra ao Senhor Secretário Adjunto, Armando Manduca que fez uma ampla exposição sobre o “Sistema de atendimento às urgências/emergências em Pelotas” situando-o no contexto histórico entre 1923 (Lei Elói Chaves, que criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões) e maio 2007, quando as universidades locais renovaram o Convênio de Gestão Compartilhada do Pronto Socorro de Pelotas, firmado em abril de 2006 pela Universidade Católica de Pelotas e em setembro do mesmo ano pela Universidade Federal de Pelotas. Para o Secretário Adjunto “Essa participação das universidades auxiliou o município no pagamento de dívidas da SMS, que ainda está efetuando e também trouxe qualidade ao atendimento da unidade de Pronto Socorro. O município reconhece o auxílio prestado pela UCPEL a partir de abril de 2006, que sem dúvida evitou a implosão do sistema de saúde pública de Pelotas”. Pelo fato de que “as tabelas para pagamento de serviços, impostas pelo SUS aos prestadores, são defasadas e não cobrem os custos, principalmente das internações hospitalares” tem ocorrido “um encolhimento da oferta de leitos pelos Hospitais ao PS” e “não basta o Município informatizar a Central de Leitos... se estes continuarem descumprindo a regra, com oferta de leitos inferior à necessidade de cobertura assistencial calculada pelo gestor”. O fluxo insatisfatório dos pacientes para os Hospitais superlota a Unidade dado a impressão de insuficiência, enquanto os leitos hospitalares estão ociosos”. Segundo o Secretário Adjunto “Podemos dizer que existe falta de parceria dos Hospitais Filantrópicos que não cedem leitos em quantidade

suficiente, como na época do extinto INSS”. “Entendemos que os Hospitais universitários, que receberem incentivos, desvinculados da prestação de serviço e terem a folha de servidores geralmente paga pela Universidade, deveriam ofertar seus leitos de acordo com a necessidade do sistema, sem divisão de especialidade, já que prestam serviços por valores pré-fixados pela contratualização como Hospitais de Ensino”. “O ideal seria que cada hospital tivesse o seu serviço de urgência/emergência, funcionando 24 horas/dia. Enquanto não tivermos esta condição a manutenção do atual serviço, depende que cada gestor e cada hospital de Pelotas cumpra com sua obrigação legal”. “Talvez esta comissão formada para avaliar o serviço de pronto socorro, possa auxiliar na união comprometida, de todos os participantes do atendimento às urgência e emergências, na busca de solução adequada, para qualificar o serviço”. O Secretário Adjunto fez também propostas de “busca de recurso, que trariam benefício, independente da gestão compartilhada entre município e universidades que, deve ter continuidade”. Segundo ele o “Pronto Socorro de Pelotas presta atendimento a uma região com mais de 20 municípios, muitos dos quais, utilizam este serviço, mas não participam financeiramente do custeio dessa unidade”. Nesse caso a proposta seria de um “pleito, junto à Secretaria Estadual de Saúde, pela SMS, 3ª CRS, Universidades e CMS, que seja destinada parte do incentivo “Parceria Resolve” dos hospitais da região que não possuem pronto socorro, e parte do incentivo “Município Resolve” dos municípios que utilizam o PS de Pelotas, para a unidade de urgência/emergência que atende toda a região. Outra proposta a nível federal seria criar o grupo de procedimentos chamado de Atendimento às Urgências e Emergências, ou aporte de financiamento para o Fundo Municipal de Saúde, usando o parâmetro populacional, por exemplo, R\$ 1,00 por habitante/mês”.

Paulo Barragan, Diretor do PSP, fez uma apresentação intitulada “A difícil tarefa de buscar soluções para os problemas do sistema de urgência/emergência de Pelotas”, na qual, tendo como base dados do mês de abril de 2007, destacou: 1) o quadro de funcionários do PSP; 2) os serviços auxiliares; 3) a composição das despesas; 4) as estatísticas de atendimento; 5) a oferta de leitos pela rede de retaguarda; 6) tempo de permanência. Fez também um levantamento de uma série de problemas para os quais sugeriu soluções, aqui apresentadas entre parênteses: 1) Área física extremamente limitada (Será resolvido com a nova área em término de construção); 2) Longa permanência dos pacientes pelos poucos leitos clínicos disponibilizados (Maior rigor na fiscalização dos leitos e facilitação por parte da Central de Leitos); 3) Dificuldade de internações em UTI (Regulamentação dos leitos de UTI disponíveis); 4) Dificuldade de internações em traumatologia e, ocasionalmente, em cirurgia (Regulamentação dos leitos de cirurgia e traumatologia); 5) Falta de alguns equipamentos (Já estão sendo licitados novos equipamentos para a nova área em construção). Traçou também metas para a atual gestão: 1) Humanização do atendimento; 2) Estimular constantemente o comprometimento de todos os envolvidos no sistema de urgência/emergência de Pelotas; 3) Criação de uma ouvidoria para receber e procurar solucionar as queixas dos

usuários; 4) Estabelecimento de rotinas no que se refere às informações prestadas sobre os pacientes em atendimento; 5) Melhorar a informatização do serviço visando estatísticas mais confiáveis e rápidas, essenciais para gerenciamento; 6) Incrementar as relações com a Central de Leitos e com os hospitais envolvidos na retaguarda do pronto socorro.

O presidente do Conselho Municipal de Saúde, Francisco Neto de Assis, reapresentou o relatório discutido em plenária no dia 03 de abril onde acrescentou dados estatísticos relativos aos meses de março e abril e manteve-se as mesmas recomendações, quais sejam: 1) Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) Criar registro eletrônico de entrada e saída de pacientes; 3) Que a Secretaria Municipal de Saúde implante no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, em regime de 24 horas, a efetiva regulação de todos e quaisquer leitos SUS da rede hospitalar de retaguarda, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação de Leitos, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade com referências bem definidas, para que nenhum paciente permaneça mais de 24 horas nas dependências do PSP; 4) Ajustar o quadro de profissionais médicos de acordo ao que preceitua o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, anexo à Portaria 2048/02. Retirar da Folha de Pagamento do PSP os profissionais para os quais a unidade não oferece condições de efetiva atuação (Cirurgiões Torácicos; Vascular, Neurocirurgião e Traumatologista). Manter na Folha de Pagamento apenas Cirurgiões Gerais, em regime de plantão, para os atendimentos compatíveis com a estrutura do PSP e as eventuais intervenções de preservação da vida. As cirurgias de maior complexidade devem ser pactuadas com os hospitais de retaguarda e reguladas pela Central de Leitos que, como já foi mencionado, deve funcionar em regime de 24 horas de forma ininterrupta; 5) Que a Secretaria Municipal de Saúde desenvolva outras estratégias de gerenciamento das UBSs para que o PSP passe a funcionar, efetivamente, como retaguarda daquelas e da ESF, com a possibilidade de referenciar para aquelas unidades, “proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária”; 6) Que a Secretaria Municipal de Saúde, junto com o CMSPel promova um fórum de discussão sobre o Pronto Socorro com a participação de todas as partes diretamente interessadas (SAMU, UNIMED, ECOSUL, Serviços Autônomos de Ambulâncias, Hospitais de retaguarda, Prefeituras da região de cobertura), Sindicatos, Conselho Regional de Saúde, Conselho Regional de Enfermagem e a sociedade em geral envolvendo as organizações da sociedade civil tais como Rotary, Lions, Maçonaria e outras. Esse fórum avaliaria a real situação do PSP e apontaria as diretrizes para a elaboração de um Plano Diretor, com programação de ações com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados à correção das deficiências encontradas na sua operacionalização; 7) Que a direção do PSP estabeleça critérios de auditoria dos atestados médicos apresentados como justificativa de ausência ao trabalho.

Após as apresentações relatadas, o coordenador do evento, considerando o baixo número de participantes, sugeriu que a discussão inicialmente programada para o dia seguinte fosse realizada de imediato com o que houve concordância dos presentes. Seguiram-se, então, a manifestação de vários presentes: Ramon Gorgot discordou do presidente do Conselho no que diz respeito a resolutividade do serviço prestado pelas Unidades Básicas de Saúde. As UBS só não são resolutivas quando se trata de doença, ou seja, quando depende do outro nível de atenção. As UBSs resolveram uma série de questões que lhe dizem respeito e o exemplo patente é o caso do sarampo, ou seja, nós não temos mais sarampo por conta da ação das UBSs. O nível secundário teria mais culpa no processo do que nas UBSs. O senhor Edmar Renke usou a palavra para dizer que o problema do Pronto Socorro, como da saúde em geral, é a falta de fiscalização. Vasco Morales fez alguns comentários falando inicialmente que o atendimento no PSP é muito bom se levar em conta o trabalho desenvolvido pelos profissionais em condições limitadas. Lamentou a ausência da imprensa no evento, bem como da 3ª CRS, do CRS, da ASSEDISA, outros municípios e de vários segmentos de trabalhadores. Enfatizou a necessidade de se estudar com cuidado a portaria 2048. É necessário se buscar para o Pronto Socorro outros tipos de parceria, que participem da unidade com materiais, etc. É necessário também que se encontre uma forma de se buscar resgatar a cobertura dos seguros de acidentados. Com respeito ao faturamento do Pronto Socorro, o Conselho nunca viu valores compatíveis com o que a Secretaria menciona não corresponde ao que estão na prestação de contas. Nunca encontramos valores superiores a sessenta mil. O que se vê de faturamento é apenas na parte ambulatorial, já que o Pronto Socorro não pode emitir AIH. Jacqueline Dutra foi a seguinte a se manifestar e começou comentando a situação dos profissionais que recebem salário do Pronto Socorro e recebem por procedimentos cirúrgicos realizados nos hospitais em pacientes encaminhados por ele mesmo do Pronto Socorro. Para ela é necessário se verificar qual é a instituição que também está recebendo por este procedimento. Não se justifica o profissional do Pronto Socorro receber por um procedimento realizado fora da unidade e que o hospital recebe por este procedimento. É uma situação irracional. Para Jacqueline, a questão da resolutividade das UBSs tem um peso importante dentro daquelas unidades, pois isso depende muito de uma melhoria nas suas condições de trabalho e depende também em parte do comprometimento dos trabalhadores da unidade. Jacqueline falou também sobre a intersectorialidade, um tema da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Para ela, fica muito claro que na própria Secretaria os diversos setores atuam de forma tal que passa a idéia de que um não conhece o trabalho dos demais, de modo que a visão do que ocorre na saúde do município como um todo fica prejudicada. Para ela, numa discussão de urgência/emergência como este Fórum deveriam estar presentes as unidades básicas porque as coisas estão interligadas. Em seguida, usou da palavra Francisco Arduim para quem se fala muito em pactuar, fazer acordos, mas ao mesmo tempo impera uma visão corporativista. Manifestaram-se ainda o vereador Milton

Martins, o diretor do SAMU, Eduardo Mussi, Paulo Silva, Luciano do Sindicato dos Trabalhadores, Márcia, Vereador José Sizenando, Mário Luiz.

Com exceção da apresentação do presidente do Conselho Municipal de Saúde em nenhuma outra manifestação se fez referência explícita às recomendações deste na plenária do dia 03 de abril. Quando instados a fazer um encaminhamento da discussão os presentes consensualmente entenderam que o principal problema do sistema de urgência e emergência de Pelotas é a falta de regulação dos serviços.

### **Pronto Socorro de Pelotas: Produção Ambulatorial; Custo e Financiamento no período de Gestão Compartilhada**

Este relatório é parte integrante da Ata 03/2009, da Assembléia Geral realizada em 19 de fevereiro de 2009. Foi realizada uma análise do período de janeiro de 2007 e dezembro de 2008, destacando-se aspectos do PSP relativos: a) à produção ambulatorial; ) ao Custo; c) ao Financiamento, com base na qual se concluiu que no período de setembro de 2006 a dezembro de 2008 a Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas, deixaram de repassar recursos ao Pronto Socorro de Pelotas. Esta conclusão foi encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, aos reitores das duas universidades e ao Ministério Público Estadual e Federal.

---

**Recomenda-se a retomada da discussão dos pontos considerados nestes relatórios ainda não considerados e atendidos pelo gestor municipal da saúde**

---

### **Organização das estatísticas do Pronto Socorro de Pelotas**

O Pronto Socorro de Pelotas produz estatísticas do tempo de permanência dos pacientes que são encaminhados para internação na rede hospitalar, atendimentos a pacientes de outros municípios, entre outras.

A organização destas estatísticas na forma como são apresentadas aqui faz parte das competências essenciais do CMSPel contidas no Mapa Estratégico, mais especificamente da ação que diz respeito a “**Aprimorar o Sistema de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde**” dentro da PERSPECTIVA DOS PROCESSOS INTERNOS, cujo objetivo maior é o de PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.

Além de publicar as estatísticas brutas na forma impressa o PSP, desde janeiro de 2007, passou a enviar também as informações na forma eletrônica, ou seja, em planilhas Excel. Com base na análise dos dados enviados pelo PSP com o emprego de técnicas de estatística descritiva são apresentados os resultados demonstrados a seguir na Figura 4 e nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 - Distribuição de Frequência do número de Internações demandadas pelo Pronto Socorro de Pelotas no período de dezembro de 2006 a dezembro de 2008

| Classe (horas) | Frequência | Frequência. Acumulada | %     |
|----------------|------------|-----------------------|-------|
| <=24           | 3786       | 3.786                 | 53,6  |
| 48             | 1123       | 4.909                 | 69,5  |
| 72             | 765        | 5.674                 | 80,3  |
| 96             | 515        | 6.189                 | 87,6  |
| 120            | 332        | 6.521                 | 92,3  |
| 144            | 199        | 6.720                 | 95,1  |
| 168            | 144        | 6.864                 | 97,1  |
| 192            | 56         | 6.920                 | 97,9  |
| 216            | 27         | 6.947                 | 98,3  |
| >=240          | 121        | 7.068                 | 100,0 |
| Total          | 7.068      |                       |       |

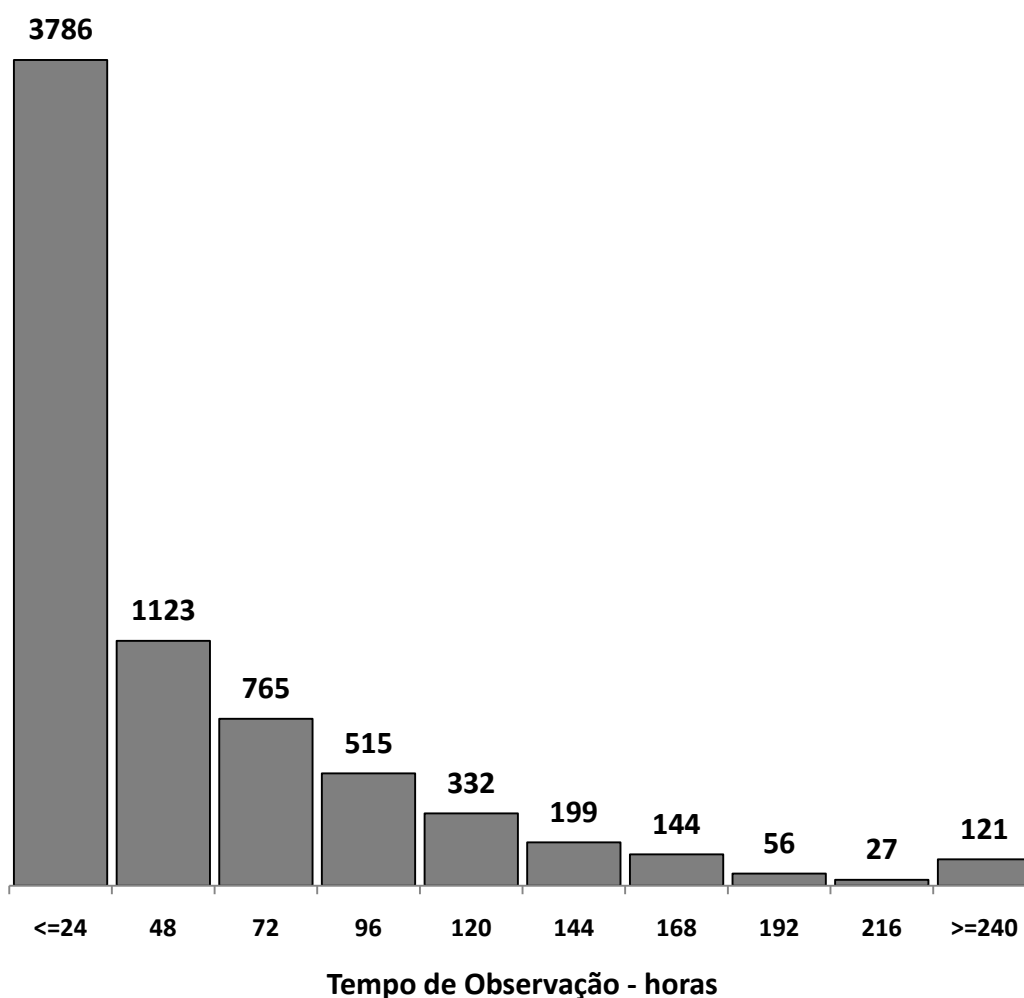


Figura 4 - Distribuição de frequência de internações demandadas pelo PSP nos tempos de observação indicados. Período: julho de 2008 a junho de 2009. N = 7.068

Tabela 4 – Estatísticas relativas a internações hospitalares demandadas pelo Pronto Socorro de Pelotas durante o período de julho de 2008 a junho de 2009

| Parâmetro  | Total         | Mensal     |
|--|---------------|------------|
| Tempo Máximo de Observação -TMO (horas)          | 984           |            |
| Tempo Médio de Observação (horas)                | 51            |            |
| Internações                                      | 7.068         | 589        |
| Internações com TMO <=24 horas                   | 3.786         | 316        |
| Internações com TMO > 24 horas                   | 3.282         | 274        |
| <b>Nec de internações com TMO &lt;= 24 horas</b> | <b>10.350</b> | <b>863</b> |
| Internações com TMO <=48 horas                   | 1.123         | 94         |
| Internações com TMO > 48 horas                   | 2.159         | 180        |
| <b>Nec de internações com TMO &lt;= 48 horas</b> | <b>9.227</b>  | <b>769</b> |

Recomenda-se a continuação da análise dos dados do PSP e o desenvolvimento de ações no sentido de que se produzam estatísticas não apenas do tempo de permanência dos pacientes que seguem para internação hospitalar, mas de todos os atendimentos realizados. Em praticamente todas as atas de reunião do Comitê Gestor do PSP, o CMSPel cobrou essa informação.

### **Acompanhamento e avaliação de desempenho das CIHDOTTs dos hospitais locais.**

Como resultado da realização do I Fórum de Discussão sobre o Processo de Doação e Transplante de Órgãos na região sul do Rio Grande do Sul, decidiu-se no CMSPel acompanhar o desempenho das Comissões Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) dos quatro hospitais com mais de 80 leitos do Município conforme preconiza a Portaria

Considerando a Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, que determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos;

Considerando a Portaria nº 1006/MS/MEC, de 27 de maio de 2004, e a Portaria nº 1.702/GM, de 17 de agosto de 2004, referente à criação da reestruturação dos hospitais de ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde e a necessidade de organizar os indicadores e metas para as diversas instituições;

Considerando a Portaria MS 1.262 de 16 de junho de 2006, que aprova o Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT):

O Conselho Municipal de Saúde resolveu em 2006 solicitar aos hospitais com mais de 80 leitos cópias dos Relatórios Mensais das Atividades das CIHDOTT.

A Portaria 1.262/2006 preconiza “Indicadores de Potencial de Doação da Instituição e de Eficiência no Desempenho das Atividades da CIHDOTT”, levando em conta:

1. a possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:
  - a. Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contra-indicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado;
  - b. Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.
2. a possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:
  - a. Notificar a CNCDO 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e Art. 13 da Lei 9434 de 4 de fevereiro de 1997, em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou outras unidades no hospital que disponham de ventiladores mecânicos. A ocorrência de situações de morte encefálica nas Unidades de Tratamento Intensivo está estimada entre 10 a 14% do total de óbitos, podendo variar conforme as características do hospital.
  - b. Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contra-indicações médicas, definidas pela CNCDO.
  - c. Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO.
  - d. Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar.

As Tabela 5 e 7 apresentam os dados globais dos quatro hospitais que constituíram CIHDOTT e inclui dados do Pronto Socorro de Pelotas atendido pela CIHDOTT do Hospital Universitário São Francisco de Paula a partir do mês de setembro. Na Tabela 5 são mostrados os dados (total anual) de cada um dos hospitais.

A Tabela 6 mostra um comparativo entre o número de óbitos registrado pelas CIHDOTT com os valores registrados pelo Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde, apresentados na Tabela 5.

As informações dos relatórios da CIHDOTT são consideradas nos critérios de Avaliação Qualitativa do processo de contratualização dos hospitais de ensino e fazem parte de uma das ações previstas no Mapa Estratégico, qual seja, o de **Aprimorar o Sistema de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde**.

Tabela 5 - Parâmetros de avaliação do potencial de doação de órgãos e tecidos institucional e de eficiência no desempenho das atividades da CIHDOTT de quatro hospitais de Pelotas em 2007

| Parâmetro                               | HEUFPeI | HUSFP* | SCMP | SPB | PSP  | Total        |
|---|---------|--------|------|-----|------|--------------|
| Óbitos Hospitalares                     | 169     | 419    | 552  | -   | 230  | <b>1.370</b> |
| <b>Parada Cardiorrespiratória - PCR</b> | 168     | 417    | 545  | -   | 230  | <b>1.360</b> |
| <b>Morte Encefálica - ME</b>            | 1       | 2      | 7    | -   | -    | <b>10</b>    |
| <b>Parada Cardiorrespiratória - PCR</b> |         |        |      |     |      |              |
| Entrevista Realizadas                   | 11      | 7      | 58   | -   | 7    | <b>83</b>    |
| % de Entrevistas Realizadas             | 6,5     | 1,7    | 10,6 | -   | -    | <b>6,1</b>   |
| Consentimento Familiar                  | 2       | 2      | 15   | -   | 2    | <b>21</b>    |
| % de Consentimento Familiar             | 18,2    | 28,6   | 25,9 | -   | 28,6 | <b>25,3</b>  |
| % de Recusas                            | 81,8    | 71,4   | 74,1 | -   | 71,4 | <b>74,7</b>  |
| <b>Causas da não Doação de Tecidos</b>  |         |        |      |     |      |              |
| Relacionadas à Entrevista Familiar      | 9       | 7      | 43   | -   | 7    | <b>66</b>    |
| Motivos Médicos                         | 142     | 525    | 486  | -   | 166  | <b>1.319</b> |
| Aspectos Logísticos ou Estruturais      | 16      | 137    | 7    | -   | 61   | <b>221</b>   |
| <b>Morte Encefálica - ME</b>            |         |        |      |     |      |              |
| Entrevistas Realizadas                  | 1       | 2      | 7    | -   | -    | <b>10</b>    |
| Consentimento Familiar                  | -       | -      | 1    | -   | -    | <b>1</b>     |
| % de Consentimento Familiar             | -       | -      | 14,3 | -   | -    | <b>10,0</b>  |
| % de Recusas                            | 100,0   | 100,0  | 85,7 | -   | -    | <b>90,0</b>  |
| <b>Causas da não Doação de Órgãos</b>   |         |        |      |     |      |              |
| Relacionadas à Entrevista Familiar      | -       | 2      | 6    | -   | -    | <b>8</b>     |
| Motivos Médicos                         | 1       | -      | -    | -   | -    | <b>1</b>     |
| Aspectos Logísticos ou Estruturais      | -       | -      | -    | -   | -    | <b>-</b>     |

\* inclui o PSP a partir do mês de setembro

Tabela 6 – Comparação entre o número de óbitos informados nos relatórios das CIHDOTT e registrados pela Secretaria Municipal de Saúde em 2007

| Instituição                                   | Número de óbitos registrados |         |          |
|---|------------------------------|---------|----------|
|   | SMS                          | CIHDOTT | %CIHDOTT |
| Hospital Escola da UFPel                      | 167                          | 169     | 101,2    |
| Hospital Universitário São Francisco de Paula | 545                          | 419     | 76,9     |
| Santa Casa de Misericórdia de Pelotas         | 564                          | 552     | 97,9     |
| Sociedade Portuguesa de Beneficência          | 509                          | -       | -        |
| Pronto Socorro de Pelotas                     | 696                          | 226     | 32,5     |
| Totais  | 2.481                        | 1.366   | 55,1     |
| Totais sem o Pronto Socorro de Pelotas        | 1.785                        | 1.140   | 63,9     |

Recomenda-se que se continue com a avaliação das CIHDOTT e que atribua à entidade componente do CMSPel, que trata especificamente com a questão, o papel de realizar esse acompanhamento e apresentar relatórios periódicos para os demais conselheiros.



## Produção e emissão de correspondências.

Durante os quatro anos cobertos por este relatório foram enviadas e recebidas a seguinte quantidade de correspondências:

| ANO                 | Número de correspondências |             | TOTAIS       |
|---------------------|----------------------------|-------------|--------------|
|                     | Remetidas                  | Recebidas   |              |
| 2005 <sup>(1)</sup> | 166                        | 122         | 288          |
| 2006                | 225                        | 278         | 493          |
| 2007                | 234                        | 256         | 490          |
| 2008                | 148                        | 250         | 398          |
| 2009 <sup>(2)</sup> | 85                         | 131         | 206          |
| <b>TOTAIS</b>       | <b>858</b>                 | <b>1037</b> | <b>1.895</b> |

<sup>(1)</sup> A partir de 1º de setembro; <sup>(2)</sup> Até 27 de agosto.

## Produção do Manual de Educação Permanente do CMSPel

O Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, após a aprovação das suas Diretrizes Fundamentais (Visão, Missão e Objetivos Permanentes) cumpriu em 2008 o compromisso de elaborar o Manual de Educação Permanente. Esse compromisso faz parte do contexto de sua Visão Estratégica, ou seja, “que até 2009 todos os usuários, trabalhadores, prestadores e gestores reconheçam no controle social o caminho para o efetivo fortalecimento e desenvolvimento do SUS”.

O Manual de Educação Permanente do CMSPel prioriza o entendimento do conceito de Educação Permanente para o Controle Social, o qual compreende os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as vivências das pessoas.

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS enfatiza que todo o processo de formação, capacitação e educação permanente deve ser construído pela vontade e pelo empenho dos conselheiros com o propósito de fortalecer o conselho no seu relevante papel de gestor estratégico da saúde do Município, ou seja, na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde do Município.

O Manual de Educação Permanente do CMSPel, elaborado sob a exemplar coordenação de Willi Wetzel Júnior, é fiel a essa Política e busca desenvolver os instrumentos necessários para o favorecimento do desempenho dos conselheiros na busca da realização da Visão de “**Ser referência no controle social e no acesso à saúde**”.

---

**Recomenda-se a retomada do processo de Educação Permanente e que o Manual do CMSPel seja continuamente aprimorado para cumprir o seu papel.**

---

## **Infra-estrutura do CMSPel**

Durante o período considerado foram desenvolvidas algumas ações para aprimorar a infra-estrutura de apoio ao CMSPel

### **Informatização**

Foi adquirido um microcomputador e duas impressoras das quais uma ainda não foi entregue, ou melhor, foi entregue errada e devolvida. Está também em andamento a compra de mais um microcomputador e um Projetor de Dados. Além disso, foi agregado ao conjunto de equipamentos do CMSPel um microcomputador doado pelo Conselho Nacional de Saúde.

### **Climatização e sonorização do auditório das plenárias**

Fo adquirido e instalado um aparelho de ar condicionado (split) de 48.000 BTu no auditório onde são realizadas as plenárias o que melhorou significativamente o conforto. Além disso, está em andamento a sonorização do ambiente com recursos de gravação das plenárias

### **Aquisição de veículo para o CMSPel**

A aquisição de um veículo para o CMSPel, uma das mais antigas reivindicação, especialmente da Comissão de Fiscalização, foi concretizada.

A empresa fornecedora do veículo, segundo o empenho nº 016238/2009, é Ritmo Veículos de Novo Hamburgo, RS.



### Considerações finais:

---

Acreditamos no potencial do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas de, efetivamente, exercer o seu verdadeiro papel de gestor estratégico da saúde do Município, tornando-se **REFERÊNCIA NO CONTROLE SOCIAL E NO ACESSO À SAÚDE**. Para tal é necessário que cada conselheiro se conscientize do seu papel, se empenhe e participe, agindo de forma proativa e de acordo com os princípios da impessoalidade, responsabilidade, moralidade, legalidade e, acima de tudo, com respeito às opiniões divergentes. É necessário também, que se entenda: a Direção não é o Conselho, apenas o representa.

Pelotas, Agosto de 2009.

*Os conselheiros que ocuparam a direção no período de setembro de 2005 a agosto de 2009.*

---