

<b>PROCESSO Nº:</b>	PMO-19/00151798
<b>UNIDADE GESTORA:</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>INTERESSADO:</b>	Helton de Souza Zeferino – Secretário de Estado de Saúde de Santa Catarina
<b>ASSUNTO:</b>	1º Monitoramento da Auditoria Operacional que avaliou a qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS)
<b>RELATÓRIO:</b>	DAE - 013/2019 - Instrução Plenária

## 1. INTRODUÇÃO

Tratam os autos do primeiro monitoramento do processo RLA 14/00675828 de Auditoria Operacional decorrente de Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (ATRICON) e o Instituto Rui Barbosa (IRB) e os Tribunais de Contas brasileiros, para a realização de auditoria coordenada em ações governamentais na área de atenção básica de saúde. A Auditoria teve por finalidade identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica (AB) oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

Em sessão no dia 04/07/2016, o Egrégio Plenário deste Tribunal exarou a Decisão nº 448/2016 (fls. 563/564 do processo RLA- 14/00675828), que conheceu o Relatório de Instrução Plenária e determinou que a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) apresentasse a este Tribunal de Contas um Plano de Ação com a definição de medidas, prazos e responsáveis visando à implantação das Recomendações.

A SES/SC apresentou o plano de ação (fls. 654-669 do processo RLA-14/00675828), que foi aprovado pelo Tribunal Pleno, por meio da Decisão nº 0077/2018, de 28/02/2018 (fls. 743 do Processo RLA 14/00675828), e determinou o encaminhamento de relatórios parciais, o primeiro no prazo de 180 dias dessa Decisão e o segundo no prazo de um ano após a publicação da decisão referente ao primeiro monitoramento.

Em 26/02/2019, a SES/SC enviou documentação de fls. 04 a 15 (CI nº 252 de 26/04/2018; CI nº 860/18), por meio do qual encaminha o primeiro relatório parcial de acompanhamento, como também documentação de suporte.

A fase de planejamento deste monitoramento ocorreu no período de 06/02/2019 a 22/03/2019. Considerou-se nos estudos desta etapa as alterações trazidas pela nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que integra a PRC nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII.

Em 18/06/2019, encaminhou-se à SES o Ofício DAE nº 2.433/2019 (fls. 17-18), com solicitação de informações e documentos necessários à instrução dos autos. A documentação solicitada foi entregue por meio do Ofício nº 820/2019 (fls. 23-95).

A execução deste monitoramento ocorreu nos dias 11 e 12/09/2019, sendo realizadas também visitas aos setores de Atenção Primária à Saúde (DAPS), Planejamento (GPLAN), Educação Permanente (DEPS), Tecnologia da Informação (GETIN) e Regulação (SUR).

## 2. ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

A seguir apresenta-se a análise do atendimento das recomendações da Decisão nº 0448/2016, tendo como base o relatório parcial, a documentação encaminhada pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) e os resultados das visitas *in loco*.

### 2.1. Implementação das recomendações:

**2.1.1** Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde, item 3.3, inciso X, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.1)

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
a) Ofertar capacitação introdutória para profissionais da Atenção Básica e equipes da estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Saúde da Família (NASF) do estado na modalidade EAD em parceria com o Núcleo Telessaúde SC. OBS: O Núcleo Telessaúde SC é um projeto financiado pelo Ministério da Saúde. O recurso é enviado para a UFSC, com o qual a SES/GEABS articulou parceria para ofertar atividades na modalidade EAD (à distância). São ofertados: cursos, webpalestras, fóruns de discussão virtuais, teleconsultorias, apoio à implantação do e-SUS AB, entre outras. b) Ofertar capacitação para profissionais da Atenção Básica e equipes da estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Saúde da Família (NASF) na modalidade semipresencial, em parceria com a Escola de Saúde Pública da SES/SC.	a) Até Dezembro/2017 b) Até Dezembro/2017

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** A SES respondeu que o Núcleo de Telessaúde SC é um projeto financiado pelo Ministério da Saúde. O recurso é enviado para a UFSC, com o qual a SES/GEABS articulou parceria para ofertar atividades na modalidade EAD (à

distância). São ofertados: cursos, webpalestras, fóruns de discussão virtuais, teleconsultorias, apoio à implantação do e-SUS AB, entre outras.

MINICURSOS			
Ano	Quantidade	Turmas	Participantes
2016	11	50	2062
2017	17	76	5251

### Análise

Constatou-se na auditoria (2014), deficiência da Secretaria de Estado da Saúde (SES) em articular-se com as Secretarias Municipais de Saúde na promoção e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica. À época, foi informado pela SES que a Gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) era coordenada pela Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), que tinha como atribuição a articulação e assessoramento de 16 CIES (Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço) e a condução da política em âmbito estadual. A SES alegou ainda, que desde 2004 promove encontros mensais com as CIES Regionais, principal meio de articulação regional de Educação Permanente em Saúde. As CIES juntamente com as CIR (Comissões Intergestores Regionais) constroem, pactuam e aprovam o PAREPS (Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde), que se constitui no diagnóstico das necessidades de formação dos trabalhadores de saúde dentro da abrangência de cada CIR/CIES. Esses planos são aprovados em reunião da CIR de cada região de saúde e encaminhados à CIES Estadual que desenvolve oficinas de planejamento para compilar essas necessidades e construir o PEEPS (Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde), com duração de quatro anos, que deverá ser aprovado pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e posteriormente encaminhado ao Ministério da Saúde.

Foi verificado ainda na auditoria, que a SES havia promovido/ofertado aos municípios, em 2013, o total de 94 capacitações, tais como webconferências, workshops e cursos presenciais.

Neste monitoramento solicitou-se à referida Secretaria que encaminhasse a relação dos cursos ministrados para os gestores e profissionais da saúde na área de Atenção Básica, no período de 2018 a 2019 (até junho), com descrição do ano de realização, nome, público-alvo, carga horária, modalidade (presencial ou à distância), instituição promotora e número de concluintes (item 1, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17-18). Em resposta, a SES encaminhou relação de cursos realizados pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e os cursos ofertados pelo Núcleo Telessaúde/SC nos exercícios de 2018 e 2019 - até junho (fls. 24-31).

Com base na relação encaminhada, verificou-se que no exercício de 2018 foram realizados, ao todo, 95 eventos (oficinas, workshops, reuniões técnicas, capacitações, web palestras, encontros) voltados à Atenção Primária à Saúde, perfazendo um total de 1.552,5 horas de capacitação, tendo atingido 4.628 concluintes. Para o exercício de 2019, verificou-se que até o mês de junho a SES promoveu 53 eventos, somando 1.292,5 horas, apresentando um total de 1.940 concluintes (PTE-06).

Ressalta-se que foram excluídos da relação os eventos como Reuniões, Comitês Estadual Intersectorial de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência e Visitas Técnicas, por não serem considerados cursos de capacitação.

A seguir apresenta-se tabela consolidada com as quantidades de cursos ofertados pela SES nos períodos da auditoria, 2012/2013, e do presente monitoramento, 2018 a junho 2019, veja-se:

**Tabela 01** – Comparativo de cursos ofertados pela SES, por meio da DAPS e do Núcleo de Telessaúde/SC nos períodos de 2012/2013 e 2008/1º semestre/2019

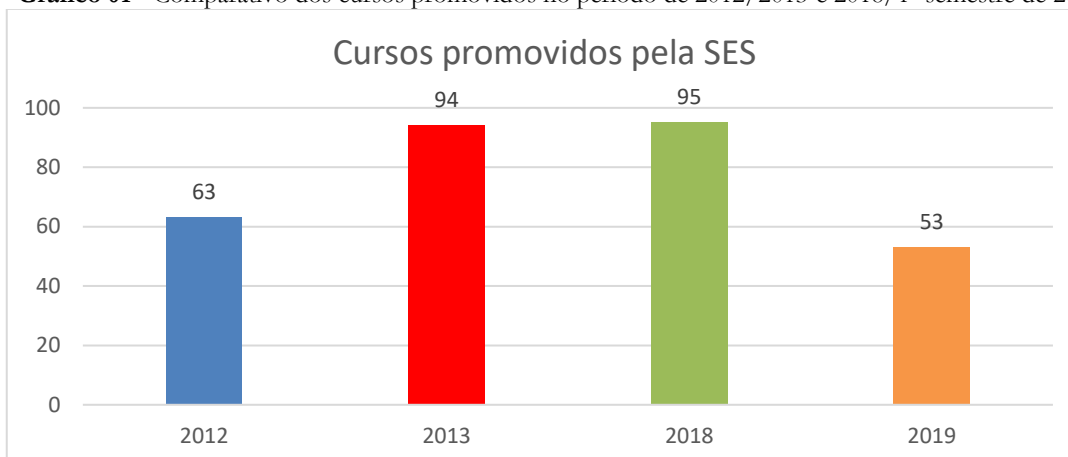
<b>ANO</b>	<b>MODALIDADE</b>	<b>Nº CURSOS</b>
2012	Presencial	8
	Web conferências/workshop	53
	Telessaúde	2
<b>Subtotal</b>		<b>63</b>
2013	Presencial	10
	Web conferências/workshop	78
	Telessaúde	6
<b>Subtotal</b>		<b>94</b>
2018	Presencial	29
	Web conferências/workshop	2
	Telessaúde	64
<b>Subtotal</b>		<b>95</b>
Jan a Jun/2019*	Presencial	11
	Web conferências/workshop	3
	Telessaúde	39
<b>Subtotal</b>		<b>53</b>

**Fonte:** TCE/SC, com base em dados encaminhados pela SES (PTE-06)

\*Dados referente ao período de janeiro a junho de 2019

Ao analisar a relação de cursos acima, percebe-se que em 2018 houve diminuição do número de web conferências e workshops em relação à auditoria em 2012/2013, mas em contrapartida houve um aumento na oferta de cursos presenciais e de Telessaúde. A evolução da oferta de cursos pode ser visualizada no gráfico a seguir:

**Gráfico 01** - Comparativo dos cursos promovidos no período de 2012/2013 e 2018/1º semestre de 2019



Fonte: TCE/SC (PTE-06)

Nota-se, comparando os exercícios de 2013 e 2018, um discreto aumento de 94 para 95 no total de cursos. Verifica-se, ainda, que até junho de 2019 ocorreram 53 cursos.

A propósito, os temas dos cursos, como por exemplo: aconselhamento e amamentação, sistema de gestão das condicionalidades de saúde, guia alimentar para crianças menores de 2 anos, reuniões para tratar da Portaria MS nº 3502/2017<sup>1</sup> etc, estão voltados para a atenção básica. Tais eventos constituem-se em instrumentos técnicos e pedagógicos que contribuem para a formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde.

Além disso, segundo documentos apresentados (fls. 28-31), o total de servidores capacitados em 2018 em cursos presenciais e EAD pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS/SPS/SES) foi de 1189 servidores, sendo que no primeiro semestre de 2019<sup>2</sup> totalizou 630 servidores.

Outrossim, conforme o Relatório Parcial e os documentos apresentados no presente monitoramento (fls. 28-32), a SES tem realizado capacitações por meio do Núcleo Telessaúde<sup>3</sup>, que nos últimos 4 anos alcançou 13.867 servidores capacitados (PTE-06), conforme o quadro a seguir.

**Quadro 01** - Servidores capacitados por meio do Núcleo Telessaúde

Ano	2016	2017	2018	Jun/2019	Total (2016 a Jun/2019)
Servidores Capacitados (Telessaúde)	2.062	5.251	4.585	1.969	13.867

Fonte: TCE/SC (PTE-06)

<sup>1</sup> Instituí, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus.

<sup>2</sup> PTE 03

<sup>3</sup> Em 2007, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Telessaúde Brasil, Santa Catarina já possuía experiência em Telemedicina e uma considerável cobertura de rede, sendo um dos nove estados selecionados para estabelecer um dos Núcleos Estaduais de Telessaúde e ofertar os serviços de teleconsultoria, tele-educação e segunda opinião formativa. <https://telessaude.ufsc.br/historico/>

Enfim, a utilização de capacitações por Telessaúde tem sido um importante instrumento para facilitar o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde.

Ademais, registre-se que a SES, em conjunto com Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho Municipal dos Secretários de Saúde (COSEMS), Escola de Formação em Saúde (EFOS) e a ETSUS Blumenau elaboraram um novo Plano Estadual de Educação Permanente do Estado de Santa Catarina (PEEPS) (fls.46-92) o qual contempla uma programação de capacitações e formações a serem realizadas no período 2019 a 2022.

Do referido PEEPS constam em execução um Curso Técnico em Enfermagem (turma 2018) promovido pela Escola de Formação em Saúde (EFOS) (fls. 65) e também um Curso de Acolhimento em Saúde (quadro 21 do PEEPS, fls. 66v). Outrossim, conforme o Quadro 22 do PEEPS (fls. 67), existem 14 cursos presenciais previstos para serem realizados entre 2018 a 2021.

### Conclusão

De acordo com o exposto, verificou-se o aumento de um curso no número total de 94 na auditoria, para 95 neste monitoramento. Contudo, houve um aumento considerável no número de cursos presenciais e telepresenciais, pelo Núcleo Telessaúde.

Registrou-se que, pelo Núcleo Telessaúde foram capacitados 13.867 servidores nos últimos 4 anos, e que além disso, foi elaborado o Plano de Educação Permanente para o período de 2019 a 2022, no qual já constam 14 cursos presenciais previstos. Sendo assim, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.1 da Decisão nº 0448/2016 como **em implementação**.

**2.1.2** Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família, item 3.3, inciso XI, da PNAB (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.2)

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
Considerar as ações citadas na resposta anterior por meio da CI 388/2016 (DEPS) encaminhada pelo ofício nº 581/16.	Medida implementada e contínua

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** A SES não apresentou informações no relatório parcial para este item.

## Análise

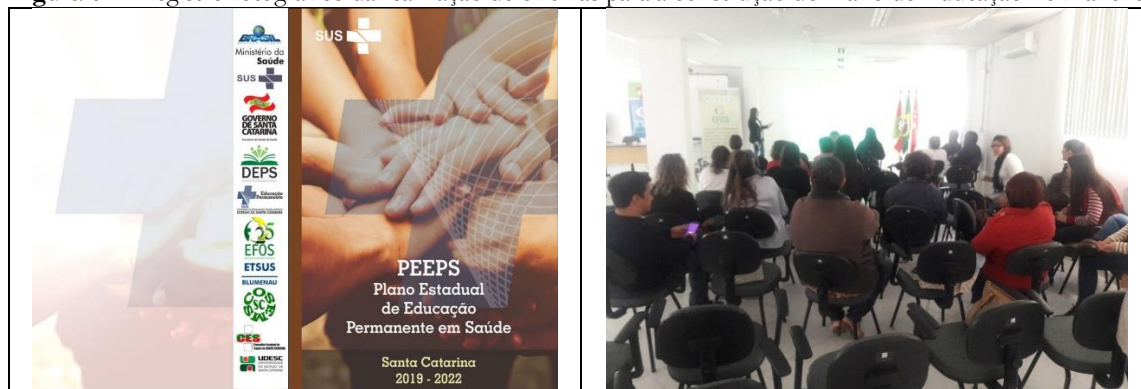
De acordo com a PNAB em seu item 3.3, que dispõe sobre educação permanente, no inciso XI, cabe as Secretarias Estaduais de Saúde articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para a formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família.

Na auditoria, verificou-se, nos quatro municípios auditados, Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville a deficiência da Secretaria Estadual de Saúde em articular-se com instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para a promoção e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica.

Neste monitoramento, tendo em vista a inexistência de informações no relatório parcial, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 2, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), documentos que comprovassem a articulação com instituições e Secretarias Municipais de Saúde no processo de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica.

Em resposta (fls. 31), a SES afirmou que a articulação se dá por meio das Comissões Permanente de Integração de Ensino em Serviço (CIES) no Estado e Regionais com os municípios. Cada CIES Regional tem o seu Plano de Ação Regional (PAREPS), que deve trazer as necessidades para Educação na Saúde dos municípios de abrangência daquela região. Além dos PAREPS, as CIES Regionais auxiliam a CIES Estadual na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS)<sup>4</sup>. Além disso, a Diretoria de Educação Permanente em Saúde/DEPS/SES, em parceria com a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), criou um Observatório de Educação Permanente em Saúde, onde são registrados em um aplicativo online todas as capacitações para profissionais da Atenção Primária à Saúde<sup>5</sup>.

**Figura 01** – Registro fotográfico da realização de oficinas para a construção do Plano de Educação Permanente



<sup>4</sup> <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/educacao-na-saude/educacao-permanente/plano-estadual>, acesso em 13/11/2019

<sup>5</sup> <https://www.udesc.br/ceo/observaeps-sc>

Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2019 - 2022	EFOS – Escola de Formação em Saúde
	
Oficina	ETSUS Blumenau

**Fonte:** SES/SC - Fotos das Oficinas e Reuniões para a Construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, realizadas no período de abril a dezembro/2018

Deveras, pesquisou-se o PEEPS (fls. 62v), o qual confirma que a gestão da Política Nacional da Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em SC é coordenada por meio da Diretoria de Educação Permanente em Saúde da Secretaria do Estado da Saúde (DEPS-SES), a qual possui a Divisão de Educação Permanente, que tem como atribuição direta a articulação e condução da política em âmbito estadual.

Ainda segundo o PEEPS, a educação permanente é realizada por meio da Escola de Saúde Pública (ESP)<sup>6</sup>, que já formou em sua história, de 2006 até julho de 2018, 574 (fls. 63v) alunos em Pós-Graduação Lato Sensu; da Escola de Formação em Saúde (EFOS), a qual oferece cursos de formação de nível médio, descentralizados em 242 municípios e que já formou 40.235 alunos (fls.65); e da Escola Técnica de Blumenau (ETSUS Blumenau “Dr. Luiz Eduardo Caminha”), que oferece cursos profissionalizantes de nível médio, já formou 37.156 alunos até julho de 2018 (fls. 66).

A seguir apresenta-se quadro com cursos em andamento, iniciados em 2018:

**Quadro 02 – Cursos oferecidos em 2018**

<b>Escola de Saúde Pública (ESP)</b>	
Pós-Graduação Lato Sensu em Sistematização da Assistência de Enfermagem (50 vagas – 390 horas)	
<b>Escola de Formação em Saúde (EFOS)</b>	<b>ETSUS Blumenau</b>
Técnico em Enfermagem (1 turma)	Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde (10 turmas)
Especialização Técnica Nível Médio em Urgência e Emergência (1 turma)	Atualização em Saúde Bucal (4 encontros)
Aperfeiçoamento em Urgência e Emergência (1 turma)	Capacitação em Urgência e Emergência (4 turmas)

**Fonte:** PEEPS 2019-2022

<sup>6</sup> Escola de Saúde Pública Prof. Osvaldo de Oliveira Maciel



O quadro acima, bem como os números de alunos formados demonstram que a educação em saúde vem sendo realizada, além disso o PEEPS apresenta uma programação de cursos entre 2018 a 2021 (fls. 67-68).

O PEEPS foi elaborado pela SES, Secretarias Municipais de Saúde, EFOS, ETSUS, Instituições de Ensino, CIES Regionais e Estadual (fls. 47v) o que demonstra a articulação entre as referidas entidades.

Ademais, a SES, em parceria com a UDESC Oeste, implantou em 2018 o Observatório de Educação Permanente em Saúde, cujo objetivo é disseminar informações sobre educação permanente em Santa Catarina a partir da página na web da UDESC (fls. 93/94).

### Conclusão

Considerando que o PEEPS 2019 – 2022 foi elaborado pela SES, Secretarias Municipais de Saúde, EFOS, ETSUS, Instituições de Ensino, CIES Regionais e Estadual, e que apresenta uma programação de cursos de capacitações, verifica-se que existe articulação entre a SES e as referidas entidades. Sendo assim, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.2 da Decisão nº 0448/2016 como **em implementação**.

#### 2.1.3 Normatizar a atividade de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica na estrutura da Secretaria (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.3)

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
No organograma oficial da SES consta até o nível de gerência. As atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na estrutura da SES estão a cargo da <b>Gerência de Coordenação da Atenção Básica</b> , no setor de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (desde o ano de 2009). Têm o objetivo de acompanhar a implantação dos serviços e indicadores de saúde, de forma a auxiliar no planejamento das ações de saúde. As principais atribuições são: monitorar e avaliar os dados de interesse da Atenção Básica, com ênfase para os indicadores pactuados, divulgando e fomentando o uso dos resultados no planejamento das ações de saúde; estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no âmbito estadual; acompanhar e divulgar a implantação de serviços e equipes de Atenção Básica. Informações disponíveis no site da SES/SC <a href="http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=384&amp;Item_id=464">www.saude.sc.gov.br</a> em: <a href="http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=384&amp;Item_id=464">http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=384&amp;Item_id=464</a>	Medida implementada

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Capacidade instalada para Atenção Básica possui informações das Equipes Saúde da Família (SF) e de Saúde Bucal (SB), Agente Comunitária de Saúde (ACS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família Santa Catarina (NASFSC), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro

de Atenção Psicossocial (CAPS), nº de leitos em saúde mental e Polos de Academia da Saúde.

Link da avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina:

[http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1406%3Aavaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-roesf&catid=458&Itemid=464](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1406%3Aavaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-roesf&catid=458&Itemid=464)

Link da capacidade instalada:

[http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=6446&Itemid=82](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6446&Itemid=82). Os profissionais estão descritos no item 6.2.1.4.

### **Análise**

Na auditoria a SES informou que a Gerência de Atenção Básica (GEABS) e a Gerência de Planejamento da Diretoria de Planejamento (DIPA/SES) realizavam monitoramento e avaliação dos municípios catarinenses. Já a Secretária de Estado da Saúde informou que havia unidade específica de M&A. Quanto à forma de monitoramento e avaliação era realizada por meio do Relatório de Gestão Anual e dos Relatórios Quadrimestrais, porém constatou-se que a atividade de monitoramento e avaliação da Atenção Básica não estava normatizada na estrutura da SES.

Neste monitoramento, tendo em vista as informações do relatório parcial, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 3, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), informações sobre em que fase estava a elaboração do Regimento Interno da SES que contempla a normatização da atividade de Monitoramento e Avaliação.

Em resposta (fls. 31V, item 3), a SES afirmou que devido a aprovação de sua nova estrutura organizacional em 12/06/2019, a Gerência de Planejamento estava em fase de conclusão da elaboração do Regimento Interno de acordo com as novas estruturas, e que após a conclusão, o documento seria validado pelo Secretário de Saúde e na sequência publicado.

Verificou-se, *in loco*, que na ausência de publicação do Regimento Interno estão vigentes as Portarias nºs 07 (04/01/2019); 532, 533, 534 (28/06/2019) que delegam atribuições às Superintendências de Gestão Administrativa, Planejamento e Gestão, Serviços Especializados e Regulação aos Hospitais Públicos Estaduais e à Vigilância em Saúde (fls. 96-98). Contudo, não se vislumbrou nas citadas portarias a normatização da atividade de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Sendo assim, a atividade de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica na estrutura da Secretaria permanece sem normatização.

## Conclusão

Tendo em vista que o Regimento Interno da SES ainda não está concluído, e considerando que as Portarias nº 07, 532, 533 e 534 não contemplam atribuições relativas à atividade de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica na estrutura da referida Secretaria, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.3 da Decisão nº 0448/2016 como **não implementada**.

**2.1.4** Dotar o setor de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica com pessoal suficiente, com base em critérios de dimensionamento pré-definidos, para o desenvolvimento das ações de M&A da AB (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.4)

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
A Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica conta atualmente com 04 profissionais desenvolvendo suas ações de M&A da AB, ressaltando que a equipe é responsável também por outras atividades na GEABS.	Medida implementada

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Quantos servidores no setor: 02 servidores administrativos nível médio; 01 suporte ao usuário – terceirizado; 01 profissional nível superior – licença médica 6 meses; 02 profissionais nível superior (enfermeira e odontólogo).

## Análise

Identificou-se na auditoria a insuficiência de equipe técnica para atuar na atividade de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na SES, apesar da Secretaria de Estado da Saúde informar que a quantidade de servidores era suficiente. À época, o órgão dispunha de dois servidores para a realização dessa atividade.

Neste monitoramento, tendo em vista as informações do relatório parcial, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 4, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que encaminhasse a relação de servidores que estavam atuando na atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Em resposta (fls. 31V-32), a SES encaminhou relação de servidores, apresentada na sequência:

**Quadro 03** – Quantitativo de servidores envolvidos com a atividade de M&A da Atenção Básica na SES

Nome do Servidor	Formação	Cargo	Vínculo	Sector de Atuação
Janize Luzia Biella	Serviço Social e Ciências Contábeis	Agente em Atividades Administrativas	Efetivo/SES	Núcleo de Cofinanciamento e Monitoramento
Márcia Codevilla de Moura	Arquitetura e Urbanismo	Agente em Atividades Administrativas	Efetivo/SDS	Núcleo de Cofinanciamento e Monitoramento
Carlos Alberto Vale da Costa	Técnico de Informática	Suporte a usuários	Contratado	Núcleo de Cofinanciamento e Monitoramento

**Fonte:** SES (fls. 31V-32 do processo)

Durante a fase de execução, confirmou-se que os servidores ora relacionados estavam atuando na atividade de monitoramento e avaliação. Contudo, após a resposta da SES à diligência, houve o ingresso de um Digitador (terceirizado) à equipe em questão, passando então para 04 (quatro) profissionais envolvidos com a atividade de M&A da Atenção Básica na respectiva Secretaria (PTE-01). Quanto aos critérios de dimensionamento, a SES não os informou.

### Conclusão

Considerando que houve um incremento na quantidade de profissionais envolvidos na atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, passando de 02 servidores na auditoria para 04 neste monitoramento, e tendo em vista que não foram identificados critérios de dimensionamento por parte da SES para a situação em questão, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.4 da Decisão nº 0448/2016 como **em implementação**.

**2.1.5** Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos Municípios e no âmbito da própria Secretaria (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.5)

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
a) Realizar fóruns virtuais de discussão via Telessaúde sobre monitoramento e avaliação para os municípios e profissionais da SES/GERSA; b) Realizar oficinas na GEABS/GERSA para discussão dos resultados da Avaliação da AB.	Até dezembro/2017

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** A SES não apresentou informações no relatório parcial para este item.

### Análise

Constatou-se na auditoria a ausência de capacitação para a equipe que desenvolvia Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica na SES.

Neste monitoramento, tendo em vista a inexistência de informações no relatório parcial, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 5, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que encaminhasse a relação de ações e capacitações promovidas no exercício de 2018, visando fortalecer a cultura de M&A junto aos municípios e no âmbito da própria Secretaria. Em resposta (fls. 32), a Secretaria informou que a Diretoria de Atenção Primária em Saúde (DAPS) realizou uma webpalestra em 12/06/2018, utilizando o Telessaúde/SC sobre o tema: Indicadores de Saúde e Proporção de Internações por Causas

Sensíveis à Atenção Primária em Saúde. Alegaram ainda que foi disponibilizado para acesso universal, no endereço eletrônico da SES/SC, a publicização do menu “TABNET Atenção Primária”, que se constitui em uma ferramenta disponibilizada pelo DATASUS/MS para tabulação, que permite a elaboração de relatórios sobre os 23 indicadores das causas sensíveis à Atenção Primária em Saúde, que subsidiam os técnicos nas análises de situação de saúde dos municípios catarinenses.

Em análise, constatou-se a veracidade de todas as informações, estando a palestra acima citada ainda disponível para consulta no endereço eletrônico <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/192027> (acesso em 10/10/2019), e as informações relativas ao menu TABNET Atenção Primária podem ser localizadas no endereço <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/diagnosticos/10417-tabnet-atencao-primaria> (acesso em 10/10/2019).

### Conclusão

Considerando que ficou comprovado que a SES vem promovendo capacitações e coloca à disposição ferramentas voltadas ao fortalecimento da cultura de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.5 da Decisão nº 0448/2016 como **em implementação**.

**2.1.6** Adotar indicadores de insumos e processos de avaliação da atenção básica em articulação com as gestões municipais (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.6)

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
<p>a) Para o ano de 2017, por meio da Resolução nº 08 de 24 de novembro de 2017, os indicadores nacionais do SISPACTO foram substituídos pela pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais. Na atenção básica serão monitorados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura proporcional populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica;</li> <li>- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do programa Bolsa Família (PBF)</li> <li>- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica;</li> <li>- Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária;</li> <li>- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária;</li> <li>- Ações e matriciamento realizados por CAPS com equipes de atenção básica;</li> </ul>	<p>Até dezembro/2017</p>

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Os resultados por região de saúde estão disponíveis no link: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=1365&Itemid=82](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1365&Itemid=82).

### Análise

Apontou-se na auditoria a baixa utilização de indicadores como estratégia de aprimoramento da gestão da Atenção Básica, uma vez que os instrumentos de gestão utilizados pelas Secretarias Municipais de Saúde, como o PMAQ, contemplavam alguns indicadores de insumo e processo, mas ainda de forma incipiente.

Neste monitoramento, tendo em vista as informações do relatório parcial, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 6, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que informasse as razões da ausência de publicação dos indicadores relativos à avaliação da gestão municipal da Atenção Básica no site da SES<sup>7</sup>, tendo em vista que a última publicação se referia ao exercício de 2015. Em resposta (fls. 32), a Secretaria informou que a desatualização do *site* se deve ao fato de que, desde 2015, a Diretoria de Atenção Primária à Saúde não realiza avaliação da Atenção Básica em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esclareceram, durante a fase de execução deste monitoramento (PTE-01), que em face do término da parceria, estão utilizando somente os indicadores do PMAQ que estão disponíveis no *site* e-Gestor (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Em pesquisa ao *site* e-Gestor, verificou-se que os indicadores utilizados atualmente pelo PMAQ (3º Ciclo) são:

- a) indicador 1.1 - média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante;
- b) indicador 1.2 - percentual de atendimento de demanda espontânea;
- c) indicador 1.3 - percentual de atendimento de consulta agendada;
- d) indicador 1.4 - índice de atendimentos por condição de saúde avaliada;
- e) indicador 1.5 – razão de coleta de material citopatológico do colo do útero;
- f) indicador 1.6 – cobertura de primeira consulta odontológica programática;
- g) indicador 3.1 – percentual de encaminhamento para serviço especializado;
- h) indicador 3.2 – razão entre tratamento concluído e primeiras consultas odontológicas programáticas;
- i) indicador 4.1 – percentual de serviços ofertados pela equipe de atenção básica;
- j) indicador 4.2 – percentual de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal.

---

<sup>7</sup> <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/acompanhamento-e-avaliacao/1406-avaliacao-da-gestao-da-atencao-basica-em-santa-catarina-proesf> (em 11/10/2019)

Ressalta-se que a SES mantém em seu endereço eletrônico, com acesso universal, a ferramenta “TABNET Atenção Primária”, tendo sido encontrados os seguinte indicadores quando da pesquisa efetuada por este corpo técnico em 11/10/2019<sup>8</sup>:

- Indicador 01 - cobertura populacional estimada pelas equipes ESFR;
- Indicador 02 - cobertura populacional estimada pelas equipes ESB;
- Indicador 03 - proporção de internações por causas sensíveis a Atenção Primária – ICSAP;
- Indicador 06 – Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar;
- Indicador 07 – Percentual de recém-nascidos com baixo peso;
- Indicador 08 – Proporção de gravidez na adolescência;
- Indicador 13 – Proporção de óbitos por grupos de causas;
- Indicador 15 – Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família;
- Indicador 18 – Proporção de homicídios em mulheres;
- Indicador 19 – Proporção de óbitos por causas externas;
- Indicador 21 – Ações de matriciamento sistemático realizados por CAPS com equipes de AB.

Para tanto, a equipe constatou que a SES utiliza para o monitoramento da Atenção Primária em Saúde um total de 10 indicadores do PMAQ e disponibiliza a ferramenta TABNET Atenção Primária para acesso universal onde constam 11 indicadores.

Considerando os 21 indicadores acima citados, e levando-se em consideração a classificação de COHEN e FRANCO<sup>9</sup>, citada no relatório de auditoria DAE 024/2015, entende-se que tais indicadores fazem referência a indicadores de resultado, processo e de insumo. Como exemplo de indicador resultado cita-se a “proporção de óbitos por causas externas”; enquanto que para o indicador processo destaca-se a “média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante”; e para indicador insumo tem-se a “cobertura populacional estimada pelas equipes ESB”.

## **Conclusão**

Considerando que, apesar da SES estar utilizando apenas os indicadores do PMAQ para avaliação da Atenção Primária à Saúde, ficou constatado tratarem-se de

---

<sup>8</sup> <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/diagnosticos/10417-tabnet-atencao-primaria> (em 11/10/2019)

<sup>9</sup> Jannuzzi, Paulo de Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público, Brasília, n° 56 (2), p. 137-160, Abr/Jun 2005.

indicadores de resultado, processo e insumo. E, quanto à articulação com as gestões municipais, a SES disponibiliza em seu endereço eletrônico a ferramenta TABNET Atenção Primária, com indicadores para utilização dos municípios em seus planejamentos e avaliação da Atenção Primária à Saúde, entende-se que a Recomendação prevista no item 6.2.1.6 da Decisão nº 0448/2016 encontra-se **em implementação**.

**2.1.7** Elaborar diagnóstico da estrutura de tecnologia da informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica da SES (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.7).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
A estrutura de equipamentos de informática, software e insumos para as atividades de monitoramento e avaliação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação na GEABS está adequada. Dispõe de computadores, acesso à internet, kits multimídia, telefone, impressora. A GETIN realiza o suporte técnico e de manutenção.	Medida implementada

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** a SES não apresentou informações no relatório parcial para este item.

### Análise

Constatou-se na auditoria a ausência de levantamento/diagnóstico de infraestrutura de Tecnologia da Informação (TI) da SES e das unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Ressalta-se que a SES não apresentou informações quanto ao presente item. Registre-se, entretanto, que o art. 17, VIII da Lei nº 8.080/90 atribui à direção estadual do SUS a formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde. Além disso, no mesmo sentido, a PNAB, por meio da Portaria GM-MS nº 2.488/11, vigente à época da auditoria, dispunha o seguinte:

[...]  
São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:  
III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades; [...]  
VII - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades; [...]

Não obstante a Portaria GM-MS nº 2.488/11 não esteja mais em vigor, a nova Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, de 28/09/2017, no seu Anexo XXII, art. 7, III, IX e XI, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, manteve a similaridade com a redação anterior, veja-se:



**Art. 7º São responsabilidades comuns** a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º) [...]

**III - garantir a infraestrutura adequada** e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, III) [...]

**IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes**, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IX) [...]

**XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar** as ações da Atenção Básica nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XI) [...] (Grifou-se)

Portanto, considerando os dispositivos legais supracitados, cabe à SES elaborar diagnóstico da estrutura de tecnologia da informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica, conforme a Recomendação constante no item 6.2.1.7 da Decisão nº 0448/2016.

Neste monitoramento, tendo em vista a inexistência de informações no relatório parcial, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 7, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que encaminhasse o último/atual diagnóstico da estrutura de TI da SES e das unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Em resposta (fls. 32V), a SES afirmou que todas as unidades administrativas, assistenciais e hospitalares próprias são informatizadas. Possuem computadores interligados por links de fibras, através de redes de governo, equipamentos de videoconferência e webconferências para realização de reuniões, softwares para prontuário eletrônico instalados nas unidades hospitalares próprias. Informaram ainda que o parque tecnológico da SES compreende:

**Quadro 04** – Parque tecnológico da SES em 2019

Quantidade	Descrição
272	Servidores virtuais (40 hospedados no CIASC, 91 na Sede, 141 nos hospitais)
35	Hosts Físicos (7 na SEDE e 28 espalhados entre os 14 hospitais)
342	Switchs espalhados pelas unidades administrativas, assistenciais e hospitalares da SES
4.500	Computadores espalhados pelas unidades administrativas, assistenciais e hospitalares da SES
1200	Equipamentos diversos (Datashow, impressoras, notebooks, roteadores)

Fonte: SES/SC

A Secretaria informou, ainda, que a Diretoria de Atenção Primária à Saúde conta com o aporte dos seguintes equipamentos de informática para a execução das atividades, quais sejam: 01 impressora laser; 03 datashows; 39 microcomputadores; 01 HD externo e 01 notebook.

Durante a fase de execução do monitoramento procurou-se esclarecer como a Gerência de Tecnologia de Informação da SES (Getin) realizava o diagnóstico de TI. Em entrevista realizada em 12/09/2019, a Gerência informou que realiza esse levantamento sob

demanda. Tendo em vista algumas alterações ocorridas desde a resposta à Diligência, a Getin enviou por e-mail (fls. 99) novos esclarecimentos, a saber:

A Coordenação vem trabalhando para modernização de seu parque tecnológico que atualmente se encontra defasado, além da ampliação de sua infraestrutura e links, visto que a todo instante novos equipamentos hospitalares necessitam de infraestrutura lógica para transferir dados e imagens. Além disto, a equipe também vem trabalhando na modernização de seus sistemas de gerenciamento e controle, para garantir a rastreabilidade, integridade, confiabilidade e operabilidade de seus dados, para melhor atender a necessidade da população catarinense.

**Esclarecimentos:**

O parque tecnológico computacional da SES encontra-se defasado, pelo fato de que não há aquisição de equipamentos e insumos de informática há muitos anos.

A GETIN - Gerência de Tecnologia de Informação da SES, realiza os apontamentos de necessidades com recorrência e formaliza processos de aquisição de compra de materiais de informática em geral, de acordo com as especificações técnicas estabelecidas pela SEA/SC - Secretaria de Administração e CIASC - Centro de Informática do Estado de Santa Catarina.

Estes processos contém as quantificações, especificações, orçamentos, justificativas para aquisição e, de forma compulsória, são tramitados em diversas instâncias para revisão e aprovação (dentre elas, Financeiro, Grupo Gestor da SEA, CIASC, etc), até que retorne para o setor de licitação publicar o edital.

Acontece que, desde 2014, apesar de haver vários processos, não houve aquisição de equipamentos, principalmente pela falta de recursos financeiros.

Ao longo desses anos, a GETIN, também vem atendendo novas estruturas, como as Macrorregionais, que totalizam aproximadamente 22 instalações, além de outras que comprometem a disponibilidade de telefonia, infra e computadores.

Dentre as principais fragilidades podemos destacar:

- morosidade nos encaminhamentos processos físicos até 2018 (no primeiro semestre de 2019 foi implantado o SGPe, onde todos os processos físicos passaram a ser digitais, melhorando a agilidade na tramitação dos processos);
- parque tecnológico é defasado/antigo por não ser finalizada aquisições desde 2014;
- ampliação do parque tecnológico constante em função de novas estruturas incorporadas, com por exemplo, 22 ADRs;
- falta de garantia no parque tecnológicos;
- geração de compras emergenciais de insumos por conta de causas inesperadas;
- falta de insumos para atender demandas básicas.

Segue abaixo, a relação de processos de aquisição de materiais, que podem ser visualizados no sistema SGPe - Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos:

- PSES 30192/2016 - Aquisição de equipamentos de informática (Switches);
- PSES 25066/2017 - Aquisição de insumos de informática (Insumos e Computadores);
- PSES 25060/2017 - Aquisição centrais e telefones VOIP para ampliação da rede de governo;
- PSES 04561/2018 - Aquisição emergencial de Switch para Maternidade Dona Catarina Kuss;
- PSES 42754/2018 - Aquisição de servidores e storages para Prédio Central e Centro Catarinense de Reabilitação;
- PSES 4423/2019 - Aquisição de roteadores para emergências das unidades hospitalares.

Em resumo, as informações acima revelam a defasagem do parque tecnológico computacional da SES, motivado, segundo a Getin, pelo fato de que desde 2014 não foram realizadas aquisições, como também não há previsão de aquisição de novos equipamentos, devido à morosidade na tramitação dos processos (fluxo processual) que visam tal ação. Consta ainda que a aquisição de insumos se dá por meio de compras emergenciais.

## Conclusão

De acordo com o exposto, verificou-se que a SES apresentou uma relação de equipamentos utilizados pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde e salientou que o parque tecnológico está defasado desde 2014, não havendo previsão de aquisição de novos equipamentos. A SES elencou as principais fragilidades de TI, muito embora não tenha apresentado os quantitativos necessários no sentido de contemplar as necessidades demandadas nas unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica da SES.

Não obstante isso, entende-se que o conhecimento dos equipamentos que a SES tem sobre o seu parque tecnológico e das suas principais fragilidades é imprescindível para a elaboração de um diagnóstico de TI. Sendo assim, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.7 da Decisão nº 0448/2016 como **não implementada**.

**2.1.8 Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico item 2.2.3 do Relatório DAE. (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.8).**

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
A estrutura de equipamentos de informática, software e insumos para as atividades de monitoramento e avaliação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação na GEABS está adequada. Dispõe de computadores, acesso à internet, kits multimídia, telefone, impressora. A GETIN realiza o suporte técnico e de manutenção.	Medida implementada

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** a SES não apresentou informações no relatório parcial para este item.

## Análise

De acordo com a auditoria, a SES deveria adequar a estrutura de Tecnologia da Informação dela e das unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica de acordo com o diagnóstico, objeto da recomendação constante no item anterior.

Neste monitoramento, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 8, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), comprovação das providências para adequar a estrutura de TI às necessidades demandadas pelas unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica da SES.

Em resposta (fls. 33), a SES afirmou que para a gestão da informação em saúde ser fortalecida e os avanços na estrutura de TI ocorram é imprescindível superar as principais fragilidades identificadas pela Coordenação de Tecnologia da Informação, a saber: falta de

modernização e atualização do parque tecnológico (equipamentos e insumos) e rede lógica; necessidade de contratação de novos serviços e revisão dos contratos de prestação de serviços vigentes; necessidade de efetivação e implementação da governança em TI e insuficiência de telefonia IP para todas as unidades da SES. Informou, ainda, que a equipe vem trabalhando na modernização de seus sistemas de gerenciamento e controle, para garantir a rastreabilidade, integridade, confiabilidade e operabilidade de seus dados, para melhor atender as demandas advindas dos municípios, facilitando a análises de situação de saúde.

Apesar da Coordenação de Tecnologia da Informação apresentar as principais fragilidades em tecnologia, verificou-se que a SES não realizou diagnóstico da estrutura de tecnologia da informação que contemplasse as necessidades demandadas, conforme disposto no item anterior. Além disso, não foi apresentado se ocorreu alguma adequação tecnológica para atendimento de suas necessidades.

### Conclusão

Considerando que a SES apresentou relação de equipamentos de Tecnologia da Informação (TI) necessários, que não se constitui um diagnóstico, e que esta recomendação refere-se a adequação da estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico, entende-se que esta análise deste ficou **prejudicada**.

**2.1.9** Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da Atenção Básica, após discussão nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.9).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
<p>Esta ação compete ao Ministério da Saúde, pois os sistemas oficiais de informações estão subordinados a ele, e geralmente criados e geridos pelo DATASUS. A estratégia anunciada e em fase de implantação pelo Ministério da Saúde é o e-SUS AB, já pactuada em CIT. O e-SUS AB visa desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas de informação na Atenção Básica, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado do usuário por meio do Cartão Nacional de Saúde (pactuado em CIT). A GEABS, em parceria com o Telessaúde SC, vem realizando ações intensivas de capacitação para os profissionais da atenção básica dos municípios voltadas à implantação e uso do e-SUS. Também disponibiliza um serviço de helpdesk para apoio aos municípios. O e-SUS está em constante atualização das versões e a cada nova versão agrega novos sistemas de informações que agregam novos dados, evoluindo para a interoperabilidade entre diversos sistemas de informação. O monitoramento mensal do envio de dados do e-SUS AB ao SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica) está sendo realizado pela coordenação de Acompanhamento e Avaliação da GEABS. Está disponível em: <a href="http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=3957&amp;Itemid=615">http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=3957&amp;Itemid=615</a></p>	<p>Medida que não compete à SES/SC. Compete ao Ministério da Saúde.</p>

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** no sistema e-SUS AB já estão integrados os seguintes Programas: SISPRENATAL, SISVAN, Hiperdia, PSE, CADSUS, Atenção Domiciliar, Consultório na Rua, Mais Médicos, PNAISP, PMAQ, PNPIC, CMD.

Link e-SUS AB: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>; Link e-SUS SAMU: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/regulacao/samu>; Link e-SUS Hospitalar: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/hospub>.

Em relação à sugestão da SES encaminhar MS, CIT, e CIB, acataremos a sugestão e indicaremos aos representantes da SES no Grupo de Trabalho de Informação vinculado ao CONASS, que o tema integração dos sistemas de informação sejam debatidos e que seja cobrado e passe a ser prioridade pelo Ministério da Saúde.

### Análise

De acordo com a auditoria, além da insuficiência de suporte técnico para manutenção da estrutura de TI e de instabilidades, também foi apontado a baixa integração entre os sistemas do Ministério da Saúde e municipais como fator que provoca demora do atendimento ao usuário, perdas de dados da Atenção Básica, retrabalho na alimentação dos diversos sistemas, elevação de custos, ociosidade e intempestividade na alimentação de dados, bem como a perda ou suspensão de recursos financeiros aos municípios.

A Secretaria alegou no Plano de Ação que a presente medida era de competência do Ministério da Saúde e informou no Relatório Parcial que iria indicar representantes para compor o Grupo de Trabalho de Informação vinculado ao CONASS, para que o tema integração dos sistemas de informação fosse debatido e remetido ao Ministério da Saúde para priorização.

Neste monitoramento, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 9, apêndice A, do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que comprovasse a indicação de representantes da SES no grupo de trabalho de informação vinculado ao CONASS<sup>10</sup>.

Em resposta (fls. 33-35), a SES encaminhou respectiva relação, que se apresenta na sequência, de acordo com a indicação da Câmara, nome do titular e do suplente, a saber:

**Quadro 05** – Servidores Indicados para compor as Câmaras Técnicas vinculadas ao Conass

Descrição	Titular	Suplente
Câmara Técnica de Atenção à Saúde (CTAS)	Carmem Regina Delziovo	Ramont Tartari
Câmara Técnica de Atenção Primária à Saúde (CTAPS)	Maria Simone Pan	Maria Catarina da Rosa
Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica (CTAF)	Adriana Heberle	Graziela Melissa Scarton Buchirieser

<sup>10</sup> Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Descrição	Titular	Suplente
Câmara Técnica de Comunicação Social (CTCS)	Fabricio EscandiuZZi	Robson Valverde
Câmara Técnica de Saúde de Direito Sanitário (CTDS)	Felipe Barreto de Melo	Letícia Coelho Simon
Câmara Técnica de Epidemiologia (CTEPIDEMIO)	Maria Teresa Berdoldi Agostini	Lia Quaresma Coimbra
Câmara Técnica de Vigilância em Saúde Ambiental (CTVSA)	Michele Marcon Telles Prado	Cristine Durante de Souza Silveira
Câmara Técnica de Gestão e Financiamento (CTGF)	Dulce Maria Brandão de Castro Quevedo	Marcus Aurélio Guckert
Câmara Técnica de Saúde do Trabalhador (CTST)	Regina Dal Castel Pinheiro	Giovanna Philippi
Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CTGTES)	Micheline Moreira Kemper	Fernando de Toledo Barros Wendhausen
Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde (CTISS)	Karine Ouriques Maia	Helma Finta Uba
Câmara Técnica de Vigilância Sanitária (CTVISA)	Lucélia Scaramussa Ribas Kryckyj	Raquel Ribeiro Bittencourt
Câmara Técnica de Qualidade e Segurança do Paciente (CTQSP)	Janete Ferreira Pinheiro	Carina Kindermann

Fonte: SES/SC

Tendo em vista as informações apresentadas, e para melhor fundamentação da matéria em questão, faz-se necessário tecer alguns comentários acerca da legislação que trata da matéria da interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde.

Primeiramente cita-se a Nota Técnica 37/2011 CONASS de 23/08/2011, que trata dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação. À época, ante a proposta da criação do “portal do cidadão”, a partir do qual os cidadãos poderiam ter acesso às suas informações de saúde via internet, viu-se necessário a integração e interoperabilidade entre os sistemas de informação do SUS, através do desenvolvimento de uma plataforma de arquitetura orientada a serviços – SOA para o SUS, o que promoveria a integração de informações e a interoperabilidade dos sistemas e serviços por meio da tecnologia de barramento. A Nota Técnica 37/2011, define como padrões de interoperabilidade o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que normatizam e regulamentam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde municipais, estaduais e federais, estabelecendo condições de interação com os demais poderes e esferas de governo e com a sociedade em geral.

Consta da referida norma que a interoperabilidade pode ser compreendida em duas dimensões, do ponto de vista da informação ou pela maneira como os sistemas e softwares se comunicam entre si. Quanto à informação, a interoperabilidade pode ser entendida como intercâmbio de informações (troca de informações de um sistema para outro); agregação de informações (dispor em uma única estrutura as informações de pacientes, provenientes de múltiplas fontes); e informações computáveis (que podem ser consultadas).

Para tanto, é fundamental que haja uma padronização das informações para seu processamento, através de padrões tecnológicos que permitam esse compartilhamento.

Dito isto, passa-se à segunda dimensão da interoperabilidade, que está relacionada à maneira como os sistemas e softwares se comunicam, e que compreende três aspectos:

- a) integração de sistemas e aplicações: a interface entre sistemas é definida em termos de “interface de serviços” e “interfaces de aplicações programáveis”. A interface de serviços utilizada era a “Arquitetura Orientada a Serviços – SOA”;
- b) definição das fronteiras dos sistemas (escopo de cada sistema ou componentes);
- c) definição da interface de cada sistema.

Neste sentido, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 2.073/2011 de 31/08/2011, que regulamenta o uso de padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis municipal, distrital, estadual e federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar, onde estabelece que ao Ministério da Saúde (MS) cabe estabelecer uma arquitetura de conceitos em saúde (art. 3º); que os padrões de interoperabilidade constem do Catálogo de Padrões de Interoperabilidade de Informações de Sistemas de Saúde (CPIISS), publicado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS) (art.4º); garantir aos entes federados a disponibilização de todos os dados transmitidos, consolidados ou em composição plena (art. 9º, II); e prover plataforma de interoperabilidade para troca de informações entre os sistemas do SUS (art. 9º, III).

Em 20/05/2015, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 589/2015, que institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS, tendo por finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS, e pelas entidades vinculadas ao MS, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática (art. 2º).

Atualmente o projeto de interoperabilidade SOA-SUS está disponível no endereço eletrônico do DATASUS (<http://datasus.saude.gov.br/interoperabilidade>), onde se encontram disponibilizadas as ações desenvolvidas pelo departamento em questão, no que se refere a normas, padrões, catálogo de serviços dos sistemas desenvolvidos pelo setor, além de manuais e componentes.

## **Conclusão**

Considerando que a SES apresentou a relação de servidores que foram indicados a compor as Câmaras Técnicas vinculadas ao CONASS; Considerando que ficou evidenciado

que a responsabilidade pela interoperabilidade (integração) dos sistemas de informação não é da competência da Secretaria de Estado da Saúde de SC e sim de responsabilidade do Ministério da Saúde, conforme dispõe a legislação acerca do presente assunto (Norma Técnica nº 37/2011 CONASS; Portaria GM/MS nº 2.073/2011; Portaria GM/MS nº 589/2015), entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.9 da Decisão nº 0448/2016 como **prejudicada**.

**2.1.10** Instituir ações no sentido de melhor instrumentalizar e capacitar os municípios no processo de planejamento da Atenção Básica em observância ao item 03, inciso VIII da PNAB (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.10).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
<p>Ofertar apoio técnico dos profissionais das GERSA- Gerências Regionais de Saúde para elaborar os instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Programação Anual de Gestão),</p> <p>- Ofertar apoio técnico para discussão e preenchimento do instrumento de Autoavaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade - AMAQ, que é um processo de reflexão, de autoanálise e principalmente de planejamento com a formulação de estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, dos processos de trabalho e da gestão. Este instrumento é disponibilizado pelo Ministério da Saúde no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade AB - PMAQ;</p> <p>Realizar webpalestras, teleconsultorias assíncronas e síncronas e fóruns de discussão sobre a AMAQ com orientação para o planejamento de ações para a melhoria do acesso e da qualidade nos municípios, via Telessaúde SC.</p> <p>Considerar resposta enviada anteriormente por meio da CI 083/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16.</p>	<p>Medida implementada – ação contínua</p>

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Não houve manifestação da unidade acerca desta recomendação.

### Análise

Identificou-se na auditoria um apoio deficiente da SES às Secretarias Municipais de Saúde no tocante a instituição de ações para melhor instrumentalizar e capacitar os municípios no processo de planejamento da Atenção Básica. À época, como comprovação de seu apoio, a SES se limitou a informar que a capacidade instalada das equipes e serviços da Atenção Básica era atualizada bimensalmente e encaminhou comprovação da realização de quatro capacitações relativas à oficina de apoio institucional, curso de monitoramento e avaliação e apoio institucional de desenvolvimento do PMAQ. Salientou, ainda, que sua atuação se limitava em adequar as informações recebidas pelo Ministério da Saúde e repassá-las aos municípios, que tem a autonomia para realizarem seus próprios planejamentos. Para



tanto, entendeu-se naquele momento que uma das formas de comprovação de apoio aos municípios seria por meio da promoção de capacitações por parte da SES.

Neste monitoramento, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 10, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), elencar todas as ações desenvolvidas pelo Estado nos anos de 2018 até o 1º semestre de 2019, com o objetivo de apoiar os municípios no processo de levantamento das necessidades de saúde da Atenção Básica, planejamento e instrumentos resultantes.

Em resposta (fls. 35), a SES elencou as principais ações ofertadas aos municípios e relatou que entende que a solicitação em questão também está contemplada nos itens 1 e 17 do apêndice A, do Ofício DAE nº 2.433/2019, temas que estão sendo tratados nos itens 2.1.1 (relação de cursos para os gestores e profissionais de saúde na área de Atenção Básica) e 2.1.14 (estratégia para o desenvolvimento do apoio matricial nas SMS e UBS) deste relatório. Na sequência apresenta-se as ações citadas pela SES, a saber:

**Quadro 06** – Capacitações para levantamento das necessidades de saúde da Atenção Básica

Data da realização	Descrição da atividade	Público-Alvo	Carga horária	Modalidade	Local	Nº de concluintes
<b>ANO 2018 (Janeiro – Dezembro)</b>						
01 e 02/08/2018	Reunião para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	Gestores e Profissionais da APS	16h	Presencial	Auditório Anexo I – SES Florianópolis	139
<b>ANO 2019 (Janeiro – Junho)</b>						
24 e 25/06/2019	Encontro Estadual para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	Gestores e Profissionais da APS	16h	Presencial	Centrosul Florianópolis	616
27/03/2019	Reunião Integrada da Câmara Técnica de APS e Vigilância em Saúde	Gestores e Profissionais da APS	4h	Presencial	Sala Conselho Estadual de Saúde - SES	320
15/05/2019	Reunião Integrada da Câmara Técnica de APS e Vigilância em Saúde	Gestores e Profissionais da APS	4h	Presencial		38

Fonte: SES/SC

Deveras, o quadro acima apresenta quatro eventos de capacitação (reuniões e encontros), voltados ao processo de levantamento das necessidades de saúde da Atenção Básica.

Além disso, destaca-se que em entrevista à Gerente de Planejamento da SES, realizada em 26/02/2019, na fase de planejamento (PT-02), esta relatou que o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão são ferramentas que podem ser utilizadas para facilitar a identificação dos principais problemas de saúde de cada município e na definição de intervenções eficientes e eficazes, de forma a favorecer o aperfeiçoamento da

gestão. E, para a revisão desses instrumentos foram realizados em 2018 o total de 08 encontros por videoconferência e 02 presenciais com as Gerências Regionais de Saúde, com objetivo de instrumentalizá-los sobre os processos de Planejamento do SUS. Outrossim, a Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Conselho Estadual de Saúde, apoiou a realização de 04 oficinas para orientar a organização dos processos de trabalho dos Conselhos Municipais de Saúde.

### Conclusão

Considerando que no exercício de 2018 e 2019 (até junho), a SES promoveu quatro eventos de capacitação voltados ao levantamento das necessidades de saúde da Atenção Básica; Considerando que foram realizados oito encontros em 2018 por meio de videoconferência e dois presenciais com o objetivo de instrumentalizar os municípios acerca dos processos de planejamento do SUS; Considerando que a SES promoveu a realização de quatro oficinas para orientação e organização dos trabalhos dos Conselhos Municipais de Saúde; entende-se que a referida Secretaria vem instituindo ações no sentido de melhor instrumentalizar e capacitar os municípios no processo de planejamento da Atenção Básica em Saúde, razão pela qual entende-se que a Recomendação prevista no item 6.2.1.10 da Decisão nº 0448/2016 está **em implementação**.

**2.1.11** Assumir sua atribuição de articulador do estabelecimento de fluxos de integração regionalizada da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, por meio da implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), estabelecido pelo art. 33 do Decreto Federal 508/2011 (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.11).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
Considerar resposta enviada anteriormente por meio do Parecer 098/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16.	Medida implementada – ação contínua

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Não houve manifestação da unidade acerca desta recomendação.

### Análise

Constatou-se na auditoria que a atuação da SES como responsável pela implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) no Estado não estava em conformidade com o estabelecido no art. 39, do Decreto Federal nº 7.508/2011,

sendo a SES o órgão responsável pelo estabelecimento das normas de elaboração e fluxos do COAP, assim como pela coordenação da sua implementação. E, que as fragilidades dos Instrumentos de Pactuação Programada e Integrada (PPI) e a não adesão ao COAP pelo Estado contribuíam para a restrição do acesso da população à média e alta complexidade, o que refletia diretamente no aumento das demandas judiciais.

Neste monitoramento levantou-se o que segue:

De acordo com informações da SES constantes do Parecer Técnico 01/15 (RLA 14/00675828, fls. 332-333), a discussão para a construção do COAP na referida Secretaria teve seu início com a criação de um grupo Condutor de Implementação através da Portaria nº 632/2012. Durante o ano de 2012 foram realizadas oficinas para discussão das regiões de saúde, sendo criado um instrumento para levantar os serviços existentes em cada região (Matriz Diagnóstica). Além disso a SES participou de reunião em conjunto com o Ministério da Saúde e os Estados da região Sul, tendo como objetivo a apresentação das experiências desenvolvidas nos Estados e discussões quanto as Regiões Interestaduais. Após discussões nas CIR e CIB o novo desenho da regionalização do Estado (16 regiões de saúde) foi aprovado por meio das Deliberações CIB 348/12 e 457/12. Em abril/2013 foram realizadas oficinas com todas as superintendências, diretorias, gerências e técnicos da SES acerca da operacionalização do COAP no Estado. Paralelamente realizou-se a consolidação dos dados da matriz diagnóstica, que foi devolvida aos municípios para validação, por meio de oficinas em todas as CIRs, como também foram trabalhadas questões ligadas à Programação Pactuada e Integrada (PPI) para que a mesma pudesse migrar para a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), onde o Estado seria piloto naquela migração. Em acordo realizado entre COSEMS, CIB, SES e Ministério da Saúde, foi definido que a finalização e assinatura do COAP em cada região de saúde somente seriam efetivados a partir do momento em que houvesse uma visualização clara e objetiva da revisão da PPI/PGASS. A SES informou, ainda, que os dois Estados que haviam assinado o COAP já estavam revisando e solicitando uma quebra de contrato, tendo em vista a falta de clareza do financiamento federal para o cumprimento das metas pactuadas nos contratos assinados. A SES alegou ainda que, mesmo sem assinar o contrato, estava cumprindo a pactuação dos indicadores de acordo com a Resolução nº 5 da CIT, de 19/06/2013<sup>11</sup>.

Em 2016, por meio da CI nº 083/2016 (RLA 14/00675828, fls. 625), a SES alegou que a lentidão na assinatura do COAP se devia ao disposto no art. 33, do Decreto Federal nº 7.508/2011, que não apontava caminhos sólidos para esta construção, tampouco

---

<sup>11</sup> Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS e a implementação do COAP.

indicava recursos financeiros para sua execução, fato que inibiu o avanço do processo não apenas em Santa Catarina, como também nos demais Estados. Informaram que havia sido criado pelo Conselho Nacional de Saúde um grupo de trabalho para revisão do referido decreto.

Em março/2017, de acordo com a Informação nº 043/2017 (RLA 14/00675828, fls. 658), a SES informou que o Estado não aderiu ao COAP haja vista que o Decreto Federal nº 7.508/2011 não apontava caminhos sólidos para a sua consolidação, mas que a SES vinha trabalhando o fortalecimento da regionalização das ações por meio da construção de Planos Integrados Regionais articulados com os municípios, processo esse que teve início com a criação de grupos condutores regionais.

Para tanto, em 23/08/2018, a CIB aprovou a Deliberação nº 217/2018, que instituiu Comitês de Governança Macrorregionais com o intuito de construir o Planejamento Regional Integrado (PRI) no território das macrorregiões de saúde e definição de prazos para elaboração dos referidos planejamentos.

Com base na deliberação em questão, solicitou-se neste monitoramento, por meio de diligência (item 11, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que a SES comprovasse as ações de execução de planejamento para a elaboração do PRI, que vem sendo realizado a partir da Deliberação nº 217/2018. Em resposta (fls. 36), a SES encaminhou a seguinte manifestação:

Seguindo as premissas da Constituição Federal de 1988 e bem como da Lei Federal nº 8080 de 1990, em 2018 o Ministério da Saúde (MS), em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), acorda com Estados e Municípios, através da Resolução CIT 37/2018, normas para a instituição de macrorregiões de saúde em todo o país. A medida visa expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação a população por meio da construção do Plano Regional Integrado (PRI). A ideia é que as diretrizes, objetivos, metas e as ações e serviços estejam mais evidentes para a garantia do acesso à saúde. O documento sugere ainda aos estados a instituição de macrorregiões de saúde, ou seja, agrupamento de territórios semelhantes e com serviços de saúde referenciados. Tal plano virá conter a análise da situação de saúde, as prioridades, as responsabilidades, a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços, orientando a alocação dos recursos de investimentos e custeio da União, Estados e Municípios, bem como da distribuição de emendas parlamentares. Cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá definir as macrorregiões e diretrizes que orientarão o processo de planejamento regional integrado no estado e seu monitoramento, articulando as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Os estados devem definir as macrorregiões e o cronograma do Planejamento Regional Integrado.

Seguindo as recomendações do MS e cumprindo a Resolução CIT 37/2018 o Estado, juntamente com as representações municipais, publicam a Deliberação 195/2018, definida em CIB no mês de agosto de 2018, reorganizando macrorregionalmente o Estado de acordo à nova composição das Macrorregiões Saúde para o processo de Planejamento Regional Integrado, seguindo às premissas estabelecidas para a regionalização. Assim como, a Deliberação 217/2018 a qual institui os Comitês de Governança Macrorregionais (CGM), com o intuito de construir a Planejamento Regional Integrado - PRI no território da Macrorregiões de Saúde, e define de prazos para elaboração do PRI. Desde quando, esta secretaria vem constantemente organizando e promovendo, com apoio do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI)/Secretaria Executiva do Ministério da Saúde

representados pelo Núcleo Estadual do Ministério da Saúde em Santa Catarina (NEMS/SC) e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC), ações de execução de planejamento para a elaboração do PRI.

Em razão da nova gestão, e por sua vez nova forma de condução administrativa que vem sendo aplicada no Estado de Santa Catarina, foi definido em CIB a Deliberação 033/2019 visando a otimização e desburocratização no processo de planejamento e construção do PRI, que como consequência de trabalho deverá culminar na elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) previsto para o corrente ano.

<b>AÇÃO</b>	<b>PERÍODO</b>
Realização de Videoconferências com os envolvidos no processo de construção do PRI para alinhar os conteúdos e conceitos – Redes de Atenção à Saúde.	Fevereiro de 2019.
Encaminhar questionário via FormSUS para a coordenação de CIR, com o objetivo de ser respondido após as discussões dos indicadores e a capacidade instalada da região, necessidades identificadas pelos gestores e avaliar se há concordância com as informações apresentadas pelos indicadores e capacidade instalada, definir as prioridades, os indicadores para as prioridades elencadas.	Março a abril de 2019.
Realização de 7 Oficinas Macrorregionais para ajustar o PRI/Modelagem das Redes (Pontos de Atenção)	Maió a junho de 2019.
Discutir e elaborar a PGASS	Agosto de 2019.
Discutir sobre os recursos financeiros	Setembro de 2019.
Apresentação e discussão na CIB	Outubro de 2019.
Aprovação dos PRIs	Outubro de 2019.
Formação dos 07 Comitês de Governança	Novembro 2019.

Isto posto, durante a fase de execução do monitoramento (setembro/2019), procurou-se verificar se as ações previstas para o PRI estavam de acordo com o cronograma encaminhado pela SES. Constatou-se em entrevista com a Gerente de Planejamento realizada em 11/09/2019 (PTE-02) que as videoconferências foram realizadas e os questionários via formSUS foram enviados, contudo, houve a realização de apenas uma das sete oficinas macrorregionais programadas. A razão da não continuidade se deve à percepção de que não houve um entendimento suficiente dos participantes para a construção do plano, levando a SES a repensar a forma de trabalho. Importa dizer que o atraso na construção do PRI irá impactar a elaboração do próximo Plano Estadual de Saúde, conforme já explicitado pela própria SES em sua manifestação acima transcrita.

Em face do exposto, verifica-se que o Estado não aderiu ao COAP tendo em vista que o mesmo não apontava caminhos sólidos para a sua consolidação. Entretanto, a SES continuou seu trabalho buscando o fortalecimento da regionalização de ações por meio da construção de Planos Regionais Integrados. Contudo, até o mês de setembro/2019 havia sido realizada apenas uma oficina macrorregional para ajustar o PRI, que levará a elaboração do Plano Estadual de Saúde previsto para o exercício em questão.

Em razão da nova gestão, e por sua vez nova forma de condução administrativa que vem sendo aplicada no Estado de Santa Catarina, foi definido em CIB a Deliberação 033/2019 visando a otimização e desburocratização no processo de planejamento e construção do PRI, que como consequência de trabalho deverá culminar na elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) previsto para o corrente ano.

### Conclusão

Considerando que o Estado vem fortalecendo a regionalização das ações da Atenção Básica por meio da construção de Planos Integrados Regionais (PRI); Considerando que o Estado não aderiu ao Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) por considerar que este não apontava caminhos sólidos para a sua consolidação; Considerando que a recomendação em questão se fundamenta na possibilidade de implementação do COAP; entende-se que a mesma não deva prosperar em razão da perda do objeto, razão pela qual considera-se a Recomendação prevista no item 6.2.1.11 da Decisão nº 0448/2016 como **prejudicada**.

**2.1.12** Ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade no Estado de SC de forma a atender às necessidades de saúde da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, conforme estipula o artigo 2º, § 2º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.12).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
Considerar resposta enviada anteriormente por meio do Parecer 098/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16.	Medida implementada – ação contínua

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Não houve manifestação da unidade acerca desta recomendação.

### Análise

Identificou-se na auditoria a má distribuição dos estabelecimentos de saúde, uma vez que o Estado contava com 176 estabelecimentos ambulatoriais (164 média complexidade e 12 alta complexidade), havendo uma concentração de 76% em quatro macrorregiões (Vale do Itajaí, Meio Oeste, Sul e Grande Oeste) e 24% nas macrorregiões Foz do Rio Itajaí, Nordeste, Planalto Norte, Serra Catarinense e Florianópolis. A mesma disparidade foi identificada na análise da distribuição dos Hospitais de média e alta complexidade estaduais por macrorregiões. O Estado contava com 31 Hospitais, sendo 28 de média complexidade e 03 de alta complexidade. Ao analisar sua distribuição, verificou-se que 89% da estrutura de

Hospital Estadual de Média e Alta complexidade encontra-se em cinco Macrorregiões (Grande Oeste, Meio Oeste, Grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Sul), ficando uma menor concentração nas Macrorregiões do Nordeste, Foz do Rio Itajaí, Serra Catarinense, Planalto Norte.

À época (RLA 14/00675828, fls. 620-621), a SES havia informado que a proposta de ampliação regionalizada da estrutura de média e alta complexidade era um ideal do SUS, de implantação gradual, dependente de verbas e de pactuações regionais envolvendo não só o Estado e a Federação, como também os municípios de cada região. O primeiro passo importante neste sentido foi o estabelecimento das regionais de saúde no Estado. O início do debate sobre as redes temáticas de Atenção Básica gerou grande impulso para a colocação do problema nas regiões. Foram realizados eventos promovidos pela SES em todas as regiões de saúde para sensibilizar os municípios em torno da organização das redes de urgência e emergência, atenção psicossocial, Cegonha e cuidados à pessoa deficiente. Foram treinados profissionais por meio do programa QualiSUS-Redes, para trabalharem com uma visão de rede de saúde. Outro fato que aumentou a oferta de média e alta complexidade foi a edição da Lei nº 16.159/2013, que tratava do incentivo financeiro aos municípios do Estado, destinado a consultas e exames de média e alta complexidade.

Posteriormente (RLA 14/00675828, fls. 691), a SES informou que o Estado possuía uma programação de assistência de serviços e especialidades, definindo de forma igualitária e *per capita* cotas físicas e valores financeiros para custeio dos serviços em saúde prestados pelo SUS. Alegou que o Estado seguia como responsável na implantação das políticas de saúde instituídas pelo Ministério da Saúde ou de necessidade local, porém o cumprimento das pactuações realizadas ficava sob a responsabilidade dos municípios. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado tem seus fluxos definidos previamente, além de serem rotineiramente alterados pelos municípios conforme necessidade, porém os parâmetros assistenciais e teto financeiro são atualizados conforme a disponibilidade de recursos e ampliação das cotas.

Isto posto, solicitou-se neste monitoramento, por meio de diligência (item 12, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que a SES informasse as medidas adotadas em 2018 e 2019, com o objetivo de ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade no Estado de Santa Catarina, com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

Em resposta (fls. 37-43), a SES informou que foi realizada a redefinição do Plano Diretor de Regionalização – PDR 2018, aprovado pela Deliberação CIB nº 195/2018, de

13/08/2018, onde foi redefinido o desenho das Macrorregiões de Saúde, passando de 09 para 07 Macrorregiões de Saúde para o Estado e 16 Regiões de Saúde. Foi elaborado também, no início de 2019, um diagnóstico macrorregional dos serviços prestados principalmente na Alta Complexidade e as principais necessidades de cada região, observando as filas existentes e os serviços já instalados (Diagnóstico situacional vazios assistenciais 2019, fls. 101-113). Na sequência, considerando o referido diagnóstico, elaborado pela SES, apresenta-se de forma resumida os dados relativos aos serviços habilitados em alta complexidade, por macrorregião, destacando também a previsão de serviços passíveis de habilitação (fls. 106-108), a saber:

**Quadro 07 – Diagnóstico Situacional por Macrorregião e Vazios assistenciais 2019**

Macrorregião	Hospital	Habilitações	Possíveis Habilitações
GRANDE OESTE (Extremo Oeste, Oeste, Xanxerê)	Hospital Regional São Paulo ASSEC-Xanxerê	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular</li> <li>- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista</li> <li>- Cirurgia Vascular</li> <li>- Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Vascular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilidade de Implantação do Serviço de Cardiologia Pediátrica (em processo);</li> <li>- Habilitação em Cirurgia Vascular e Procedimentos (em processo);</li> <li>- Possibilidade de Implantação do Serviço de Cardiologia Pediátrica</li> <li>- Habilitação em Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos</li> <li>- Implantar o serviço de Gestação de Alto Risco</li> <li>- Banco de leite;</li> <li>- Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru</li> <li>- Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional</li> <li>- Ampliação da UTI Neonatal</li> </ul>
	Hospital Regional do Oeste – Chapecó	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referência Hospitalar em Atendimento Secundário à Gestação de Alto Risco</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia</li> <li>- Unacon com Serviço de Radioterapia</li> <li>- Unacon com Serviço de Hematologia;</li> <li>- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioridade: Implantação do Oncologia Pediátrica</li> <li>- Instalar o ambulatório de Gestação de Alto Risco</li> <li>- Alta Complexidade em Nefrologia</li> <li>- Ampliação da UTI Neonatal</li> <li>- Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru</li> <li>- Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional</li> <li>- Possibilidade de implantação de Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave</li> <li>- Implantação de Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia</li> <li>- Unidade de Queimados</li> </ul>
MEIO OESTE E SERRA CATARINENSE (Alto Vale do Rio do Peixe, Alto Uruguai Catarinense, Serra)	Hospital São Francisco – Concórdia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de Parto Normal</li> <li>- Unidade de Cuidados Intermediária Neonatal e Canguru</li> <li>- Gestação de Alto Risco</li> <li>- Implantação de Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia na macrorregião</li> </ul>
	Hospital Universitário Santa Terezinha – Joaçaba	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia;</li> <li>- Unacon;</li> <li>- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B;</li> </ul>	Não há previsão.
	Hospital Maicê – Caçador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia;</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular (ainda não solicitou);</li> <li>- Centro de Parto Normal;</li> </ul>
	Hospital Helio Anjos Ortiz – Curitiba	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção Hospitalar de Referência à Gestante, Bebê e Puérpera;</li> </ul>	Não há previsão.



Macrorregião	Hospital	Habilitações	Possíveis Habilitações
Catarinense, Meio Oeste)	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - Lages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular;</li> <li>- Cirurgia Cardiovascular e procedimentos em Cardiologia Intervencionista;</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia;</li> <li>- Centro de atendimento de Urgência tipo III aos pacientes;</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;</li> </ul>	Não há previsão.
	Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos – Lages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave;</li> <li>- Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco;</li> <li>- Unacon;</li> <li>- Unacon com Serviço de Radioterapia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de Parto Normal;</li> <li>- Unidade de Cuidados Intermediária Neonatal e Canguru;</li> </ul>
	Hospital Infantil Seara do Bem – Lages	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantação de Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia, na Macrorregião;</li> </ul>
VALE DO ITAJAÍ (Alto Vale do Itajaí, Médio Vale do Itajaí)	Hospital Santa Isabel – Blumenau	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular;</li> <li>- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista;</li> <li>- Cirurgia Vascular;</li> <li>- Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia;</li> <li>- Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC;</li> <li>- Unacon com Serviço de Radioterapia;</li> <li>- Implantação de Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia na Macrorregião;</li> </ul>	Não há previsão.
	Hospital Santo Antônio - Blumenau	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade grave;</li> <li>- Atenção Hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II;</li> <li>- Unacon;</li> <li>- Unidade de Assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de Radioterapia com 02 equipamentos;</li> <li>- Unidade Intermediária Neonatal e Canguru;</li> </ul>
	Hospital Regional Alto Vale – Rio do Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular;</li> <li>- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista;</li> <li>- Cirurgia Vascular;</li> <li>- Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II;</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia;</li> <li>- Unacon;</li> </ul>	Não há previsão.
FOZ DO RIO ITAJAÍ (Foz do Rio Itajaí)	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen – Itajaí	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular;</li> <li>- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista;</li> <li>- Cirurgia Vascular;</li> <li>- Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos;</li> <li>- Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista;</li> <li>- Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco;</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia;</li> <li>- Unacon;</li> <li>- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B;</li> <li>- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantação de Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia, na Macrorregião;</li> <li>- Unidade de Cuidados Intermediária Neonatal e Canguru;</li> <li>- Centro de Parto Normal;</li> </ul>

Macrorregião	Hospital	Habilitações	Possíveis Habilitações
PLANALTO NORDESTE (Nordeste, Planalto Norte)	Hospital Municipal São José – Joinville	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Centro de atendimento de Urgência tipo III aos Pacientes; - CACON; - Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia;	Não há previsão.
	Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria – Joinville	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cardiovascular; - Cirurgia Cardiovascular Pediátrica; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Unacon exclusiva de oncologia pediátrica; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia;	Não há previsão.
	Hospital e Maternidade Sagrada Família – São Bento do Sul	- Unacon;	Não há previsão.
	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt – Joinville	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente portador de obesidade grave; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cardiovascular; - Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista; - Cirurgia Vascular; - Cirurgia Vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos;	Não há previsão.
	Hospital São José – Jaraguá do Sul	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Centro de atendimento de Urgência tipo III aos Pacientes; - Unacon com Serviço de Radioterapia; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia;	Não há previsão.
	Hospital de Caridade São Braz – Porto União	- Unacon;	Não há previsão.
	Maternidade Darcy Vargas – Joinville	- Referência Hospitalar em atendimento secundário à gestação de alto risco;	Não há previsão.
	Hospital e Maternidade Jaraguá – Jaraguá do Sul	- Atenção Hospitalar de referência à gestação de alto risco;	Não há previsão.
	Hospital São Vicente de Paulo - Mafra	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cardiovascular; - Cirurgia Cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Centro de Atendimento de urgência tipo II aos pacientes; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia; - Implantação de unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia, na Macrorregião;	Não há previsão.
	Maternidade Dona Catarina Kuss – Mafra	- UTI Neonatal;	- Implantação de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Canguru;
	Maternidade Carmela Dutra – Florianópolis	- Referência Hospitalar em atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo II; - Hospital Geral com Cirurgia Oncológica;	Não há previsão.
	Hospital Governador Celso Ramos - Florianópolis	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Unacon exclusiva de Hematologia; - Hospital Geral com Cirurgia Oncológica; - Oncologia cirúrgica hospital Porte B;	Não há previsão.

Macrorregião	Hospital	Habilitações	Possíveis Habilitações
GRANDE FLORIANÓPOLIS (Grande Florianópolis)		- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;	
	Cepon – Florianópolis	- Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar; - Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar;	Não há previsão.
	Hospital Florianópolis – Florianópolis	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;	Não há previsão.
	Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular; - Cirurgia Cardiovascular Pediátrica; - Centro de Referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento doenças falciformes e outras hemoglobinopatias; - Centro de Referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento fibrose cística; - Triagem neonatal fase IV; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Unacon exclusiva de oncologia pediátrica; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;	Não há previsão.
	Imperial Hospital de Caridade – Florianópolis	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular; - Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista; - Serviço Isolado de Radioterapia;	Não há previsão.
	Hospital Universitário - Florianópolis	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente portador de obesidade grave; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular; - Cirurgia Vascular; - Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos; - Atenção Hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II; - Unacon com Serviço de Hematologia;	Não há previsão.
	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) – São José	- Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular; - Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista; - Cirurgia Vascular; - Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos; - Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista;	Não há previsão.
	Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes – São José	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade grave; - Atenção Hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo I; - Unidade de Assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.	Não há previsão.
Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular; - Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista; - Cirurgia Vascular; - Referência Hospitalar em atendimento secundário de gestação de alto risco; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Unacon; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia;	- Implantação de Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia na Macrorregião	
Hospital São José – Criciúma	- Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular;	Não há previsão..	

Macrorregião	Hospital	Habilitações	Possíveis Habilitações
SUL (Extremo Sul Catarinense, Carbonífera, Laguna)		- Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista; - Cirurgia Vascular; - Cirurgia Vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia; - Unacon com serviço de radioterapia; - Unacon com serviço de hematologia; - Oncologia cirúrgica Hospital Porte B; - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em traumatologia-ortopedia;	
	Hospital Regional de Araranguá	Não há previsão.	- Gestação de Alto Risco; - Centro de Parto Normal; - Unidades de Cuidado Intensivo Intermediário Convencional Canguru; - Habilita�o dos Leitos de UTIN.
	Hospital Materno Infantil Santa Catarina - Cric�uma	Não h�a previsão.	Não h�a previsão..

Fonte: SES/SC – Diagnóstico situacional vazios assistenciais 2019 (fls. 101-113)

Do exposto, observa-se que apenas para a macrorregião da Grande Florianópolis não foi apresentada inten o de habilita o de serviços. Para a macrorregião Grande Oeste e Foz do Rio Itajaí, verifica-se que para todas as unidades hospitalares (100%) h a previsão de habilita o de serviços.

O diagnóstico apresenta ainda indica o do percentual de procedimentos hospitalares realizados nas próprias macrorregiões; percentual de hospitais por número de leitos nas macrorregiões; capacidade instalada (rela o de tomografia, ressonância magnética, mamógrafos, ultrassom, endoscópios, aparelhos de raio x, aparelhos de ECG e EEG por habitante nas macrorregiões), e, mapa de distribui o de consultas especializadas no SUS pelo Estado (fls. 101-113)

### Conclusão

Tendo em vista as a es apresentadas pela SES, no intuito de ampliar de forma regionalizada a estrutura de m dia e alta complexidade no Estado, como a redefini o do novo plano diretor regionalizado e da apresenta o do diagnóstico situacional 2019, entende-se por considerar que a Recomenda o prevista no item 6.2.1.12 da Decisão n  0448/2016 está **em implementa o**.

**2.1.13** Aprimorar os sistemas de informação, articulando-se com as SMS, com vistas à integração entre ferramentas de referência à contrarreferência (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.13).

<b>Medida proposta no Plano de Ação</b>	<b>Prazo de implementação:</b>
Considerar resposta enviada anteriormente por meio do Parecer 098/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16.	Medida implementada – ação contínua

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Não houve manifestação da unidade acerca desta recomendação. Conforme a Comunicação Interna nº 252 (fls. 04) a Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) considera que a presente recomendação está adequada.

### **Análise**

O Sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo no qual os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Sendo assim, deve haver integração entre os níveis de atenção. Esta integração, segundo a auditoria, deve envolver o conhecimento dos fluxos, capacitação dos profissionais, a estrutura de Tecnologia da Informação, incluindo os sistemas, e a prática médica de registrar a contrarreferência. Observou-se na auditoria que cada município auditado adota um procedimento de encaminhamento e que, em todos eles, o processo de contrarreferência é incipiente ou inexistente.

Neste monitoramento, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 13, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), elencar as medidas adotadas para aprimorar os Sistemas de Informação com as Secretarias Municipais de Saúde, a partir da instituição do Formulário de Referência e Contrarreferência no Estado de Santa Catarina, com a Deliberação 182/CIB/2017, de 24/08/2017.

Em resposta, a SES afirmou (fls. 43V), em síntese, que a Deliberação nº 182/CIB/2017 institucionalizou o preenchimento/registro da contrarreferência, e que solicitou a incorporação do referido formulário no sistema de prontuário eletrônico dos hospitais da SES.

A resposta da SES está relacionada à recomendação do item 6.2.1.15, que trata especificamente da institucionalização do preenchimento da contrarreferência. A diligência relativa à presente recomendação, portanto, não foi respondida, visto que não apontou as medidas para aprimorar os Sistemas de Informação para integrar as ferramentas de referência à contrarreferência.

## Conclusão

Considerando que a resposta à diligência não apontou as medidas adotadas para aprimorar os sistemas de informação para integrar as ferramentas de referência à contrarreferência, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.13 da Decisão nº 0448/2016 como **não implementada**.

**2.1.14:** Implementar estratégias para o desenvolvimento do apoio matricial nas SMS's e nas Unidades Básicas de Saúde (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.14).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
Por tratar-se de ação contínua e em complemento às ações já citadas na resposta anterior, por meio da CI nº 415/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16: Para o ano de 2017 também estão programados: - Realizar reuniões de apoio institucional aos gestores e às equipes NASF dos municípios; - Ofertar teleconsultoria sobre temas relacionados à qualificação da AB em parceria com Telessaúde; - Ofertar cursos relacionados à Atenção Básica via Telessaúde SC; - Publicar a 13ª e a 14ª edição da Revista Catarinense de Saúde da Família; - Promover capacitações relacionadas aos diversos temas da Atenção Básica.	Até dezembro/2017

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Não houve manifestação da unidade acerca desta recomendação. Conforme a Comunicação Interna nº 252 (fls. 04) a Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) considera que a presente recomendação está adequada.

## Análise

De acordo com a auditoria, conforme profissionais entrevistados, não existia a prática de contrarreferência pelos médicos especialistas. Na percepção dos entrevistados havia uma desqualificação e desvalorização do profissional médico que atuavam na Atenção Básica. Em alguns casos o próprio médico da Atenção Básica poderia solicitar exames e resolver o problema, mas como não existia protocolo para isso, tinham que encaminhar ao especialista. Existiam encaminhamentos desnecessários para a regulação.

Nesse contexto, o matriciamento é considerado uma boa prática, visto que se trata de um procedimento que se caracteriza como uma discussão de casos entre os profissionais da Média e Alta Complexidade (MAC), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Básica (AB), na promoção da troca de experiências, tendo como um dos resultados uma melhor qualificação do profissional da Atenção Básica, deixando-os mais seguros quanto aos casos e reduzindo o número de encaminhamentos.

Neste monitoramento, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 17, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), elencar as medidas adotadas em 2018 e 2019 para o desenvolvimento do apoio matricial nas Secretarias Municipais de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde.

Em resposta, a SES afirmou (fls. 45), que a operacionalização do Apoio Matricial na DAPS/SPS/SES está organizada no formato de núcleos: Núcleo de Apoio Institucional a Gestão, Núcleo Saúde Mental, Núcleo Saúde Bucal, Núcleo de Monitoramento e Cofinanciamento, Núcleo Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Núcleo Condições Crônicas, Núcleo de Equidade em Saúde, Núcleo Acreditação e Núcleo QualificaAPS, responsáveis pelo Apoio Matricial às Gerencias Regionais de Saúde, CIR-CIB, gestores municipais e profissionais das equipes de saúde dos municípios.

Além disso, o Apoio Matricial, segundo a SES, é ofertado por meio das seguintes ferramentas:

- a) Visitas técnicas aos municípios;
- b) Cursos ofertados na plataforma do Núcleo Telessaúde/SC para os profissionais da APS;
- c) Reuniões ou encontros presenciais nos municípios e ou Regionais de Saúde;
- d) Videoconferência ou reuniões virtuais com gestores e/ou profissionais da APS;
- e) Orientações aos municípios por meio de Notas Técnicas;
- f) Construção de Linhas Cuidados (LC Saúde Mental, Saúde Bucal, Violência Sexual, Saúde Pessoa Idosa entre outras);
- g) Capacitações presenciais ou virtuais (conforme já descritas no item 1).

Para verificar a efetiva participação da SES no apoio matricial às Secretarias Municipais de Saúde, entrevistaram-se os Secretários Municipais de Saúde de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville, sendo-lhes indagado sobre quais procedimentos as Secretarias Municipais adotavam quanto ao apoio matricial.

A Secretária Municipal de Araquari informou que são realizadas reuniões com cada área afim e seus respectivos coordenadores técnicos, além disso está implantando um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para fortalecer o apoio matricial. Da mesma forma o município de Canoinhas também informa que está em implantação a Coordenação de Atenção Básica e um NASF. Por sua vez, a Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis

respondeu que o apoio matricial ocorre mediante comunicação por e-mail com a participação de médicos Cardiologista, Endocrinologista, etc.

Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville informou que se articulou ao Núcleo Telessaúde Santa Catarina (Telessaúde SC) e implementou o processo de matriciamento, através do processo de Teleconsultoria, em especialidades em que a área de regulação e o serviço de especialidade identificavam encaminhamentos desnecessários, gerando grande tempo de espera.

A resposta do município de Joinville confirma, portanto, que a SES, em parceria com o Telessaúde Santa Catarina, tem realizado ações para o apoio matricial aos municípios.

Nesse sentido, pesquisou-se no site do serviço Telessaúde<sup>12</sup> e verificou-se a existência de Reuniões de matriciamento por meio de webpalestras (fls.100). Registre-se que o Telessaúde Santa Catarina compõe o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e atua em parceria com a SES, tendo cobertura de 100% dos municípios do Estado, sendo uma ferramenta de educação permanente dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>13</sup>.

### Conclusão

Considerando que a resposta da SES, no sentido de que o Apoio Matricial está organizado em núcleos e que se realiza por meio de cursos ofertados na plataforma do Núcleo Telessaúde/SC para os profissionais da APS, videoconferências etc, ; considerando que a Secretaria Municipal de Joinville relata que se articulou ao Núcleo Telessaúde Santa Catarina e implementou o processo de matriciamento e; considerando que no *site* Telessaúde existe, de fato, um ambiente virtual com reuniões de matriciamento por meio de webpalestras, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.14 da Decisão nº 0448/2016 como **em implementação**.

**2.1.15** Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/registro à contrarreferência (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.15).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
Considerar resposta enviada anteriormente por meio do Parecer 098/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16.	Medida implementada – ação contínua

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Não houve manifestação da unidade acerca desta recomendação.

<sup>12</sup> <https://telessaude.ufsc.br/teleeducacao/>

<sup>13</sup> Em 2007, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Telessaúde Brasil, Santa Catarina já possuía experiência em Telemedicina e uma considerável cobertura de rede, sendo um dos nove estados selecionados para estabelecer um dos Núcleos Estaduais de Telessaúde e ofertar os serviços de teleconsultoria, tele-educação e segunda opinião formativa. <https://telessaude.ufsc.br/historico/>



## Análise

As Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, que são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita e, quando finalizado o atendimento, o paciente deve ser “contrarreferenciado” para a unidade de origem para a continuidade do atendimento.

Não obstante isso, verificou-se na auditoria, segundo os profissionais entrevistados, que não existe a prática de contrarreferência pelos médicos especialistas.

Neste monitoramento, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 13, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), elencar as medidas adotadas para aprimorar os Sistemas de Informação com as Secretarias Municipais de Saúde, a partir da instituição do Formulário de Referência e Contrarreferência no Estado de Santa Catarina, com a Deliberação 182/CIB/2017, de 24/08/2017 (fls. 114-116).

Em resposta, a SES afirmou (fls. 43V) que:

Após a aprovação da Deliberação 182/CIB/2017, ocorreu a divulgação para todos os Municípios via secretaria da CIB e unidades hospitalares via SUH. Inclusive, solicitou-se a incorporação do formulário de contrarreferência no sistema de prontuário eletrônico dos hospitais da SES. Entretanto, como o documento é de uso entre as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais, a regulação não tem como controlar a efetividade sobre o seu cumprimento. Cita que a Regulação tem como objetivo garantir o acesso a partir das necessidades do cidadão, garantindo a alternativa assistencial mais adequada e fundamentada em protocolos técnicos...

Em síntese, considerando a resposta acima, a SES realizou duas medidas para institucionalizar o preenchimento/registro da contrarreferência, quais sejam, a divulgação da Deliberação 182/CIB/2017 e a solicitação para a incorporação do formulário de contrarreferência no sistema de prontuário eletrônico dos hospitais da SES.

Deveras, consta do *site* da SES<sup>14</sup> a publicação da Deliberação 182/CIB/2017, da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), que aprovou medida no sentido de que a referência para a Atenção Especializada será realizada por médico da equipe de saúde mediante preenchimento de formulário e, também que, após o paciente ser avaliado pela Atenção Especializada e, sendo possível o acompanhamento na Atenção Básica, será contrarreferenciado mediante preenchimento do formulário de Contrarreferência com as informações do caso, conclusão diagnóstica e sugestões de conduta (fls.114-116).

---

<sup>14</sup><http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2017-cib?limit=20&limitstart=120>

## Conclusão

De acordo com o exposto, a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), por meio da Deliberação 182/CIB/2017, aprovou medida no sentido de que a referenciação e contrarreferência devem ser efetuadas mediante preenchimento de formulário padrão. Em razão disso, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.15 da Decisão nº 0448/2016 como **em implementação**.

**2.1.16** Apoiar os municípios no estabelecimento de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o encaminhamento para outros níveis de atenção, e, ainda, monitorar e consolidar os resultados (item 2.3.4 do Relatório DAE): (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.16).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
Considerar resposta enviada anteriormente por meio do Parecer 098/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16.	Medida implementada – ação contínua

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Não houve manifestação da unidade acerca desta recomendação.

## Análise

Verificou-se na auditoria, conforme já mencionado, segundo os profissionais entrevistados, que não existe a prática de contrarreferência pelos médicos especialistas. Diante disso, além das recomendações anteriores sugeriu-se à SES apoiar os municípios no estabelecimento de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o encaminhamento para outros níveis de atenção, ainda, monitorar e consolidar os resultados.

Segundo a auditoria, entendeu-se que a criação de indicadores de tempo médio de retorno dos pacientes para a Unidade Básica de Saúde permite ao gestor o conhecimento do grau de resolutividade da atenção básica.

Neste monitoramento solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 14, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que indicasse quais ações foram tomadas para apoiar os municípios no estabelecimento de controle sistemático que gere dados e indicadores do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o encaminhamento para outros níveis de atenção, e, ainda, monitorar e consolidar os resultados.

Em resposta, a SES afirmou (fl. 44) que estuda possibilidades de desenvolvimento para criar a interoperabilidade entre prontuários eletrônicos e busca recursos financeiros para

implementação desta ação. Além disso, citou que a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida na Portaria de Consolidação nº 2, define as competências das secretarias municipais de saúde no anexo XXII, art. 10, I e III, como segue:

Art. 10. Compete às secretarias municipais de saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; [...]

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, III)

Alegou também que não é a SES a executora das ações de Atenção Básica, mas sim as Unidades Básicas de Saúde, de gestão municipal. Acrescentou, que o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB/e-SUSAB) foi instituído em julho de 2013 pelo Ministério da Saúde, e é esse o sistema nacional para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionados à Atenção Básica. Justifica, ainda, que auxilia o gerenciamento das UBS's, a organização da agenda e processo de trabalho, o registro e organização em formato de prontuário eletrônico e, também, o registro e organização, em formato de Coleta de Dados Simplificada (módulo CDS), por meio de fichas e do processo de digitação, além do monitoramento e avaliação das ações de saúde no território.

Além disso, alega que disponibiliza no website dados para serem tabulados utilizando o TABNET para realização de relatórios que subsidiam os técnicos nas análises de situação dos seus municípios e, que está em busca de recursos financeiros para implementação da Sala de Situação em Saúde, projeto que ampliará o acesso a informação em saúde em Santa Catarina.

De acordo com a resposta, a SES alega que não é executora das ações de Atenção Básica, todavia a presente recomendação não trata da execução de ações de atenção básica, mas sim de ações de apoio os municípios no controle sistemático de dados. Nesse sentido, a antiga PNAB (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) definia o apoio à atenção básica como uma das responsabilidades comuns a todas as esferas de governo. Tal disposição é mantida na atual PNAB, Portaria de Consolidação nº 2, anexo XXII, art. 7º, XI, veja-se:

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: [...]

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; (Grifou-se)

Portanto, o planejamento, apoio, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica cabem não apenas aos municípios, mas também aos Estados e à União. Sendo

assim, é cabível a recomendação para que a SES apoie os municípios no estabelecimento de controle sistemático que gere dados e indicadores do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o referenciamento para outros níveis de atenção, e, ainda, monitorar e consolidar os resultados.

Ademais, a SES respondeu que disponibiliza no website dados para serem tabulados utilizando o TABNET para realização de relatórios que subsidiam os técnicos nas análises de situação de saúde dos municípios. Contudo, não explicitou quais seriam os dados e de que maneira poderiam contribuir para a geração de indicadores do tempo médio de retorno dos pacientes para as UBS's.

Deveras, pesquisou-se o banco de dados TABNET, no site da SES<sup>15</sup>, onde existem dados atualizados até 2019 sobre nascidos vivos<sup>16</sup>, mortalidade<sup>17</sup>, imunizações<sup>18</sup> e dados de Atenção Básica até 2015, contudo não se vislumbra como tais informações poderiam gerar indicadores de tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde após o referenciamento.

Por fim, a SES relatou estar em busca de recursos para viabilizar a implantação da Sala de Situação, projeto que, no seu entender, ampliará o acesso à informação em saúde. Para esta medida, entretanto, não houve apresentação de documentos para serem avaliados neste monitoramento.

### Conclusão

De acordo com o exposto, a SES alega que estuda possibilidades de desenvolvimento para criar a interoperabilidade entre prontuários eletrônicos e busca recursos financeiros para esta ação. Além disso, não há comprovação de que os dados constantes no TABNET possam contribuir para gerar indicadores do tempo médio de retorno dos pacientes às UBS's. Em razão disso, entende-se por considerar a Recomendação prevista no item 6.2.1.16 da Decisão nº 0448/2016 como **não implementada**.

---

<sup>15</sup> <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10135-banco-de-dados-tabnet>

<sup>16</sup> <http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sinasc/def/sinasc.def>

<sup>17</sup> <http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sim/def/sim96.def>

<sup>18</sup> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pn/cnv/cpnisc.htm>

**2.1.17** Incrementar os recursos estaduais repassados aos municípios para o financiamento da Atenção Básica, com base em critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080/90 e pactuados na CIB, respeitando o pressuposto no financiamento tripartite da Atenção Básica, estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (item 3.1, IV) (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.17).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
<p>Resposta na CI nº 415/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16 ao TCE (fls. 585-590 do processo RLA 14/00675828): Em 2007 o Estado, através da CIB, considerando a inclusão no Plano Estadual de Saúde da diretoria de Cofinanciamento da Atenção Básica pela SES (recursos próprios), e que essa participação se daria através de financiamento para ações e atividades da Atenção Básica, vinculado à Estratégia Saúde da Família (ESF), aprovou os critérios de Cofinanciamento da SES para a Atenção Básica/ESF, com a indicação de que os recursos deveriam ser gastos prioritariamente em capacitação e qualificação dos profissionais da ESF. A partir do PPA 2012/2016 definiu-se por incrementos de 20% ao ano. Devido a dificuldades financeiras, os incrementos não foram realizados em todos os anos, por isso em 2016 foi realizado um incremento de R\$ 73,15 milhões. Atualmente esse valor é repassado às equipes de Saúde da Família, Bucal e NASF. A partir de 2009 o Estado incluiu o NASF SC no Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica, até o credenciamento pelo MS e implantou o cofinanciamento para o NASF federal nas modalidades 1, 2 e 3. Incluiu ainda nesse ano ao cofinanciamento estadual o cofinanciamento aos CAPS, que aconteceu até 2015, quando recebeu deliberação própria (Deliberação 142/CIB/2015). A partir de 2010 foi inserido no Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica o cofinanciamento aos CEO, realizado até 2014 quando recebeu deliberação própria (Deliberação 492/CIB/14). A SES também repassa outros cofinanciamentos: a) PROCIS AB (incentivos às equipes de ESF dos municípios beneficiados pela Lei nº 14.610/09; b) PNAISP (Deliberação nº 493/CIB/14); c) Laboratórios de Prótese Dentária.</p> <p>Ações enviadas por e-mail dia 28/08/2017 (fls. 709-713). Tendo em vista a atual e difícil situação financeira da Secretaria de Estado da Saúde, principalmente pela nova demanda e consequente alocação de recursos para atender a processos judiciais, não há possibilidades de incrementar os valores repassados aos municípios do cofinanciamento estadual para a Atenção Básica.</p>	<p>Medida implementada</p>

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Os gastos correspondentes ao cofinanciamento da atenção básica mantêm-se no mesmo patamar dos anos citados 2011 a 2013, correspondendo conforme último relatório de 2017 a 3% conforme figura fls. 07. Torna-se necessário uma inversão desta proporcionalidade pois estudos mostram que países que investem em atenção básica conseguem melhorar os indicadores de saúde e a médio prazo diminuir os gastos com exames e internação.

### Análise

Identificou-se na auditoria um baixo percentual aplicado pelo Estado de Santa Catarina em Atenção Básica, em relação ao total de recursos estaduais destinados à saúde.

Dos gastos com saúde realizados pelo Estado em 2011, verificou-se que 2,71% foram para a Atenção Básica, enquanto que em 2012 esse percentual foi de 4,76% e em 2013 totalizou 3,38%. Verificou-se que essa situação acabava por sobrecarregar financeiramente as ações e serviços de saúde pública, chegando alguns municípios a aplicar percentuais que vão além dos 15% estabelecidos legalmente, como é o caso de Joinville, que em 2012 havia aplicado 33,93% e em 2013 o total de 34,48%.

Neste monitoramento, solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 15, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que informasse as medidas adotadas pela nova gestão estadual visando incrementar os recursos estaduais repassados aos municípios para o financiamento da Atenção Básica, com base em critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080/90 e pactuados na CIB, respeitando o pressuposto no financiamento tripartite da Atenção Básica, estabelecido no PNAB. Em resposta (fls. 44V), a SES afirmou:

A SES destina recursos conforme consta na Portaria de Consolidação nº 2, anexo XXII, que aprova Política nacional de Atenção Básica (PNAB), no artigo 9º “Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal. I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal”. Considerando que o Plano Estadual de Saúde inclui a estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, o disposto no orçamento da SES para cada exercício, a DAPS/SUG/SES aprovou na Comissão Intergestores Bipartite o confinamento estadual para Atenção Primária à Saúde. Consta na Deliberação CIB 54/2019, que aprova em seu Art 1º, que a Secretaria de Estado da Saúde realizará a programação orçamentária anual para o pagamento do Cofinanciamento Estadual das equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NasfAB), equipes de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado (PROCIS), acrescido de um incremento conforme índice estipulado nesta deliberação. §1º Será aplicado sobre o valor do cofinanciamento o reajuste anual pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), conforme o acumulado no ano anterior divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Caso o índice adotado não sofra variações ou for negativo, mantém-se o valor do ano anterior.

Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib>

A Secretaria de Estado da Saúde está construindo o Programa de Acreditação em Atenção Primária à Saúde que vinculará a ampliação de recursos à melhoria de desempenho das equipes de atenção primária à saúde. Ao mesmo tempo está atuando para melhorar o desempenho das equipes de atenção primária por meio de educação permanente em saúde tendo como uma das estratégias o Programa Qualifica APS.

Em resumo, a SES afirma que o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 inclui estratégia de fortalecimento da Atenção Básica (Eixo Gestão do SUS – 8ª Diretriz), que tem como metas a ampliação de 20% anual do cofinanciamento da Atenção Básica, manutenção do cofinanciamento anual do PNAISP, ampliação do cofinanciamento de Saúde Bucal de

média e alta complexidade e manutenção do cofinanciamento anual da Saúde Mental. Consta ainda que a SES está construindo o Programa de Acreditação em Atenção Primária à Saúde que tem como meta vincular a ampliação de recursos à melhoria do desempenho equipes de atenção primária à saúde.

Na sequência demonstra-se o total aplicado em saúde pelo Estado<sup>19</sup>, nas subfunções Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial, nos exercícios de 2011 a 2018, período que abrange desde a auditoria até o monitoramento em questão, a saber:

**Quadro 08** – Demonstrativo do valor aplicado em Saúde pelo Estado, nas subfunções Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial, nos exercícios de 2011 a 2018

Ano	Despesa Total Saúde (liquidado)	Subfunção Atenção Básica (Liquidado)	Subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial (liquidado)	Percentual da Atenção Básica em relação ao Gasto Total com Saúde	Percentual da Assistência Hospitalar e Ambulatorial em relação ao Gasto Total com Saúde	Variação anual Atenção Básica
2011	2.021.261.192,48	54.798.293,64	1.194.793.501,31	2,71%	59,11%	-
2012	2.137.495.253,29	101.712.048,59	830.698.858,06	4,76%	38,86%	85,61%
2013	2.443.929.288,89	82.636.080,01	984.821.917,09	3,38%	40,30%	-18,75%
2014	2.500.581.077,57	88.558.804,41	760.460.746,38	3,54%	30,41%	7,17%
2015	2.744.755.925,40	97.722.753,08	786.230.178,82	3,56%	28,64%	10,35%
2016	2.950.426.909,72	119.537.192,16	840.495.767,61	4,05%	28,49%	22,32%
2017	3.003.149.604,54	70.106.217,85	1.275.043.305,58	2,33%	42,46%	-41,35%
2018	3.625.640.100,06	87.186.833,11	1.616.471.313,31	2,40%	44,58%	24,36%

**Fonte:** Portal da Transparência do Poder Executivo de Santa Catarina (em 20/11/2019)

Do exposto, e considerando o período de execução do atual Plano Estadual de Saúde (2016-2019), efetuou-se uma análise dos exercícios de 2016, 2017 e 2018. Verifica-se que no ano de 2016 o gasto total em saúde realizado pelo Estado foi de R\$ 2.950.426.909,72. Deste valor, R\$ 119.537.192,16 foi destinado à Atenção Básica (4,05%), enquanto R\$ 840.495.767,61 foi repassado para Assistência Hospitalar e Ambulatorial (28,49%).

Para o ano de 2017, o gasto total em saúde foi de R\$ 3.003.149.604,54, sendo destinado à Atenção Básica o montante de R\$ 70.106.217,85 (2,33%), e R\$ 1.275.043.305,58 (42,46%) à Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

No ano de 2018, o gasto total com saúde foi de R\$ 3.625.640.100,06, sendo repassado à Atenção Básica o valor de R\$ 87.186.833,11 (2,40%) e à Assistência Hospitalar e Ambulatorial o montante de R\$ 1.616.471.313,31 (44,58%).

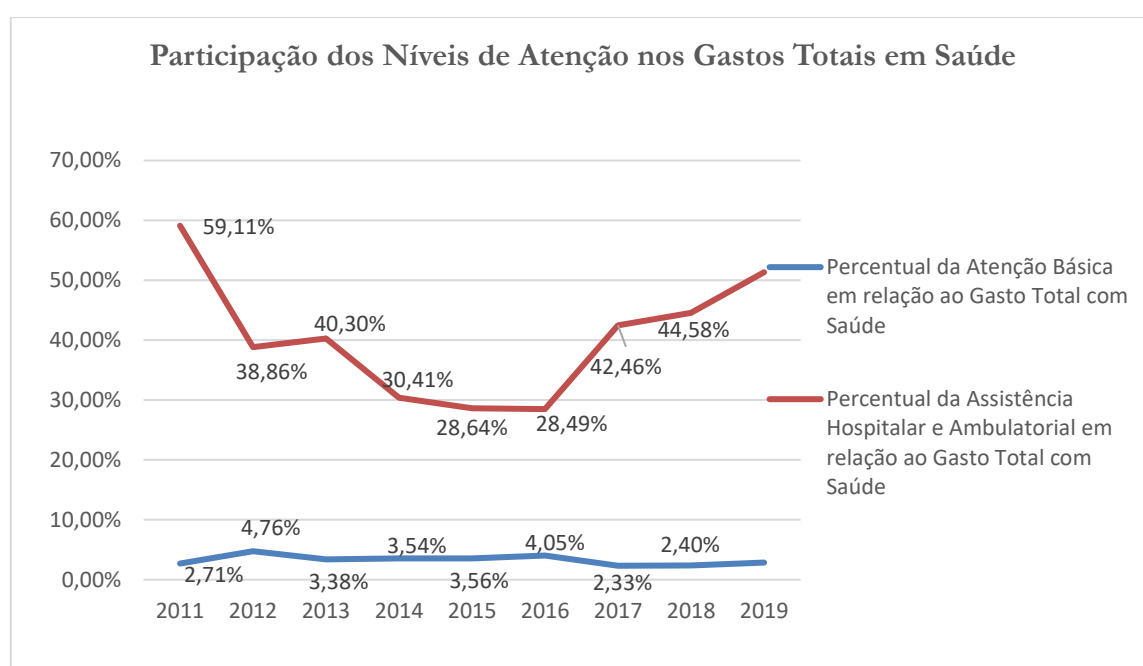
Observando ainda o Quadro 08, com relação ao repasse de valores à Atenção Básica, verifica-se que o exercício de 2016 apresentou um crescimento de 22,32% em relação a 2015. Já em 2017, houve uma redução de repasse de recursos de 41,35% quando comparado

<sup>19</sup> Os valores em questão foram extraídos do Portal da Transparência do Poder Executivo de Santa Catarina, no endereço eletrônico <http://www.transparencia.sc.gov.br/despesa/2019/indicador/2304>, na data de 20/11/2019.

a 2016. No exercício de 2018, vê-se novamente um crescimento de 24,36% no repasse de recursos à Atenção Básica quando comparado ao exercício de 2017.

Embora seja notado um declínio do percentual de recursos destinados à Média e Alta Complexidade de 2011 a 2016, acompanhado da elevação do percentual de recursos aplicados na Atenção Básica nos mesmos anos, ainda há uma grande disparidade entre os recursos aplicados pelo Estado na Atenção Básica em relação à Média e Alta Complexidade.

**Gráfico 02** – Comparativo do percentual de participação dos gastos com saúde do Estado na atenção básica em relação média e alta complexidade no período de 2011 a 2018.



**Fonte:** Análise dos gastos com saúde

## Conclusão

Considerando que encontra-se previsto no Plano Estadual de Saúde diretriz que busca a ampliação de 20% anual do cofinanciamento da Atenção Básica; Considerando que a SES está em fase de construção do Programa de Acreditação em Atenção Primária à Saúde, não sendo possível neste momento medir a sua aplicação; Considerando que nos exercícios de 2016 e 2018 viu-se um aumento superior a 20% no repasse de recursos à Atenção Básica, entende-se que a referida Secretaria tem buscado formas para incrementar os recursos repassados aos municípios para o financiamento da Atenção Básica, razão pela qual entende-se que a Recomendação prevista no item 6.2.1.17 da Decisão nº 0448/2016 deva ser considerada como **em implementação**.



**2.1.18** - Articular e pactuar na CIB e CIT a concepção de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios, conforme critérios previstos no art. 35 da lei Orgânica da Saúde (Decisão 0448/2016, item 6.2.1.18).

Medida proposta no Plano de Ação	Prazo de implementação:
<p>Esta ação compete a articulação entre instâncias colegiadas, decorrentes de ação política entre Secretário Estadual de Saúde, como representação junto à CIT. No nível estadual a resposta foi, por meio da CI nº 415/2016 encaminhada pelo Ofício nº 581/16: A SES/SC para distribuição dos recursos para a atenção básica segue o que está estabelecido na LOAS (Lei nº 8.080/90) utilizando assim o critério de capacidade instalada, com número de equipes e serviços implantados. Dessa forma, cada município recebe incentivo financeiro do cofinanciamento conforme sua capacidade instalada na AB (resposta ao item 6.2.1.17). Além do critério acima exposto, a SES/SC utiliza outra forma de distribuição que contempla a equidade, assim as equipes de SF e de SB de 25 municípios contam com um recurso adicional do Programa Catarinense de Inclusão Social - PROCIS, que foi criado pela Lei Estadual nº 12.120 de 09/01/2002, Decreto nº 1.560 de 18/03/2004, para equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal implantadas. Atualmente, são beneficiados 25 municípios com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH inferior a 90% (noventa por cento) do IDH médio do Estado, em acordo com a Lei nº 14.610, de 07 de janeiro de 2009, disponível em: <a href="http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=2664%3Aprocis&amp;catid=907&amp;Itemid=490">http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=2664%3Aprocis&amp;catid=907&amp;Itemid=490</a></p> <p>Este programa tem como objetivo elevar os níveis de desenvolvimento social e econômico dos municípios e populações menos favorecidas do Estado. O componente saúde desse programa, implementado em 2004, incentiva a universalização da Assistência Farmacêutica Básica e da ESF.</p>	<p>Medida implementada</p>

**Primeiro Relatório Parcial (fls. 04-07):** Ressaltamos que atualmente a SES/SC segue o que está estabelecido na LOAS (Lei nº 8.080/90) para distribuição dos recursos, utilizando o critério de capacidade instalada, com número de equipes e serviços implantados. Cada município recebe incentivo financeiro estadual conforme sua capacidade instalada na AB (equipes e serviços existentes). Além do critério acima exposto, a SES/SC utiliza outra forma de distribuição que contempla a equidade, com repasse adicional para equipes de SF, de SB e assistência farmacêutica de 25 municípios do Programa Catarinense de Inclusão Social - PROCIS, que foi criado pela Lei Estadual nº 12.120 de 09/01/2002, Decreto nº 1.560 de 18/03/2004, para equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal implantadas. Atualmente, são beneficiados 25 municípios com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH inferior a 90% (noventa por cento) do IDH médio do Estado, em acordo com a Lei nº 14.610, de 07 de janeiro de 2009, disponível em: [http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2664%3Aprocis&catid=907&Itemid=490](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2664%3Aprocis&catid=907&Itemid=490). O componente saúde desse programa, implementado em 2004, incentiva a universalização da Assistência Farmacêutica Básica e da ESF.

## Análise

Constatou-se na auditoria que a política de distribuição de recursos estaduais e federais destinados à atenção básica aos municípios não era equitativa quando se tratava de municípios em piores condições sociais. Verificou-se a necessidade de incorporação de novos critérios no processo de alocação de recursos do governo federal e estadual aos municípios, levando-se em conta os critérios demográficos, epidemiológicos e de capacidade instalada e financeira, de acordo com o disposto no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde.

Neste monitoramento solicitou-se à SES, por meio de diligência (item 16, apêndice A do Ofício DAE nº 2.433/2019, fls. 17), que comprovasse a articulação na CIB e CIT para a concepção de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios, conforme critérios previstos no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde.

Em resposta (fls. 45), a SES afirmou que entende que as pactuações em CIB levam em consideração a atual legislação do SUS e que a pactuação vigente entre as duas esferas de governo para a Atenção Primária à Saúde é a Deliberação nº 054/CIB/2019<sup>20</sup> (fls. 117-118). O referido diploma legal, no que se refere à Atenção Básica, dispõe em seu art. 1º e parágrafo 1º o que segue:

Art. 1º. A Secretaria de Estado da Saúde realizará a programação orçamentária anual para o pagamento do Cofinanciamento Estadual das equipes **da Estratégia Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NasfAB), equipes de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado (PROCIS)**, acrescido de um incremento conforme índice estipulado nesta deliberação.

§ 1º. Será aplicado sobre o valor do cofinanciamento o reajuste anual pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), conforme o acumulado no ano anterior divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Caso o índice adotado não sofra variações ou for negativo, mantém-se o valor do ano anterior.

Em análise à deliberação em questão observa-se que não houve alteração da situação apontada na auditoria, bem como daquelas apresentadas no plano de ação e no primeiro relatório parcial. Tampouco ficou comprovada a articulação da SES com a CIB e CIT para a definição de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios.

## Conclusão

Tendo em vista que o instrumento de pactuação atual informado pela SES (Deliberação nº 054/CIB/2019) segue os mesmos critérios citados na auditoria, plano de ação

<sup>20</sup> <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2019-cib?limit=20&limitstart=160>

e primeiro relatório parcial e que não ficou evidenciando que houve articulação da SES com a CIB e CIT para definição de outros critérios visando a equidade no cálculo dos valores a serem repassados aos municípios à título de Atenção Básica, entende-se que a Recomendação prevista no item 6.2.1.18 da Decisão nº 0448/2016 deva ser considerada como **não implementada**.

## 2.2. Considerações Finais

Ante as informações obtidas no primeiro relatório parcial e nos documentos e informações apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde, relata-se o estágio da implementação das recomendações constantes na Decisão nº 0448/2016 e das medidas que seriam adotadas conforme Plano de Ação, aprovado na Decisão nº 0077/2018, que foram analisadas neste primeiro monitoramento:

### 2.2.1. Implementação das recomendações

A implementação das recomendações está apresentada sinteticamente, no quadro abaixo:

**Quadro 09:** Situação da implementação das recomendações do 1º monitoramento

Itens do Relatório	Itens da Decisão nº 0448/2016	Situação no 1º Monitoramento
	Recomendações	
2.1.1	6.2.1.1 Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;	Em implementação
2.1.2	6.2.1.2 Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família;	Em implementação
2.1.3	6.2.1.3 Normatizar a atividade de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica na estrutura da Secretaria;	Não implementada
2.1.4	6.2.1.4 Dotar o setor de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica com pessoal suficiente, com base em critérios de dimensionamento predefinidos, para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica;	Em implementação
2.1.5	6.2.1.5 Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos Municípios e no âmbito da própria Secretaria;	Em implementação
2.1.6	6.2.1.6 Adotar indicadores de insumos e processos de avaliação da atenção básica em articulação com as gestões municipais;	Em implementação
2.1.7	6.2.1.7 Elaborar diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica da SES;	Não implementada
2.1.8	6.2.1.8 Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico;	Prejudicada

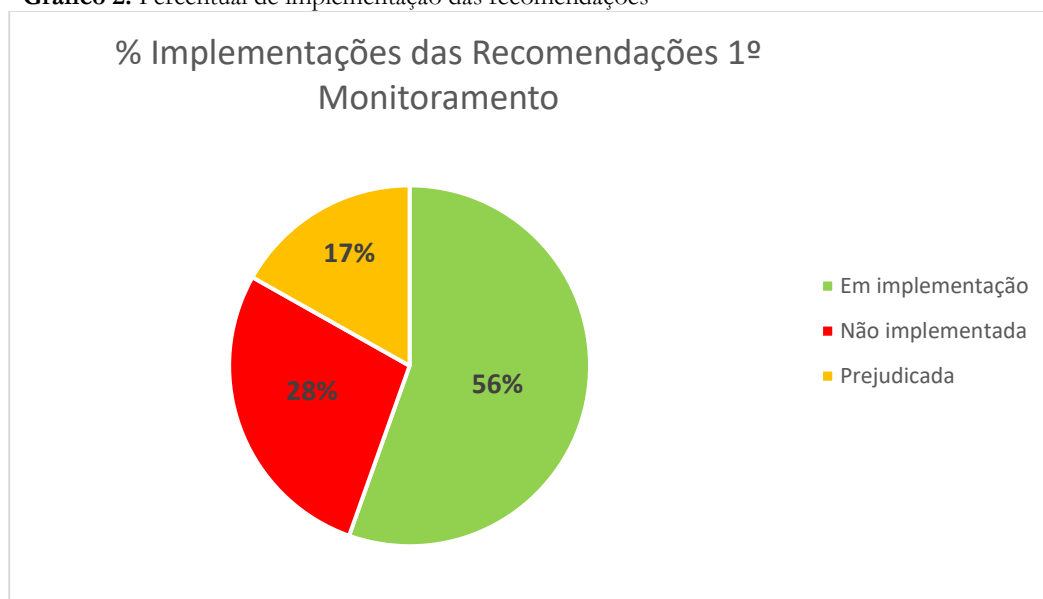
Itens do Relatório	Itens da Decisão nº 0448/2016	Situação no 1º Monitoramento
	Recomendações	
2.1.9	6.2.1.9 Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da atenção básica, após discussão nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT);	Prejudicada
2.1.10	6.2.1.10 Instituir ações no sentido de melhor instrumentalizar e capacitar os Municípios no processo de planejamento da Atenção Básica à Saúde em observância ao item 03, inciso VIII, da PNAB;	Em implementação
2.1.11	6.2.1.11 Assumir sua atribuição de articulador do estabelecimento de fluxos de integração regionalizada da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, por meio da implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), estabelecido pelo art. 33 do Decreto (federal) n. 7.508/2011;	Prejudicada
2.1.12	6.2.1.12 Ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade no Estado de Santa Catarina de forma a atender às necessidades de saúde da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, conforme estipula o art. 2º, §2º, da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90;	Em implementação
2.1.13	6.2.1.13 Aprimorar os sistemas de informação, articulando-se com as SMS, com vistas à integração entre as ferramentas de referência à contrarreferência;	Não implementada
2.1.14	6.2.1.14 Implementar estratégias para o desenvolvimento do apoio matricial nas Secretarias Municipais de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde;	Em implementação
2.1.15	6.2.1.15 Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/registro da contrarreferência;	Em implementação
2.1.16	6.2.1.16 Apoiar os municípios no estabelecimento de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o encaminhamento para outros níveis de atenção, e, ainda, monitorar e consolidar os resultados;	Não implementada
2.1.17	6.2.1.17 Incrementar os recursos estaduais repassados aos municípios para o financiamento da Atenção Básica, com base em critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080/90 e pactuados na CIB, respeitando o pressuposto no financiamento tripartite da Atenção Básica, estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica;	Em implementação
2.1.18	6.2.1.18 Articular e pactuar na CIB e CIT a concepção de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios, conforme critérios previstos no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde.	Não implementada

O quadro a seguir apresenta, de forma percentual, a situação da implementação das recomendações no 1º monitoramento:

**Quadro 10:** Percentual de implementação das recomendações no 1º monitoramento

Situação em maio/2019	1º Monitoramento	
	Item da Decisão 0448/2016	Percentual
Implementada	-	0%
Em implementação	6.2.1.1; 6.2.1.2; 6.2.1.4, 6.2.1.5, 6.2.1.6, 6.2.1.10, 6.2.1.12; 6.2.1.14, 6.2.1.15, 6.2.1.17	56%
Não implementada	6.2.1.3; 6.2.1.7; 6.2.1.13; 6.2.1.16; 6.2.1.18	28%
Prejudicada	6.2.1.8; 6.2.1.9; 6.2.1.11	17%

**Gráfico 2:** Percentual de implementação das recomendações



### 3. CONCLUSÃO

**3.1.** Conhecer do Relatório de Instrução DAE nº 013/2019, que trata do primeiro monitoramento da Auditoria Operacional que avaliou a qualidade dos serviços de Atenção Básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde, decorrente dos Processos RLA 14/00675828 e PMO 19/00151798.

**3.2.** Conhecer como **em implementação** as recomendações à Secretaria de Estado da Saúde, dos seguintes itens da Decisão nº 0448/2016: Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde (item 2.1.1 deste Relatório); Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família (item 2.1.2 deste Relatório); Dotar o setor de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica com pessoal suficiente, com base em critérios de dimensionamento predefinidos, para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica (item 2.1.4 deste Relatório); Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos Municípios e no âmbito da própria Secretaria (item 2.1.5 deste Relatório); Adotar indicadores de insumos e processos de avaliação da atenção básica em articulação com as gestões municipais (item 2.1.6 deste Relatório); Instituir ações no sentido de melhor instrumentalizar e capacitar os Municípios no processo de

planejamento da Atenção Básica à Saúde em observância ao item 03, inciso VIII, da PNAB (item 2.1.10 deste Relatório); Ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade no Estado de Santa Catarina de forma a atender às necessidades de saúde da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, conforme estipula o art. 2º, §2º, da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 (item 2.1.12 deste Relatório); Implementar estratégias para o desenvolvimento do apoio matricial nas Secretarias Municipais de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde (item 2.1.14 deste Relatório); Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/ registro da contrarreferência (item 2.1.15 deste Relatório); Incrementar os recursos estaduais repassados aos municípios para o financiamento da Atenção Básica, com base em critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080/90 e pactuados na CIB, respeitando o pressuposto no financiamento tripartite da Atenção Básica, estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (item 2.1.17 deste Relatório).

**3.3. Conhecer como não implementadas** as recomendações à Secretaria de Estado da Saúde, dos seguintes itens da Decisão nº 448/2016: Normatizar a atividade de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica na estrutura da Secretaria (item 2.1.3 deste Relatório); Elaborar diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica da SES (item 2.1.7 deste Relatório); Aprimorar os sistemas de informação, articulando-se com as SMS, com vistas à integração entre as ferramentas de referência à contrarreferência (item 2.1.13 deste Relatório); Apoiar os municípios no estabelecimento de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o referenciamento para outros níveis de atenção, e, ainda, monitorar e consolidar os resultados (item 2.1.16 deste Relatório); Articular e pactuar na CIB e CIT a concepção de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios, conforme critérios previstos no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (item 2.1.18 deste Relatório).

**3.4. Conhecer como prejudicadas** as recomendações à Secretaria de Estado da Saúde, dos seguintes itens da Decisão nº 448/2016: Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico (item 2.1.8 deste Relatório); Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da atenção básica, após discussão nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) (item 2.1.9 deste Relatório); Assumir sua atribuição de articulador do estabelecimento de fluxos de integração regionalizada da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, por meio da implementação do Contrato

Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), estabelecido pelo art. 33 do Decreto (federal) n. 7.508/2011 (item 2.1.11 deste Relatório);

**3.5.** Dar ciência da Decisão, do Relatório e do Voto do Relator que a fundamenta à Secretaria de Estado da Saúde.

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 07 de novembro de 2019.

CLEITON WESSLER  
Auditor Fiscal de Controle Externo

ROSEMARI MACHADO  
Auditora Fiscal de Controle Externo

De acordo:

RICARDO CARDOSO DA SILVA  
Chefe de Divisão

MICHELLE F. DE CONTO EL ACHKAR  
Coordenadora de Controle

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração do Exmo. Sr. Relator Luiz Eduardo Cherem, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

MONIQUE PORTELLA  
Diretora

**Processo n.:** @PMO 19/00151798

**Assunto:** 1º Monitoramento da auditoria operacional que avaliou a qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS)

**Responsável:** Helton de Souza Zeferino

**Unidade Gestora:** Secretaria de Estado da Saúde

**Unidade Técnica:** DAE

**Decisão n.:** 344/2020

**O TRIBUNAL PLENO**, diante das razões apresentadas pela Relatora e com fulcro nos arts. 59 da Constituição Estadual e 1º da Lei Complementar (estadual) n. 202/2000, decide:

1. Conhecer do *Relatório DAE n. 013/2019*, que trata do primeiro monitoramento da Auditoria Operacional que avaliou a qualidade dos serviços de Atenção Básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde, decorrente do presente processo e do de n. RLA-14/00675828.

2. Em relação às recomendações exaradas à Secretaria Estadual de Saúde:

2.1. conhecer e considerar como implementadas as recomendações constantes dos itens 6.2.1.1, 6.2.1.2, 6.2.1.4, 6.2.1.5, 6.2.1.6, 6.2.1.7, 6.2.1.10, 6.2.1.12, 6.2.1.13, 6.2.1.14, 6.2.1.15, 6.2.1.17 e 6.2.1.18 da Decisão n. 448/2016;

2.2. conhecer e considerar como em implementação a recomendação constante do item 6.2.1.16 da Decisão n. 448/2016;

2.3. conhecer, considerar como não implementada e reiterar a recomendação constante do item 6.2.1.3 da Decisão n. 448/2016;

2.4. conhecer e considerar como prejudicadas as recomendações constantes dos itens 6.2.1.8, 6.2.1.9 e 6.2.1.11 da Decisão n. 448/2016;

3. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto da Relatora que a fundamentam, bem como do *Relatório DAE n. 013/2019*, ao Responsável retronominado e à Secretaria de Estado da Saúde.

**Ata n.:** 8/2020

**Data da sessão n.:** 13/05/2020 - Ordinária - Virtual

**Especificação do quórum:** Adircélio de Moraes Ferreira Júnior, Herneus De Nadal, Wilson Rogério Wan-Dall, Luiz Roberto Herbst, Cesar Filomeno Fontes, Luiz Eduardo Cherem e José Nei Alberton Ascari

**Representante do Ministério Público de Contas/SC:** Cibelly Farias

**Conselheiros-Substitutos presentes:** Gerson dos Santos Sicca, Cleber Muniz Gavi e Sabrina Nunes Iocken

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA  
JÚNIOR  
Presidente

SABRINA NUNES IOCKEN  
Relatora

Fui presente: CIBELLY FARIAS  
Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas/SC