

<b>PROCESSO Nº:</b>	RLA-15/00146860
<b>UNIDADE GESTORA:</b>	Prefeitura Municipal de Florianópolis
<b>RESPONSÁVEL:</b>	Cesar Souza Junior – Prefeito Municipal de Florianópolis; Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Júnior – Secretário Municipal de Saúde.
<b>ASSUNTO:</b>	Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS)
<b>RELATÓRIO INSTRUÇÃO:</b>	<b>DE</b> DAE - 012/2015 - Instrução Plenária

## 1. INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Conforme prescreve o Acordo de Cooperação Técnica celebrado pelos Tribunais de Contas brasileiros, em 25 de março de 2014, a auditoria coordenada tem como objeto a avaliação da qualidade da prestação, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos serviços de atenção básica à saúde.

Esta Auditoria Operacional Coordenada tem por finalidade identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica oferecidos nas UBS, bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

A auditoria operacional coordenada abrangeu a Secretaria de Estado de Saúde (SES); às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Canoinhas, Florianópolis e Joinville; aos Conselhos Municipais de Saúde de Canoinhas, Florianópolis e Joinville; às UBS Campo da Água Verde e COHAB I em Canoinhas; às UBS Canto da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Ingleses e Rio Vermelho em Florianópolis; e às UBS Iririú, Morro do Meio, Nova Brasília e Willy Schosslund em Joinville.

Para delimitar o escopo do trabalho, realizaram-se visitas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, ao Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, às UBS Canto da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Ingleses e Rio Vermelho em Florianópolis.

A partir das informações levantadas e das técnicas aplicadas, os estudos apontaram que a auditoria deveria concentrar-se nos seguintes aspectos: medidas para alocação, permanência e capacitação dos profissionais que atuam nas UBS; estrutura de avaliação, indicadores e suporte de tecnologia da informação; financiamento, articulação entre os níveis de atenção à saúde e planejamento das ações de atenção básica.

A auditoria operacional iniciou-se formalmente no Município em 23/06/2014, com a apresentação do Ofício TCE/DAE nº 9.657/2014 (fl. 06) de apresentação da equipe de auditoria ao Prefeito Municipal de Florianópolis e findou em 18/03/2015, com a conclusão do Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (fls. 167-235).

Em cumprimento ao despacho do Relator do Processo (fl. 235), foram citados em audiência para se manifestarem quanto aos resultados da auditoria operacional, o Sr. César Souza Júnior, Prefeito Municipal de Florianópolis, por meio do Ofício nº 6.190/15 (fl. 236), de 30/04/2015, e o Sr. Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Júnior, Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis, por meio do Ofício nº 6.191/15 (fl. 237), de 30/04/2015.

O Sr. Prefeito Municipal de Florianópolis não solicitou prorrogação e nem se manifestou quanto ao Ofício nº 6.190/15 (fl. 236), protocolado em 05/05/2015, e Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015.

O Sr. Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis protocolou suas razões de justificativa em 28/05/2015, sob nº 008524/2015 (fls. 238-399).

### **1.1 Visão Geral do Auditado**

A Secretaria Municipal de Florianópolis tem suas competências definidas no art. 9º da Lei Orgânica do Município. Dentre elas, destaca-se a de prestar serviços de atendimento à saúde da população, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

O Município integra, com o Estado e a União, o Sistema Único de Saúde, devendo nos termos da lei, garantir acesso a todos os seus habitantes, às ações e serviços de saúde sem qualquer discriminação.

É de responsabilidade do Município garantir que as ações e os serviços municipais de saúde visem ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas; sejam planejados, executados e controlados por equipes

multiprofissionais; sejam custeados com recursos dos orçamentos municipal, estadual e federal de seguridade social ou provenientes de outras fontes e sejam gratuitos, ainda que realizados por intermédio de terceiros no âmbito do SUS.

A estrutura organizacional da SMS é composta pelo Gabinete do Secretário; Gabinete do Secretário Adjunto; Diretoria do Fundo Municipal de Saúde e Logística; Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos; Diretoria de Atenção Primária à Saúde; Diretoria de Média Complexidade, Serviços Especiais e Ações Regionais; Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria; Diretoria UPA Norte e Sul; Diretoria de Vigilância em Saúde; Diretoria do Centro de Controle de Zoonoses e Diretoria de Bem Estar Animal. Além disso, a SMS conta com um Conselho Municipal de Saúde.

Para esta auditoria analisou-se a SMS de Florianópolis, bem como suas respectivas estruturas responsáveis pela dinâmica da atenção básica no município.

Ressalta-se que o Tribunal de contas já realizou outras auditorias operacionais na área da saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, relacionados também à Atenção Básica.

## **1.2 Visão Geral da Auditoria**

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.<sup>1</sup>

É o nível de atenção à saúde de menor densidade tecnológica, entretanto, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população, devendo ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Surgiu como uma nova estratégia para lidar com o esgotamento do modelo médico-hospitalocêntrico, no qual a maioria da população brasileira busca

---

<sup>1</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

as emergências dos hospitais como primeira e principal opção de atendimento, fruto da crença de que lá o atendimento será mais tempestivo e resolutivo.

A Atenção Básica tem como sua principal estratégia o Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde para expandir, qualificar e consolidar a Atenção Primária no Brasil.

Sob a perspectiva de reorientação do modelo assistencial, o PSF tem como princípios: (1) a família como foco de abordagem; (2) território definido; (3) adscrição dos pacientes; (4) trabalho em equipe interdisciplinar; (5) corresponsabilização; (6) integralidade; (7) resolutividade; (8) intersetorialidade e (9) estímulo à participação social.

Neste tópico são apresentados o objetivo, as questões de auditoria, a metodologia empregada e o volume de recursos fiscalizados.

### **1.2.1 Objetivo geral**

Identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), independentemente dos programas implementados em cada unidade avaliada, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura, bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

### **1.2.2 Questões de auditoria**

Para atingir o objetivo geral desta auditoria foram elaboradas as seguintes questões:

1ª – Como as Secretarias de Saúde atuam para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica?

2ª – Os estados e municípios possuem estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

3ª – O processo de planejamento da atenção básica reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das três esferas federativas?

### 1.2.3 Metodologia utilizada

Na fase de planejamento efetuou-se pesquisa documental na internet, como artigos e notícias veiculadas sobre a matéria em análise e a legislação correlata, bem como a disponibilização de documentos pela SES sobre os assuntos inerentes à auditoria. Também foram realizadas entrevistas com a Secretária de Estado de Saúde e com o Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis, além de reuniões com o Conselho Municipal e Local de Saúde de Florianópolis e com profissionais da UBS Agrônômica para levantamento de dados a serem utilizados na elaboração dos papéis de trabalhos. Procederam-se à elaboração da análise SWOT<sup>2</sup>, Diagrama de Verificação de Riscos (DVR), Análise Stakeholder<sup>3</sup> e Diagrama de Ishikawa<sup>4</sup> para melhor compreensão dos mecanismos de organização e funcionamento do sistema e, essencialmente, para identificar os principais problemas na atenção básica estadual e municipal.

Com as informações levantadas, elaborou-se a Matriz de Planejamento. No período de 28 a 31 de julho de 2014, em Brasília/DF, ocorreu oficina coordenada pelo Grupo de Auditoria Operacional (GAO) e Tribunal de Contas da União (TCU), na qual se consolidaram as questões de auditoria de gestão de pessoas, monitoramento e avaliação e planejamento, comuns a todos os Tribunais de Contas brasileiros.

A classificação do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS<sup>5</sup>), de 2012, foi utilizada como critério para definição da amostra dos municípios a serem visitados na fase de execução. Selecionou-se o município de Florianópolis como um caso de boa prática (classificação 1) e para as demais classificações os municípios de Joinville (classificação 2), Canoinhas (classificação 3) e Araquari (classificação 5), todos com o menor índice de Atenção Básica - IDAtB.

Depois de selecionados os municípios a serem auditados, foram levantados dados no CNES de todas as UBS dos municípios, como o número total de equipes e profissionais por categoria. Dessa forma, o critério para seleção

---

<sup>2</sup> SWOT - técnica de auditoria utilizada para enquadrar pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças relacionados a determinado programa de governo ou órgão/entidade (do inglês Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats).

<sup>3</sup> A Análise Stakeholder permite identificar a forma apropriada de participação de todas as partes envolvidas em um programa ou projeto. Esta técnica é uma ferramenta de grande utilidade em avaliação de programa.

<sup>4</sup> Diagrama de Ishikawa é uma ferramenta gráfica para o gerenciamento e o controle da qualidade. Possibilita estruturar hierarquicamente as causas potenciais de determinado problema, bem como seus efeitos.

<sup>5</sup> O IDSUS representa uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota para cada Município, Estado e para o Brasil. A nota varia de zero a dez, onde os menores escores representariam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no Estado ou Município considerado.

das UBS foi o número de equipes de Saúde da Família (eSF), conforme demonstra o quadro a seguir:

**Quadro 1** – Unidades Básicas de Saúde selecionadas para visitas “in loco”.

UBS	Município	Critério
Canto da Lagoa	Florianópolis	Sem eSF
Morro do Meio	Joinville	Sem eSF
Itapocu	Araquari	1 eSF
Campo da Água Verde	Canoinhas	1 eSF
COHAB I	Canoinhas	1 eSF
Costeira do Pirajubaé	Florianópolis	1 eSF
Willy Schosslund	Joinville	1 eSF
Iriú	Joinville	1 eSF
Aci Ferreira de Oliveira	Araquari	Mais de 2 eSF
Inglese	Florianópolis	Mais de 2 eSF
Rio Vermelho	Florianópolis	Mais de 2 eSF
Nova Brasília	Joinville	Mais de 2 eSF

**Fonte:** Elaborado pelo TCE/SC, a partir de dados extraídos do CNES.

Dessa forma, na fase de execução foram utilizadas as seguintes técnicas de auditoria: a) inspeção “in loco” em 12 Unidades Básicas de Saúde; b) envio de questionário eletrônico a todos os municípios do Brasil pelo Tribunal de Contas da União; c) entrevista com a Secretária de Estado de Saúde; d) entrevista com os Secretários Municipais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde dos 4 municípios auditados; e) entrevistas com Gestores, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das UBS visitadas; f) requisição de informações e documentos às 4 SMS, à SES e às 12 UBS; g) análise documental; h) extração eletrônica de dados; e i) cruzamento eletrônico de dados.

Na inspeção “in loco”, foi analisado o espaço físico das UBS visitadas, atentando para o número e estado das salas, bem como a quantidade de equipamentos de TI, como computadores e impressoras disponíveis para a consecução dos trabalhos.

O questionário eletrônico do TCU foi respondido por 128 gestores municipais, embora tenha sido encaminhado aos 295 municípios catarinenses. As questões dividiram-se em 4 temas gerais, de identificação do município e comentários; 17 de gestão de pessoas; 21 de monitoramento e avaliação e 21 de planejamento; totalizando 64 questões. Os dados coletados dessa pesquisa foram utilizados como subsídio para comprovar as situações identificadas na auditoria.

Objetivou-se, com a aplicação das entrevistas: coletar informações na SES, SMS e UBS para identificar como ocorre, de fato, a dinâmica da Atenção Básica e colher a percepção do gestor Estadual e dos Municipais para contrastar com a dos profissionais que atuam nas UBS.

As demais técnicas citadas, igualmente, foram essenciais para a obtenção de evidências e para o tratamento das informações coletadas.

As situações encontradas que resultaram em achados de auditoria foram consubstanciadas na Matriz de Achados, a qual serviu de base para a elaboração deste Relatório. No período de 29 a 31 de outubro de 2014, em Brasília/DF, ocorreu nova oficina coordenada pelo GAO e TCU, na qual consolidaram-se os achados de gestão de pessoas, monitoramento e avaliação e planejamento.

O Relatório de Instrução foi elaborado com os dados comparativos dos quatro os municípios auditados, bem como da Secretaria de Estado da Saúde. Porém, os relatórios de reinstrução, que levam em consideração as justificativas do gestor, levaram em consideração preponderantemente as informações do município responsável pela condução da política pública na atenção básica.

#### 1.2.4 Volume de recursos fiscalizados

O montante de recursos fiscalizados foi R\$ 23.915.780,11 de Araquari, R\$ 63.343.808,77 de Canoinhas, R\$ 523.238.024,27 de Florianópolis, R\$ 639.382.739,32 de Joinville e R\$ 2.367.694.674,10 da SES, totalizando R\$ 3.617.575.026,57, conforme demonstrado na tabela abaixo. Trata-se de despesas liquidadas no período de 2011 a 2013 pela Secretaria Estadual de Saúde e os municípios citados na função 10 – Saúde, subfunções 301 – Atenção Básica e 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

**Tabela 1** - Despesas por subfunção (2011-2013).

MUNICÍPIO	SUBFUNÇÃO	DESPESAS EM REAIS (R\$)			Total
		2011	2012	2013	
Araquari	Atenção Básica	3.525.985,51	5.101.350,48	4.935.029,87	13.562.365,86
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2.745.133,94	3.472.409,18	4.135.871,13	10.353.414,25

MUNICÍPIO	SUBFUNÇÃO	DESPESAS EM REAIS (R\$)			Total
		2011	2012	2013	
Canoinhas	Atenção Básica	5.513.540,52	7.151.421,11	6.850.880,89	19.515.842,52
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	12.864.204,26	15.106.181,87	15.857.580,12	43.827.966,25
Florianópolis	Atenção Básica	162.436.539,77	106.795.103,89	105.781.720,95	375.013.364,61
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	28.827.652,25	34.100.816,28	85.296.191,13	148.224.659,66
Joinville	Atenção Básica	25.871.253,78	27.205.640,84	14.252.388,66	67.329.283,28
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	153.424.396,64	183.060.108,83	235.568.950,57	572.053.456,04
SES	Atenção Básica	54.798.293,64	101.712.048,59	82.636.080,01	239.146.422,24
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	925.993.657,57	567.794.489,71	634.760.104,58	2.128.548.251,86
<b>Total</b>		<b>1.376.000.657,88</b>	<b>1.051.499.570,78</b>	<b>1.190.074.797,91</b>	<b>3.617.575.026,57</b>

**Fonte:** Elaborado pelo TCE/SC, com base em dados do **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**.

## 2. ANÁLISE

### 2.1 Análises dos Achados relativos à 1ª Questão de Auditoria

A primeira questão buscou verificar como as Secretarias de Saúde atuam para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica.

Foram identificadas deficiências na elaboração e na execução das ações de capacitação e Formação dos Gestores e Profissionais da Atenção Básica, decorrentes da ausência de levantamento de necessidades, ausência de um Plano de Educação Permanente e a insuficiência na oferta de cursos de capacitação.

No que se refere a alocação e permanência verificou-se fragilidades causadas pela ausência de um plano de cargos e salários, de ações que promovam a permanência dos profissionais na Atenção Básica e de um diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal.

**2.1.1 Ausência no levantamento das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, não observando o Item 4.1 da PNAB; e ausência do Plano de Educação Permanente do Município, em discordância ao que estabelece a Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007.**

Conforme preceitua o item 4.1 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a educação permanente deve ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Desta forma, pressupõe-se que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, são identificados os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. Portanto, a PNAB preconiza que:

É central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (p. 40).

A portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, estabelece, em seu artigo 21, responsabilidades comuns ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde:

Art. 21. (...)

I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

Dentre os aspectos verificados pela auditoria, destaca-se a ausência de um diagnóstico que contemple mecanismos formais para identificar as necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica, pelas Secretarias Municipais de Saúde de Araquari, Canoinhas e Florianópolis.

Em resposta ao Ofício TCE/DAE 10.930/2014 a SES descreveu a forma como ocorre o levantamento das necessidades de formação e educação permanente em saúde para os profissionais da atenção básica, que se dá com o apoio das 16 Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das 16 Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES) existentes no estado.

Mencionou também que a Gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no estado é coordenada pela Diretoria de Educação Permanente em Saúde da SES (DEPS-SES) que, por sua vez, tem como atribuição a condução da Política em âmbito estadual. Existe, ainda, uma CIES Estadual, que foi instituída em 2010 e é compreendida como uma câmara técnica da CIB que se configura como um espaço de intercâmbio de experiências e decisões relativas às ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) entre as 16 CIES, em nível estadual.

As CIR e CIES em âmbito regional assumem o papel de condução da PNEPS, articulando propostas que integram o ensino e o serviço considerando os diferentes atores sociais do quadrilátero da formação (ensino – serviço – gestão – controle social) com vistas a mudanças nos processos de trabalho. Ocorrem encontros mensais com as CIES regionais sob a coordenação da CIES estadual que constituem o principal meio de articulação regional de Educação Permanente em Saúde e é dessa forma que o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) é construído, pactuado e aprovado.

Florianópolis possui o Política Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS), no entanto, não o colocou em prática.

Nas entrevistas realizadas com gestores, médicos, enfermeiros e ACS das Unidades Básicas de Saúde selecionadas, a situação descrita por 53% dos profissionais foi a ausência de um mecanismo formal de consulta aos mesmos para sugerir temas de cursos que contemplem as especificidades do seu cotidiano de trabalho. Em contrapartida, 47% dos profissionais relataram serem consultados informalmente sobre cursos que gostariam de realizar, embora apenas 13% destes realizaram, de fato, algum curso que foi sugerido, conforme demonstra detalhadamente a tabela abaixo.

**Tabela 2** - Consulta/sugestão de cursos de capacitação.

MUNICÍPIO	UBS	SIM		NÃO	TOTAL
		Apenas consultado	Curso sugerido foi ofertado		
ARAQUARI	Itapocu			3	3
	Aci Ferreira de Oliveira			4	4
CANOINHAS	Campo da Água Verde	1		3	4
	COHAB I			4	4
FLORIANÓPOLIS	Canto da Lagoa	2		2	4
	Inglese	2		2	4
	Costeira do Pirajubaé		1	3	4
	Rio Vermelho		2	2	4

MUNICÍPIO	UBS	SIM		NÃO	TOTAL
		Apenas consultado	Curso sugerido foi ofertado		
JOINVILLE	Iriú		3	1	4
	Morro do Meio	4			4
	Nova Brasília	3		1	4
	Willy Schossland	4			4
<b>TOTAL</b>		<b>16</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>47</b>
<b>PERCENTUAL</b>		<b>34%</b>	<b>13%</b>	<b>53%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** TCE/SC - Papel de Trabalho (PT 29).

Em resposta ao Ofício TCE/DAE nº 9.657/2014, o Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis expõe que (fls. 14-27):

“Não existem registros formais de diagnósticos de necessidades efetuados, uma vez que estes se davam de maneira orgânica. A partir de 2014, com o advento da Carteira de Serviços da Atenção Primária surgiu a possibilidade da elaboração de um instrumento de diagnóstico das necessidades de formação na rede de APS, que estamos elaborando na forma do ‘Diagnóstico de Linha de Base da Carteira de Serviços’. O instrumento ainda não está pronto.”

Contraditoriamente, em questionário eletrônico realizado com Gestores Municipais de Saúde de Santa Catarina pelo Tribunal de Contas da União, 65,63% dos 128 Gestores que responderam ao questionário relataram que efetuam o levantamento das necessidades concernentes à educação permanente em saúde na Atenção Básica do seu município, o que vai de encontro com o diagnosticado no município de Florianópolis (fls. 39-83).

Portanto, a inexistência de um diagnóstico em EPS responsável pelo levantamento conciso das demandas de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, pelos municípios mencionados, impacta na inadequação entre as capacitações ofertadas e as reais necessidades destes profissionais na execução de seus trabalhos, conforme discutido pela PNAB.

Diante desta situação, resta à **SMS de Florianópolis**:

- Elaborar periodicamente o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, conforme preconiza o Item 4.1 da PNAB;

Espera-se, assim, que as capacitações ofertadas sejam condizentes com as necessidades dos gestores e profissionais da Atenção Básica, ao passo

que contribuam para o aprimoramento da qualificação dos mesmos e a melhoria do atendimento aos usuários.

### **Comentários do Gestor (fls.239-43)**

O Gestor informou que a partir de 2010 foram iniciadas várias ações que culminaram com a criação da Política Municipal de Educação Permanente – PMEPS.

Em 26 de outubro de 2011, foi publicada no DOE a Portaria SS/GAB nº 41 (fls. 263-270) que aprovou a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, sendo definido que o Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS passaria a ter caráter permanente (Anexo 1). Informou que, nesse mesmo ano, o Município de Florianópolis foi ganhador do Prêmio de Inovação na Gestão do Trabalho na Saúde (INOVASUS) do Ministério da Saúde.

A partir de 2013, com a criação do setor de educação em saúde, foi implantado um sistema oficial de registro e monitoramento dos eventos oferecidos internamente. Este setor é vinculado à assessoria em gestão de pessoas, contribuindo para a construção de um novo modelo de gerenciamento de Recursos Humanos.

O Gestor destacou dois trabalhos desenvolvidos por este setor, a publicação da Normativa 001/2014 (fls. 271-282) que regulamenta o eixo II – o desenvolvimento do trabalhador da PMEPS e uma parceria com a Gerência de Tecnologia e Modernização do Sistema Eletrônico de Eventos de Educação, que proporciona o registro online de eventos de educação internos e a emissão de certificados.

Foram encaminhados dados do monitoramento referentes às ações do Plano Regional de Educação Permanente da CIES da Grande Florianópolis desenvolvidos pela SMS de Florianópolis, por meio dos quais é possível avaliar que o município ultrapassou a meta pactuada em 2013 e, em 2014, também atingiu as metas.

Sobre o diagnóstico das necessidades de capacitação citou um projeto desenvolvido em parceria com a ESAG/UDESC, no qual foi realizada uma etapa inicial para traçar o perfil dos coordenadores locais e o levantamento de competências desejadas para a função gerencial na SMS (anexo 3, fls. 297-304). Com fundamento neste perfil foi elaborado um mapeamento das necessidades de

educação permanente com a proposição de um curso a ser executado em 2015 (anexo 4, fls. 305-322)

Por fim, acrescentou que o levantamento de necessidades de capacitação e formação de profissionais da AB do Município é realizado sistematicamente, por meio de reuniões de diferentes categorias, de equipes, de planejamento das UBS e dos Núcleos de apoio à Saúde da Família, assim como as reuniões distritais.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.1.1).

### **Análise dos comentários do Gestor**

As informações prestadas pelo Gestor demonstram que a SMS de Florianópolis está em consonância com os pressupostos estabelecidos na Política Nacional da Atenção Básica quanto ao desenvolvimento de uma Política de Educação Permanente. Assim como é possível constatar que a SMS cumpre com suas competências estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1996/2007 de “planejar a formação e a educação permanente dos trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão”.

A recomendação sugerida pelo corpo Técnico quanto ao diagnóstico das necessidades de educação permanente fundamentou-se em evidências coletadas nas UBS visitadas “in loco”, por meio de entrevistas nas quais foi possível identificar que, em alguns casos, os profissionais, apesar de serem consultados, não chegam a participar de cursos que foram sugeridos por eles.

Outra evidência de suporte para a recomendação foi o documento encaminhado pela própria Secretaria, em resposta ao Ofício TCE/DAE nº 9.657/2014 (fls. 17), item 8, no qual informa que “não existem registros formais de diagnósticos de necessidades efetuados, uma vez que estes se davam de maneira orgânica”. Tal afirmação apresenta-se conflitante com as novas informações prestadas pelo gestor nesta audiência de que foi realizado um levantamento das necessidades de capacitação dos coordenadores das UBS pela SMS em parceria com a ESAG/UDESC e que foi apresentado um projeto de capacitação a estes profissionais, que seria executado em 2015.

Diante do exposto, é importante permanecer a **recomendação** feita anteriormente por duas razões, primeiro para que seja possível o monitoramento da execução deste projeto em futuro monitoramento por este Tribunal de Contas. Segundo, para avaliar se tais ações tiveram continuidade e serão estendidas às demais categorias de profissionais da Atenção Básica, não se limitando apenas aos coordenadores.

**2.1.2 Insuficiência na oferta de cursos de capacitação para os profissionais que atuam na Atenção Básica, deixando de contribuir com o incentivo e a viabilização da formação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (Itens 3.1, VI e 3.4, VIII).**

É de responsabilidade de todo ente federado desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, por meio de valorização, e viabilização da formação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica (Itens 3.1, VI e 3.4, VIII da PNAB).

Acerca das responsabilidades municipais na educação em saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) prevê, em seu item 2.3, que:

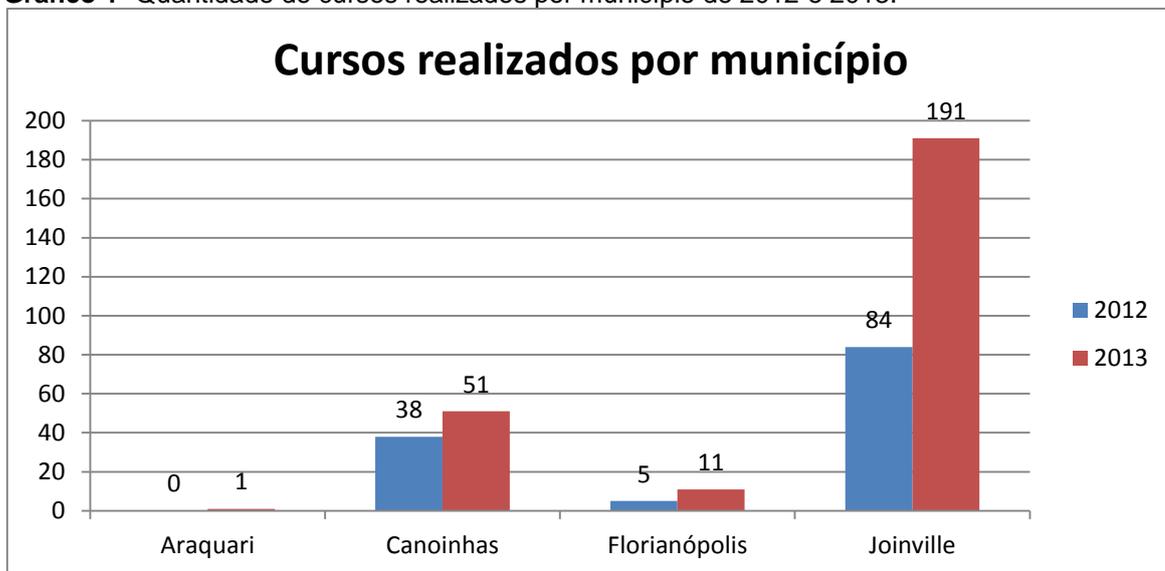
Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento (p.35).

Compete também, às SMS, conforme exposto na PNAB (item 3.4, VIII, p. 32) “desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família”.

Com base no preconizado pela PNAB e tendo em vista o estabelecimento da Educação Permanente em Saúde, observou-se a insuficiência de cursos de capacitação para os profissionais da Atenção Básica do município de Florianópolis, ao comparar os dados encaminhados pelos quatro municípios auditados.

Para a análise, foi solicitada aos municípios a relação dos cursos realizados (PT 09, fls. 114-42) para os gestores e profissionais de saúde na área da Atenção Básica, no período de 2012 a 2013. A consolidação e comparação dos dados encaminhados podem ser observadas no gráfico a seguir:

**Gráfico 1-** Quantidade de cursos realizados por município de 2012 e 2013.



Fonte: TCE/SC (PT 09).

Diante do exposto, verifica-se a deficiência de capacitação para os profissionais que atuam na Atenção Básica do município de Florianópolis, ao comparar o número de cursos realizados com os informados pelos demais municípios.

Analisando, ainda, o número atual de profissionais que atuam na Atenção Básica dos municípios auditados, de acordo com dados coletados no CNES em 12/12/2014, e comparando com a quantidade de cursos realizados pelos mesmos municípios, calculou-se o número de cursos por profissional. Vale ressaltar que para os dois anos analisados foram utilizados os dados de profissionais atuais (2014) encaminhados pelas SMS. Os resultados são demonstrados na tabela a seguir:

**Tabela 3** - Relação do número de cursos por profissional da Atenção Básica.

Município	Número atual de profissionais da Atenção Básica (2014)	Número de cursos realizados		Número de cursos por servidor	
		2012	2013	2012	2013
Araquari	126	0	1	0	0,0079
Canoinhas	97	38	51	0,3918	0,5258
Florianópolis	1287	5	11	0,0039	0,0085

Município	Número atual de profissionais da Atenção Básica (2014)	Número de cursos realizados		Número de cursos por servidor	
		2012	2013	2012	2013
Joinville	908	84	191	0,0925	0,2104

**Fonte:** TCE/SC, a partir de dados das SMS (PT 28).

Florianópolis apresentou índice baixo por possuir o maior quadro profissional dos três municípios e ainda assim promover poucos cursos.

A insuficiência de cursos foi relatada também nas entrevistas realizadas com gestores, médicos, enfermeiros e ACS dos dois municípios (PT's 01, 02, 03 e 04), ao passo que 87% dos entrevistados julgaram insuficiente a quantidade de cursos ofertados ou nunca receberam capacitação na Atenção Básica (fls. 150-7).

A carência de cursos influencia na qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, com comprometimentos da qualidade dos serviços prestados aos usuários nas UBS.

Portanto, resta à **SMS de Florianópolis:**

- Ofertar cursos de formação e capacitação continuada aos gestores e profissionais da Atenção Básica com vistas a contemplar as necessidades de capacitação dos profissionais da Atenção Básica, previstas no Diagnóstico e levantamento das necessidades, de forma a estimular e viabilizar a educação permanente, de acordo com o Item 3.1, inciso VI da Política Nacional de Atenção Básica.

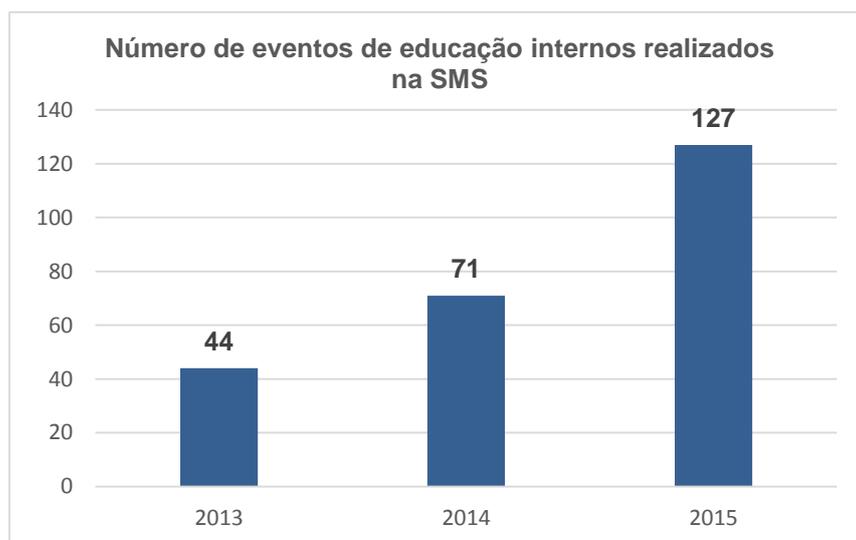
Busca-se, com isso, uma melhor qualidade na prestação dos serviços ofertados aos usuários a fim de proporcionar aos municípios melhores condições técnicas e pedagógicas para o aperfeiçoamento da educação permanente dos profissionais da Atenção Básica.

#### **Comentários do Gestor (fls. 244-45)**

O gestor informou que somente a partir do 2º semestre de 2013 foi desenvolvido o “Sistema Eletrônico de Eventos de Educação”, que permite o registro de eventos internos, emissão de certificados e acompanhamento dos

curso ofertados pela rede de saúde. Além disso, encaminhou um link<sup>6</sup> no qual é possível visualizar a agenda mensal de todos os cursos ofertados no endereço eletrônico da Secretaria.

No que se refere ao quantitativo de eventos de educação internos informou que houve um aumento no quantitativo de cursos, entre os anos de 2013 a 2015, conforme gráfico encaminhado:



Fonte: OE 144/SMS/GAB/2015 (resposta ao item 3.1.2, fl. 244).

Quanto aos eventos de capacitação oferecidos em parceria com outras instituições de saúde e ensino, a Secretaria elencou 8 cursos que foram ofertados pelo QualiSUS-Rede e 02 de especialização em "Gestão da Clínica no SUS" e "Educação na Saúde".

Por último, acrescentou que realizaram em torno de 100 reuniões distritais de categoria profissional com foco em Educação Permanente, 4 turmas sobre Hepatites Virais, 2 turmas tratando de Tele dermatologia e múltiplas oficinas de Sistematização da Assistência da Enfermagem (fls. 244-5).

Estas foram as justificativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.1.2).

<sup>6</sup> <http://www.pmf.sc.gov.br/sites/gpss/index.php?cms=cursos+e+certificados&menu=4>.

## **Análise dos comentários do Gestor**

Na auditoria foi identificada a insuficiência de cursos de capacitação para os profissionais da Atenção Básica no município de Florianópolis, com base em uma relação encaminhada pela própria Secretaria Municipal da Saúde, fls. 118-19.

A partir da análise dessa relação constatou-se uma oferta de apenas 5 cursos em 2012 e 11 em 2013, chegando-se aos índices de 0,0039 cursos por servidor em 2012 e 0,0085 em 2013, índice que se mostrou inferior aos demais municípios.

De acordo com as informações encaminhadas pelo Gestor na Audiência, em 2012 não havia uma forma de registro oficial dos eventos internos, e somente a partir do segundo semestre de 2013 foi possível obter este registro, com a implantação do Sistema Eletrônico de Eventos de Educação.

Com a implantação desse Sistema e o conseqüente registro dos cursos, o número de cursos ofertados em 2013 altera de 11 para 41, resultando em um novo índice de **0,03185**, considerando 1287 profissionais de Florianópolis, segundo registro no CNES em 12/12/2014.

Ressalta-se que o referido índice se trata de uma evidência e ao mesmo tempo de um parâmetro estipulado por este corpo técnico com o objetivo de traçar uma análise comparativa, no momento da realização do monitoramento. A insuficiência do quantitativo de cursos ofertados foi evidenciada também nos relatos colhidos nas entrevistas com gestores, médicos, enfermeiros e ACS das unidades básicas do Município de Florianópolis.

Neste sentido, faz-se necessária a permanência da **recomendação** para que seja possível avaliar se haverá uma melhora significativa no quantitativo de cursos ofertados aos profissionais da Atenção Básica do Município de Florianópolis, assim como se estarão de acordo com o diagnóstico e levantamento das suas necessidades.

### 2.1.3 Falta de ações que promovam a alocação e permanência dos profissionais da Atenção Básica, contrariando a Portaria GM/MS nº 1.318/2007 e o disposto na PNAB, item 3.4, incisos X e XI.

A atenção básica é principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Dentre as diretrizes da Atenção Básica, previstos na PNAB, item 1, alínea III, destaca-se a da longitudinalidade/continuidade do cuidado:

[...]

III – Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com **construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo** e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia<sup>7</sup> decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

[...]

Do exposto, depreende-se que a longitudinalidade na atenção primária consiste em uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades básicas. Segundo Starfield<sup>8</sup>, as evidências sobre os benefícios da longitudinalidade indicam que sua utilidade deriva do conhecimento obtido ao longo do tempo. Ela continua seu entendimento nos seguintes termos:

Estes benefícios são mais consistentemente encontrados no reconhecimento dos problemas dos pacientes do que nos aspectos da atenção técnica, como o desempenho dos procedimentos preventivos. Quando os profissionais conhecem os pacientes, eles são mais capazes de julgar a necessidade de intervenções diagnósticas e de avaliar os méritos relativos de diferentes modos de intervenção. Essas vantagens

<sup>7</sup> Alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo (Dicionário Aurélio).

<sup>8</sup> STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

são melhor alcançadas quando a relação é com um profissional em particular, e não com um local específico. As vantagens decorrentes da associação com um local específico, ao invés da não existência de um local identificável, derivam, mais provavelmente, da crescente probabilidade de ver o mesmo profissional ou grupo de profissionais naquele local e de outros atributos da atenção primária que estão associados ao local, em particular, a existência de um registro que facilita o reconhecimento de determinadas necessidades, como os serviços preventivos.

Contudo, para que a continuidade do cuidado/vínculo longitudinal<sup>9</sup> aconteça é preciso que haja oferta adequada de serviços de Atenção Primária, mecanismos de fixação do profissional nas Unidades Básicas de Saúde, bem como garantia de estrutura física e recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes ao funcionamento das UBS.

Em estudos recentes publicados com relação à rotatividade dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família – ESF<sup>10</sup> (especialmente médicos e enfermeiros), percebeu-se que a falta de ação dos gestores municipais na identificação dos fatores que contribuem para a ocorrência da rotatividade compromete o vínculo das equipes com a comunidade, influenciando negativamente no alcance de resultados. As causas estão relacionadas com falta de valorização profissional; elevado nível de estresse por assumirem muitas responsabilidades dentro de suas rotinas (enfermeiros); falta de capacitação profissional e a remuneração que foi considerada insatisfatória.

Dito isto, o TCU quando do questionamento aos Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina acerca de quais instrumentos eram utilizados para promover a alocação e permanência dos profissionais da Atenção Básica em seus respectivos municípios, identificou que 21,05% adotavam a previsão de incentivos por produtividade e 80,26% promoviam boas condições de trabalho nas UBS, como infraestrutura e recursos humanos.

Contudo, durante as entrevistas “in loco” realizadas com os Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores, Médicos, Enfermeiros e Agentes

---

<sup>9</sup> CUNHA, Elenice Machado da; Giovanella, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.16, supl.1, Rio de Janeiro, 2011.

<sup>10</sup> MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, jun. 2010.

SOUZA, Marcelo Diolindo de. Motivação dos Profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. In: *Convibra Saúde*. IX Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde. 2012.

RODRIGUES, José Augusto Chimendes. Proposta para Adoção de Estratégias para Diminuir a Rotatividade de Profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Santo Amaro da Imperatriz. *Coleção Gestão da Saúde Pública*. Vol.2. 2013.

Comunitários de Saúde das UBS visitadas de Araquari, Canoinhas, Joinville e Florianópolis, foi identificada a falta de ações na promoção da alocação e permanência dos profissionais da atenção básica, como a ausência de incentivos à produtividade no cargo e a falta de valorização profissional.

Ressalta-se que incentivos à produtividade e valorização profissional são benefícios que devem estar inseridos no Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), conforme disciplina a Portaria GM/MS nº 1.318/2007, que trata da instituição de diretrizes nacionais para a elaboração de PCCS no âmbito do SUS.

O município de **Florianópolis** tem seu PCCS instituído por meio da Lei municipal nº 2.897/88, no qual se vislumbra gratificação de aperfeiçoamento profissional, que ocorre pela conclusão de cursos de aperfeiçoamento relevantes ao exercício das atividades, adquiridos no período da avaliação, realizado a cada 12 (doze) meses. Frisa-se que os Projetos de Lei Complementar Municipal (LCM) nºs 1.346/14 e 1.347/14, aprovados recentemente e com vigência a partir de maio/2015, possibilitarão o desenvolvimento funcional dos profissionais da Atenção Básica nas modalidades de Progressão por Curso de Aperfeiçoamento e/ou atualização e Promoção por Titulação, a qualquer tempo.

Outro fator apontado durante a auditoria como causador da rotatividade dos profissionais na Atenção Básica foi a ausência de boas condições de trabalho, quer de estrutura física necessária ao bom funcionamento das UBS, quer dos recursos materiais/insumos suficientes a realização das atividades.

Com relação a isso, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estabelece no item 3.4, incisos X e XI, que é da competência das Secretarias Municipais:

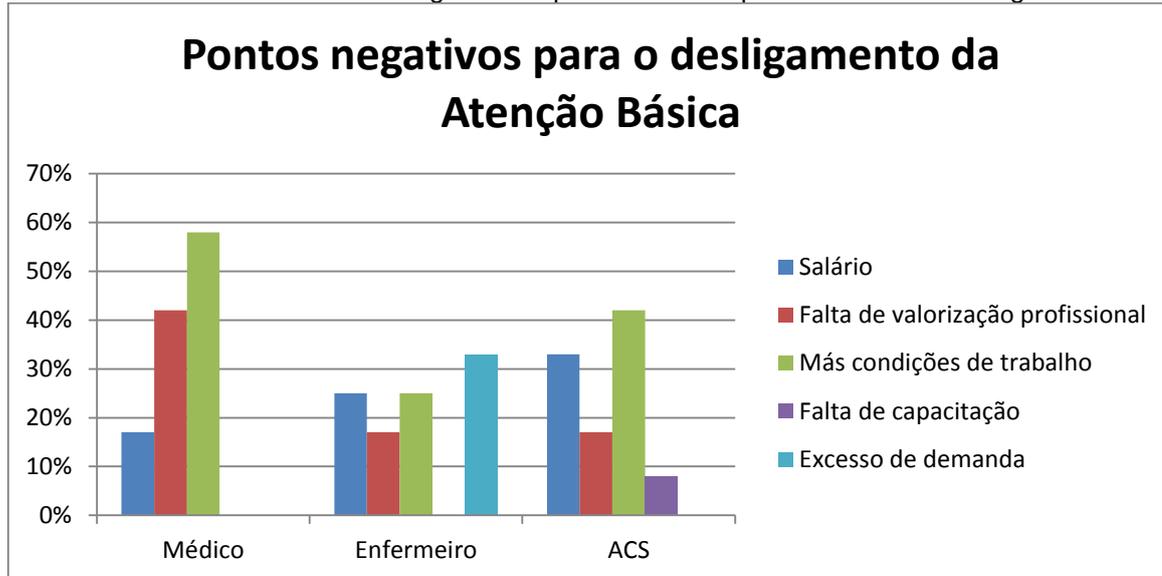
X – Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com o apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI – Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

Embora o TCU tenha diagnosticado em seu questionário eletrônico que 80,26% dos municípios catarinenses promovem boas condições de trabalho nas UBS (infraestrutura e recursos humanos), essa situação diverge da realidade apresentada nos municípios de **Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville**, nos quais foi possível identificar, por meio das entrevistas com os profissionais da

saúde, na questão “pontos negativos do trabalho que levariam ao desligamento da Atenção Básica do município”, que as más condições de trabalho, como problemas na infraestrutura da UBS e falta de recursos materiais, foram consideradas como um fator importante para os médicos (58%), enfermeiros (25%) e ACS (42%), conforme o gráfico a seguir (PT 19):

**Gráfico 2** - Pontos considerados negativos e que levariam os profissionais a se desligarem da AB.



Fonte: TCE/SC.

Em **Florianópolis**, nas UBS Canto da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Ingleses e Rio Vermelho, os profissionais apontaram problemas como a limitação de espaço físico para desenvolvimento das atividades, falta de manutenção das UBS (piso com revestimento quebrado, o que dificulta a limpeza); falta de recursos/materiais para a execução do trabalho, tendo como exemplo otoscópios que não funcionam, falta de ar condicionado, internet lenta; falta de material (caneta, repelente, protetor solar, mochila) e uniforme para os ACS (PT 19).

Portanto, resta à **SMS de Florianópolis**:

- Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento Unidades Básicas de Saúde, conforme determina item 3.4, X da PNAB;
- Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, conforme determina o item 3.4, inciso XI da PNAB.

Com isso, espera-se proporcionar melhores condições de trabalho como estrutura física e recursos materiais/insumos suficientes a realização das atividades dos profissionais da Atenção Básica, reduzindo desta forma a rotatividade dos mesmos, principalmente dos médicos e enfermeiros, evitando que a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários seja prejudicada.

### **Comentários do Gestor (fls.246-48)**

O gestor informou que adotam diferentes estratégias para incentivar a alocação e a permanência dos profissionais de atenção básica:

- a) Residências Médica em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família em ensino de pós-graduação "latu sensu" sob a forma de curso de especialização. Para o desempenho dessa função, é realizado o pagamento de uma gratificação de preceptoría aos profissionais da saúde, responsáveis por supervisionar o residente em tempo integral;
- b) Banco de Competências, uma ferramenta de gestão que busca identificar, sistematizar e cadastrar o perfil dos servidores da Secretaria de Saúde. Segundo a SMS o uso dessa ferramenta tem como objetivos possibilitar o crescimento profissional e individual do trabalhador, valorizar suas competências, promover o reconhecimento das competências individuais e propiciar a troca de saberes e o desenvolvimento da educação permanente em saúde;
- c) Certificação de eventos internos e liberação para participação em eventos externos, por meio de sistema eletrônico de eventos de educação, com base Instrução Normativa nº 001/2014, incentivando sua formação e qualificação;
- d) Plano de Cargos e empregos, no qual a prefeitura contempla os servidores da saúde com uma gratificação de incentivo e progressão funcional - Lei municipal nº 2897/1988;
- e) Novo plano de cargos, carreira e salários – PCCS, aprovado pela Lei nº 503/2014, com o aumento do piso salarial e progressão funcional por apresentar mais de uma graduação ou especialização;

- f) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde, que avalia a infraestrutura das Unidades de Saúde, os equipamentos, a disponibilização de medicamentos e a satisfação do cidadão, e as equipes de saúde que aderem e os avaliados que gerarem melhorias na qualidade do atendimento recebem recursos do governo federal.
- g) Incentivo financeiro diferenciado para os profissionais médicos que contam com especialização em medicina de família e comunidade.

Estas foram as justificativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.1.5).

### **Análise dos comentários do Gestor**

A SMS de Florianópolis elencou várias estratégias que promovem a alocação e permanência dos profissionais da atenção básica, que são relevantes e sem dúvidas, importantes para o reconhecimento e a valorização dos servidores da Saúde.

Todavia, um dos aspectos abordados na auditoria foi a verificação dos pontos negativos que levariam o profissional ao seu desligamento da Atenção Básica e dentre os mais citados destacam-se as más condições de trabalho, como problemas na infraestrutura das UBSs e falta de recursos materiais, considerados como importantes para os médicos (58%), enfermeiros (25%) e ACS (42%).

Além disso, por meio de vistoria nas UBS Canto da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Ingleses e Rio Vermelho, foram relatados pelos profissionais problemas como a limitação de espaço físico para desenvolvimento das atividades, falta de manutenção das UBS (piso com revestimento quebrado, o que dificulta a limpeza); falta de recursos/materiais para a execução do trabalho, tendo como exemplo otoscópios que não funcionam, falta de ar condicionado, internet lenta; falta de material (caneta, repelente, protetor solar, mochila) e uniforme para os ACS.

Neste sentido, devem ser revistos pelo Gestor de forma a proporcionar melhores condições de trabalho aos seus profissionais de saúde, com a consequente redução da rotatividade, o que será avaliado em futuro monitoramento por este Tribunal, sendo necessária a permanência das **recomendações** anteriores.

#### **2.1.4 Falta de um diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal das UBS, em desacordo com o previsto na PNAB, item 3.4, inciso XII.**

O levantamento/diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal das UBS deve ser um processo contínuo a ser desenvolvido pelos municípios, uma vez que o conhecimento do quantitativo, composição e perfil dos servidores atuais e futuros, bem como a definição das estratégias e ações se fazem necessárias à viabilização do alcance de tais necessidades. A ausência do dimensionamento desses critérios dificulta a tomada de decisão dos gestores, bem como o alcance de resultados que sejam eficientes e eficazes, comprometendo por fim o atendimento adequado ao usuário.

Dentre as competências das Secretarias Municipais de Saúde no estabelecimento e fortalecimento da Atenção Básica nos seus municípios, a PNAB prevê, em seu item 3.4, incisos IV, V e XII:

- IV – Inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica;
- V – 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; e
- XII – Programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local (p. 32 e 33).

Além disso, no que condiz às especificidades da Estratégia Saúde da Família, são definidos na PNAB alguns critérios (item 4.4, incisos I, II e III):

- I – Existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;
- II – O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de

12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;  
 III – Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição (...) (p. 35).

As deficiências diagnosticadas nos planos de cargos e a ausência de ações que promovam a alocação e permanência dos profissionais de saúde contribuem para o aumento da rotatividade dos profissionais.

Quanto a este aspecto, identificou-se que os municípios selecionados não possuem mecanismos para acompanhar a rotatividade dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

O município de Florianópolis informou (PT 11) em resposta ao Ofício TCE/DAE nº 9.657/2014 (fls. 13-36) que não dispõe de tais mecanismos.

O questionário eletrônico efetuado pelo TCU, encaminhado aos Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina apontou que 77,34% dos que responderam afirmaram não possuir mecanismos para acompanhar a rotatividade dos profissionais de saúde nas UBS (fls. 46v).

Além disso, nas entrevistas realizadas, foi questionado aos profissionais sobre o tempo de atuação dos mesmos nas respectivas UBS, onde os dados coletados foram consolidados na tabela a seguir (PT 15, fls. 162-3):

**Tabela 4** - Tempo de atuação por categoria profissional.

Profissional	Menos de 1 ano	Entre 1-3 anos	Entre 3-5 anos	Entre 5-8 anos	Entre 8-10 anos	Mais que 10 anos	Total
Coordenador	2	7	1	1	0	2	<b>13</b>
Médico	1	6	2	1	2	0	<b>12</b>
Enfermeiro	3	4	1	2	2	0	<b>12</b>
ACS	0	4	2	6	4	7	<b>23</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>60</b>
<b>Percentual</b>	<b>10%</b>	<b>35%</b>	<b>10%</b>	<b>17%</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Análise do tempo de atuação dos profissionais (PT 15).

Como evidência da rotatividade profissional mencionada, constata-se o baixo tempo de atuação dos profissionais da Atenção Básica. Isso porque, dentre os profissionais entrevistados, os ACS são aqueles que permanecem mais tempo na UBS, sendo que cerca de 30% atuam há mais de 10 anos. Por outro lado, nas demais categorias profissionais, observou-se que a maioria dos coordenadores, médicos e enfermeiros apresentam um tempo médio de atuação de 1 a 3 anos na UBS.

Outra evidência encontrada no tocante à ausência de diagnóstico de necessidades de alocação de pessoal das UBS foi a cobertura da Atenção Básica inferior a 100% no município de Florianópolis, significando que ocorre um excedente populacional em algumas UBS que, teoricamente, não é coberto pela Atenção Básica.

A análise (PT 10) foi feita com base nos dados encaminhados, mediante resposta aos ofícios de requisição de documentos, pelos municípios citados. O cálculo do excedente populacional foi realizado segundo os preceitos da PNAB, conforme demonstram as fórmulas a seguir.

Para UBS com a Estratégia Saúde da Família:

$$\text{Excedente populacional} = \text{População coberta pela UBS} - 12.000$$

Para UBS sem a Estratégia Saúde da Família:

$$\text{Excedente populacional} = \text{População coberta pela UBS} - 18.000$$

Foram efetuados cálculos descritos para o município de Florianópolis e, tendo como base os dados encaminhados, obtiveram-se os seguintes resultados referentes ao excedente populacional em cada UBS.

**Tabela 5** - Excedente populacional em Florianópolis.

UBS	População Coberta	Excedente populacional
CS AGRONOMICA	17.272	5.272
CS CANASVIEIRAS	16.676	4.676
CS CENTRO	34.962	22.962
CS COQUEIROS	13.618	1.618
CS CORREGO GRANDE	13.545	1.545
CS INGLESSES	24.948	12.948
CS ITACORUBI	16.394	4.394
CS MONTE CRISTO	13.646	1.646
CS RIO VERMELHO	13.175	1.175
CS SACO DOS LIMOES	12.167	167
CS SACO GRANDE	14.286	2.286
CS TAPERA	12.172	172
CS TRINDADE	22.160	10.160
<b>TOTAL</b>		<b>69.021</b>

Fonte: TCE/SC.

Em posse de tais dados, calculou-se a cobertura populacional da Atenção Básica, utilizando a seguinte fórmula:

$$\text{Percentual de cobertura populacional pela Atenção Básica} = \frac{(\text{População total} - \text{Excedente populacional total})}{\text{População total} \times 100}$$

No município de Florianópolis todas as UBS possuem a Estratégia Saúde da Família (ESF), portanto, o cálculo do excedente populacional foi realizado com base no ideal de 12.000 pessoas por UBS. No total, são 13 UBS atuando com demasia populacional, ou seja, 69.021 habitantes do município estariam “descobertos” dos serviços da Atenção Básica. Esses números descrevem uma cobertura populacional de 84,8%.

Diante disso, entende-se como um dos efeitos das situações descritas anteriormente, a carência de pessoal na Atenção Básica, comprometendo a resolutividade dos serviços.

A carência profissional mais expressiva diagnosticada foi a de Agentes Comunitários de Saúde no município de Florianópolis.

Para chegar a essas conclusões, utilizou-se o parâmetro de 750 habitantes para cada ACS, conforme definido na PNAB. Primeiramente calculou-se a quantidade ideal de ACS para cada UBS com base na população coberta e, por fim, a carência que a UBS apresenta com base na comparação quantidade atual de ACS e quantidade ideal de ACS, utilizando as fórmulas a seguir:

Número ideal de ACS:

$$\text{Quantidade ideal de ACS por UBS} = \frac{\text{População coberta pela UBS}}{750}$$

Carência de ACS:

$$\text{Carência de ACS} = \text{Quantidade ideal de ACS} - \text{Quantidade atual de ACS}$$

Realizados os devidos cálculos, os resultados foram os seguintes.

**Tabela 6** - Carência de ACS em Florianópolis.

UBS	População Coberta	ACS		
		Atual	Ideal	Carência
CS ABRAÃO	10181	12	13	1
CS AGRONOMICA	17272	15	23	8
CS BALNEARIO	7565	6	10	4
CS CAMPECHE	9791	10	13	3
CS CANASVIEIRAS	16676	13	22	9
CS CANTO DA LAGOA	3615	1	4	3
CS CARIANOS	8345	6	11	5
CS CENTRO	34962	12	46	34
CS COQUEIROS	13618	9	18	9

UBS	População Coberta	ACS		
		Atual	Ideal	Carência
CS CORREGO GRANDE	13545	7	18	11
CS ESTREITO	10243	11	13	2
CS FAZENDA DO RIO TAVARES	9752	10	13	3
CS INGLESES	24948	19	33	14
CS ITACORUBI	16394	15	21	6
CS JARDIM ATLANTICO	5519	5	7	2
CS JOAO PAULO	5670	3	7	4
CS JURERE	7230	5	9	4
CS LAGOA DA CONCEIÇÃO	7887	7	10	3
CS MONTE SERRAT	9368	11	12	1
CS NOVO CONTINENTE	11900	10	15	5
CS PANTANAL	7402	4	9	5
CS PONTA DAS CANAS	4354	3	5	2
CS RIO TAVARES	7737	9	10	1
CS RIO VERMELHO	13175	15	17	2
CS SANTINHO	7236	5	9	4
CS SANTO ANTONIO DE LISBOA	7604	8	10	2
CS TRINDADE	22160	6	29	23
CS VARGEM GRANDE	4618	4	6	2
<b>TOTAL</b>				<b>172</b>

Fonte: TCE/SC.

Além da carência de ACS, observou-se também que algumas UBS apresentam um número superior desses profissionais, se calculado conforme a PNAB, ou seja, enquanto algumas unidades atuam com a falta, outras possuem mais ACS do que o necessário.

Resumidamente, a situação é descrita na tabela abaixo:

**Tabela 7 - Carência e realocação de ACS.**

Município	Quantidade de UBS com carência de ACS	Quantidade de UBS com excesso de ACS	Carência total de ACS	Excesso total de ACS (poderiam ser realocados)	Carência de ACS após eventual realocação
Araquari	4	4	7	4	3
Florianópolis	28	15	172	42	130
Joinville	22	18	144	30	114

Fonte: TCE/SC.

Portanto, verificou-se a possibilidade de realocação de ACS para que a sobrecarga de trabalho nas UBS que atuam com carência de ACS seja reduzida, embora essa realocação não seja suficiente para sanar os problemas identificados. Diante disso, a cobertura populacional pelos ACS é insuficiente (inferior a 100%), sendo 75% em Florianópolis.

Vale ressaltar que as análises foram efetuadas somente com base no preconizado na PNAB, nos dados numéricos estabelecidos. Não foram analisadas

para os referidos cálculos as especificidades das regiões nas quais as UBS estão inseridas, como critérios de vulnerabilidade.

Portanto, resta a **SMS de Florianópolis**

- Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS e reduzir o excedente populacional sem cobertura da Atenção Básica, de acordo com o item 4.4, inciso III, da Política Nacional de Atenção Básica.
- Promover a realocação dos Agentes Comunitários de Saúde de forma a suprir as UBS que apresentam carência destes profissionais de forma a aumentar o atual percentual de cobertura de ACS, de acordo com o item 4.4, inciso II, da Política Nacional de Atenção Básica.

Busca-se, com o estabelecimento dessa medida, uma melhor distribuição e constituição das equipes, com conseqüente ampliação do acesso aos serviços de saúde. Com isso, é possível que se identifique melhorias nas condições de trabalho dos profissionais que atuam na Atenção Básica, objetivando fortalecer o vínculo dos profissionais de saúde com os usuários, o que permite o desenvolvimento de um trabalho contínuo e resolutivo.

#### **Comentários do Gestor (fls. 249-50 e 262)**

O gestor afirmou como justificativa ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.1.6) que desde julho de 2013 a Diretoria de Atenção Primária da SMS começou a trabalhar com o desenvolvimento de um modelo de matriz que agilizasse a priorização de distribuição de pessoal entre os Centros de Saúde a partir de critérios objetivos. Contudo, acrescentou que a simplificação objetiva das necessidades de pessoal, de acordo com a SMS, seria grosseira ou impraticável, por desconsiderar aspectos da subjetividade considerados importantes. Assim, começou a utilizar uma tabela permanente de necessidades de pessoal (anexo 6, fls 326-29) que contemplaria as subjetividades detectadas.

Além disso, informou que priorizou a implantação de uma ferramenta de diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal das UBS's em um projeto conjunto com a UDESC e, em 2014, elaborou uma nova matriz.

Entretanto, essa matriz ainda se mostrou insuficiente dada a complexidade dos serviços de saúde. De acordo com a SMS, novos elementos de demanda, oferta e processo de trabalho devem permear nova tentativa de elaboração de uma outra matriz em um futuro próximo.

Complementou sua resposta pontuando o seu desacordo com a fórmula de cálculo para a cobertura da atenção básica utilizada no relatório, e solicitou a revisão dos parâmetros utilizados no que se refere à cobertura de Atenção Básica, nos seguintes termos:

A cobertura de atenção básica historicamente é calculada através da cobertura de Saúde da Família, com a base de 3.450 habitantes por equipe, padrão adotado pelo Ministério da Saúde desde a década de 90. Estes dados podem ser consultados no [sítio do Departamento de Atenção Básica \(http://dab.saude.gov.br/portaldab/historicocoberturasf.php\)](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historicocoberturasf.php) e são calculados pelas premissas descritas na respectiva Nota Técnica do mesmo ministério ([http://189.28.128.100/dab/docsjgeraljhistorico\\_cobertura\\_sf\\_notatecnica.pdf](http://189.28.128.100/dab/docsjgeraljhistorico_cobertura_sf_notatecnica.pdf)).

Após a publicação na nova Política Nacional de Atenção Básica, fez-se possível a contabilização da cobertura de atenção básica levando-se em consideração a cobertura produzida através das Unidades Básicas de Saúde "tradicionais", que não possuem equipes de Saúde da Família, mas que também dão algum tipo de cobertura de atenção básica à população. Tais tipos de unidade para terem a sua cobertura contabilizada deveriam seguir um parâmetro de estrutura que leva em consideração principalmente o número de profissionais médicos que compõem tal unidade denominada então UBS parametrizada.

A parametrização de UBS tradicionais foi regulamentada pela Portaria 576 de 19 de dezembro de 2011 ([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0576\\_19\\_092011.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0576_19_092011.htm)).

Observamos que tanto a regra que concerne à cobertura pela Estratégia de Saúde da Família quanto a que diz respeito às UBS tradicionais não foram observados no cálculo de cobertura de atenção básica considerado para esta auditoria, o que nos causou grande estranheza por não estar alinhado a nenhum parâmetro utilizado usualmente pelo Ministério da Saúde.

Especialmente no que diz respeito à cobertura de Saúde da Família, o cálculo proposto de 12.000 habitantes por unidade se mostra extremamente frágil ao desconsiderar regiões que são cobertas por Centros de Saúde com mais de 3 Equipes de Saúde da Família, contemplando populações de até 24.000 habitantes como é o caso das maiores unidades de nosso município.

Ilustrando esta inadequação, o município de Florianópolis acaba de receber um reconhecimento do Ministério da Saúde por ser a primeira capital com 100% de cobertura de Atenção Básica, notícia amplamente vinculada regionalmente e mesmo a nível nacional no site do Ministério da Saúde como pode ser visualizado neste link: <http://dab.saude.gov.br/dab/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=1998>.

## **Análise dos comentários do Gestor**

O Gestor informou que foram feitas tentativas referentes à elaboração de um diagnóstico mais acurado das necessidades de pessoal nas UBS, no entanto, ainda não foi encontrada uma solução, haja vista a complexidade dos serviços de saúde. Acrescentou que tal aspecto continua sendo objeto de novas tentativas da Secretaria.

Tal afirmação demonstra que a própria SMS corrobora com o achado da ausência de diagnóstico de necessidades de alocação de pessoal na SMS, sendo portanto, importante a manutenção da **recomendação** quanto a sua elaboração e implantação.

Foi destacada como uma das evidências do referido achado a cobertura da atenção básica inferior a 100% no município de Florianópolis, todavia, tal evidência foi refutada pelo Gestor, o que tem seu acolhimento por este corpo técnico, porém há que se tecer algumas considerações importantes.

Primeiro, a auditoria fundamentou-se largamente nos preceitos da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2001, por se tratar de um documento que estabelece diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, portanto, estando de acordo com os objetivos propostos para este trabalho.

Para o cálculo da cobertura populacional da atenção básica no município foi utilizado o Item 4 da PNAB, da Infraestrutura e funcionamento da atenção básica, que recomenda (Inciso VIII):

- a) Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica; e
- b) Para **UBS com Saúde da Família** em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, **12 mil habitantes**, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica (Grifo nosso).

No município de Florianópolis todas as UBS possuem a ESF, portanto o cálculo do excedente populacional foi realizado com base no ideal de 12.000 pessoas por UBS.

Para o cálculo do número de ACS e da cobertura por Equipe de Saúde da Família no município foi utilizado o Item 4.4.1 - Especificidades da Equipe de Saúde da Família, que recomenda:

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, **com um máximo de 750 pessoas por ACS** e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, **4.000 pessoas**, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

Em tempo, no relatório de auditoria foi feita a ressalva de que nos cálculos utilizados não foram consideradas as especificidades das regiões nas quais as UBS estão inseridas, como critérios de vulnerabilidade, que é um dos argumentos refutados pela Unidade, todavia a inclusão da ressalva indica que o tema foi tratado com a devida cautela.

A segunda consideração a ser feita é quanto à alegação da não utilização da parametrização das UBS tradicionais, regulamentada pela Portaria 576/2011.

A parametrização da Equipe de Atenção Básica foi estabelecida no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, instituído pela Portaria nº 1.654/GM/MS, que tem entre suas diretrizes a construção de parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica - EAB, considerando-se as diferentes realidades de saúde. Isto porque, possibilita uma avaliação comparativa das equipes de atenção básica de forma que permita a transferência do Incentivo Financeiro, denominado Componente do Piso de Atenção Básica – PAB Variável.

Para que uma equipe de atenção básica possa aderir ao PMAQ, deve fazer o cadastramento no SCNES, de acordo com o tipo de equipes lá dispostas. Este cadastramento é necessário, haja vista, a estrutura das equipes de atenção básica - EAB e das equipes de saúde da família - ESF se organizarem de maneira diferente.

Neste sentido, a Portaria nº 576/2011 estabelece regras de carga horária semanal para os profissionais da Atenção Básica, normas para o cadastramento das EAB que farão parte do PMAQ, e tipos de equipes do SCNES.

Ressalta-se, portanto, que a portaria nº 576/2011 estipula uma parametrização que deve ser seguida para fins de adesão ao PMAQ e não necessariamente para o simples cálculo do excedente populacional com relação às diretrizes da PNAB, utilizado nesta auditoria.

Além disso, é importante ressaltar que o cálculo do excedente populacional não foi utilizado para comparar o desempenho do município de Florianópolis perante as regras do Ministério da Saúde ou tão pouco para fins de avaliação para o apoio financeiro perante o PMAQ.

O objetivo de apresentar o cálculo de cobertura foi alertar ao Gestor quanto a importância de um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS, bem como a realocação dos Agentes Comunitários de Saúde de forma a suprir as UBS que apresentam carência destes profissionais.

Constata-se por fim, a utilização de parâmetros diferentes em razão da metodologia de cálculo enfatizada, e, ainda, que uma não invalida a outra. Além disso, como o objetivo desta auditoria é propor recomendações que auxiliem o Gestor na solução de problemas detectados por este corpo técnico, entende-se necessário manter **a primeira recomendação**, porém com a sua reformulação necessária de forma a acolher as justificativas apresentadas pelo Gestor e utilizando a cobertura informada e utilizada como padrão pelo MS.

Quanto à realocação dos Agentes Comunitários de Saúde, convém excluir das recomendações sugeridas anteriormente em razão do que estabelece o inciso I do artigo 6º da Lei nº 11.350/2006, já que o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar.

Neste sentido, permanece somente a seguinte recomendação:

- Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS, de acordo com o item 4.4, inciso III, da Política Nacional de Atenção Básica.

## **2.2 Análise dos Achados relativos à 2ª Questão de Auditoria**

A segunda questão de auditoria tem como objetivo identificar se os estados e municípios contam com estrutura, indicadores e suporte de Tecnologia da Informação (TI), de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão.

Nesse sentido, ter unidade específica de monitoramento e avaliação, pessoal qualificado, estrutura com software e hardware e controle das informações, com o intuito de gerar informações estratégicas dos sistemas de saúde e otimizar o uso dessas informações, destinado à tomada de decisão dos gestores públicos e à melhoria da qualidade dos serviços da atenção básica de saúde prestados à população.

### **2.2.1 Ausência ou insuficiência de estruturas e equipes técnicas específicas das SES/SDR/SMS para monitoramento e avaliação (M&A) da atenção básica (AB), em desconformidade com o art. 15, I, III e IV da Lei nº 8.080/90, com as Portaria GM-MS nº 2.488/11, itens 3.1, VIII e IX, 3.3, V, VI, VII e IX, 3.4, VII, XIII e XV e a Portaria GM/MS nº 1654/11, art. 5º, I, II, ainda a Resolução nº 5/13, art. 2º, § 3º.**

A lei nº 8.080/90, art. 15, estabeleceu atribuições à União, ao Estado e aos Municípios, quanto:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece no item 3.1, responsabilidades comuns a todas as esferas de governo (Portaria GM-MS nº 2.488/11). O inciso VIII estabelece que sejam realizadas pelas esferas de governo, o planejamento, apoio, monitoramento e a avaliação da atenção básica. Ainda, o inciso IX estabeleceu a criação de mecanismo de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados, conforme transcrito.

- VIII - Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;
- IX - Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação;

A PNAB estabelece outras competências à SES para o monitoramento e avaliação da atenção básica, no item 3.3, conforme transcrito:

- V - Analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;
- VI - Verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;
- VII - Consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;
- IX - Definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica;

No caso das Secretarias Municipais de Saúde, a PNAB estabelece outras competências no item 3.4 para o monitoramento e avaliação da atenção básica, conforme transcrito:

- VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica;
- XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;
- XV - Manter atualizado o cadastro no sistema de cadastro nacional vigente dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído pela Portaria GM/MS nº 1654, de 19/07/2011, estabelece na fase 2 que deve ser implementada equipe de saúde da atenção básica para autoavaliação e monitoramento, conforme estabelece o art. 5º, incisos I e II, transcritos:

- Art. 5º A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Desenvolvimento e deve ser implementada por meio de:
- I - autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde;
  - II - monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB;

No documento nº 7 do CONASS de 2004 traz na p. 8 o relato de que os Secretários Estaduais acreditam no processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e dos serviços da Atenção Primária, e isto “contribui para o aprimoramento das estruturas, processos e resultados da estratégia, ampliando e fortalecendo a cooperação entre as Secretarias Estaduais

e os municípios, o que refletirá na ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população, nos serviços de saúde”.<sup>11</sup>

Nesse documento de 2004, p. 15, já havia menção sobre a dispersão do monitoramento e avaliação em diferentes áreas das Secretarias. Para agregar esta área das SES, tinham problemas de infraestrutura física de recursos humanos como de materiais e equipamentos, ainda a dificuldade de acesso à internet pelas regionais de saúde.

Na implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), estabelecido pela Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013, traz regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-15, mesmo os municípios que não assinaram o COAP, devem realizar o monitoramento e avaliação, conforme preconizado no art. 2º, § 3º, transcrito.

Art. 2º No processo de planejamento do SUS, as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pactuados devem estar expressos harmonicamente nos diferentes documentos adotados pelos gestores de saúde, servindo como base para o monitoramento e avaliação pelos entes federados nas três esferas de governo.

[...]

§ 3º O monitoramento e a avaliação de que trata o “caput” servirão para indicações de adoção de medidas corretivas necessárias, o exercício do controle social e a retroalimentação do ciclo de planejamento.

No aspecto conceitual de monitoramento e avaliação (M&A) e suas diferenças, cita-se Santos<sup>12</sup>, em sua monografia, que o **monitoramento** fornece informação a respeito do estágio de desenvolvimento de uma política, um programa ou um projeto em dado momento, em relação às respectivas metas e resultados. Já a **avaliação** evidencia o porquê das metas e dos resultados estarem ou não sendo atingidos (Kusek e Rist, 2004).

A mesma Autora apresenta de forma resumida as diferenças entre monitoramento e avaliação:

**Quadro 2** - Diferenças entre Monitoramento e Avaliação.

<b>MONITORAMENTO</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
Evidencia os objetivos do programa.	Analisa porque os resultados pretendidos foram ou não foram alcançados.

<sup>11</sup> Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília, 2004 (CONASS Documenta; 7).

<sup>12</sup> Santos, Adriana Rodrigues dos. Monitoramento e avaliação de programas no setor público [manuscrito]: a experiência do PPA do Governo Federal no período 2000-2011. Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa (ISC), 2012, p. 19.

MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
Vincula as atividades e seus recursos aos seus objetivos.	Avalia contribuições causais específicas de atividades para resultados.
Traduz os objetivos em indicadores de desempenho e fixa metas.	Examina o processo de implementação.
Coleta dados rotineiramente acerca desses indicadores, compara os resultados com as metas.	Explora resultados não intencionais.
Relata aos gerentes os progressos e os alertas dos problemas.	Proporciona lições, destaca resultados significativos ou potenciais do programa, e oferece recomendações para melhorias.

Fonte: <sup>13</sup>

No roteiro para reflexão e ação da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>14</sup>, diz como utilizar os dados disponíveis nos sistemas de informação para a avaliação da atenção básica, conforme a seguir:

a implantação de um processo de monitoramento envolve a articulação de uma proposta, de natureza técnico-político, com a prática dos sujeitos que estão executando e usufruindo às ações de saúde. Na atenção básica, a transformação desta intenção em gesto implica na superação de concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais.<sup>15</sup> (grifo nosso)

Para o cumprimento das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, as esferas de governo devem ter as equipes de monitoramento e avaliação estruturadas de forma que possa realizar a avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação. Neste sentido, as estruturas de monitoramento e avaliação devem ser fortalecidas com capacidade técnica nas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde.

O **Município de Florianópolis**, através da Secretaria Municipal de Saúde, informou que não existe, formalmente, setor específico que realize a tarefa de monitoramento e avaliação da Atenção Primária de Saúde (APS). Ocorre o monitoramento e avaliação por meio da Gerência de Controle e

<sup>13</sup> Ibid., p. 19.

<sup>14</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2004, p. 1-72.

<sup>15</sup> Ibid., p. 11.

Avaliação e Diretoria de Planejamento, Informação e Capitação de Recursos, que colabora com a disponibilização e o apoio no uso das ferramentas de Planejamento. Ainda, informou que está revendo o Organograma, que deve contemplar a necessidade de se realizar Monitoramento e Avaliação formais e específicos da APS.

Para o monitoramento e avaliação somente atua um servidor efetivo, na estrutura da SMS/Diretoria de Atenção Primária.

Estas informações foram encaminhadas por e-mail (planejamento.pmf@gmail.com) no dia 05/09/2014, em resposta ao ofício DAE nº 9.657/2014, itens 2.1 a 2.3 (fls. 14-27).

No Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2010-13, nos RAGs 2012/13 e na relação de cursos realizados não foram identificadas capacitações para o pessoal de M&A.

O quantitativo de servidores que realizam monitoramento e avaliação e outras atividades estão relacionadas no quadro a seguir:

**Quadro 3** – Quantitativo de servidores de M&A, norma e outras atividades.

Secretaria de Saúde – estadual e municipal	Efetivo	Comissionado e outros	Setores M&A	Norma de M&A	Desempenha outras funções
SES	01	01	DIPA/SES – GEABS e Nepas (terceiros)	Não	Sim
SMS de Araquari	01	01 Com. + 1 Cel.	Departamento de Atenção Básica	Sim	Sim
SMS de Canoinhas	05		setor de Controle, Avaliação e Auditoria	Sim	Sim
SMS de Florianópolis	03 (DP) + 09 (GCA)		Diretoria de Planejamento, Informação e Capitação de Recursos (DP) e Gerência de Controle e Avaliação (GCA)	Não	Sim
SMS de Joinville	14 (NAT) + 4 (SP)		Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e Setor de Planejamento (SP)	Não	Sim

**Fonte:** entrevistas com a Secretária de Estado da Saúde e secretários Municipais de Saúde.

Levando-se em consideração a documentação encaminhada, verificou-se que não possui estrutura formal para a realização de monitoramento e avaliação da atenção básica a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de

Florianópolis. Além disso, não possui critérios de dimensionamento para definição da equipe de M&A da Atenção Básica (fls. 14-27).

A partir da análise da estrutura da secretaria de saúde para verificação das atividades de M&A, observa-se que os técnicos acumulam outras atribuições.

Nos planos de saúde 2010-13 da SMS observou-se que faltou a evidenciação da priorização da área de M&A (prioridade definidas nos planos).

Em entrevista com o Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis questionou-se sobre a existência de unidade específica para o monitoramento e avaliação, bem como a forma como era realizado.

O Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis informou que havia unidade específica para monitoramento e avaliação (M&A) (Entrevista Questão 8 e 9 – PT 07.8\_9, fls. 145-9). No que se refere à quantidade suficiente ou não de servidores, o Secretário de Florianópolis informou que a quantidade é suficiente.

As Secretarias Municipais responderam de forma diferente quanto à forma de monitoramento e avaliação da Atenção Básica:

**Quadro 4** - Forma de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Municipais.

<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>	<b>Forma de monitoramento e avaliação</b>
Araquari	Avaliação Trimestral - produção das UBS e reunião com os profissionais.
Canoinhas	Relatório de Gestão, Relatório Mensal de atividades e Relatório quadrimestral para Câmara de Vereadores e o SIAB.
Joinville	Núcleo de apoio técnico acompanha os 108 indicadores, ainda realiza o PAS e RQDM;
Florianópolis	Através do PDCA Saúde, PMAQ e cada trimestre avaliam a meta e a situação atual.

**Fonte:** entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde.

O resultado do questionário eletrônico encaminhado a todos os Secretários Municipais de Saúde sobre a Atenção Básica, quanto a existência de unidade específica, suficiência de servidores e a forma de monitoramento e avaliação, estão relacionados a seguir (fls. 39-83).

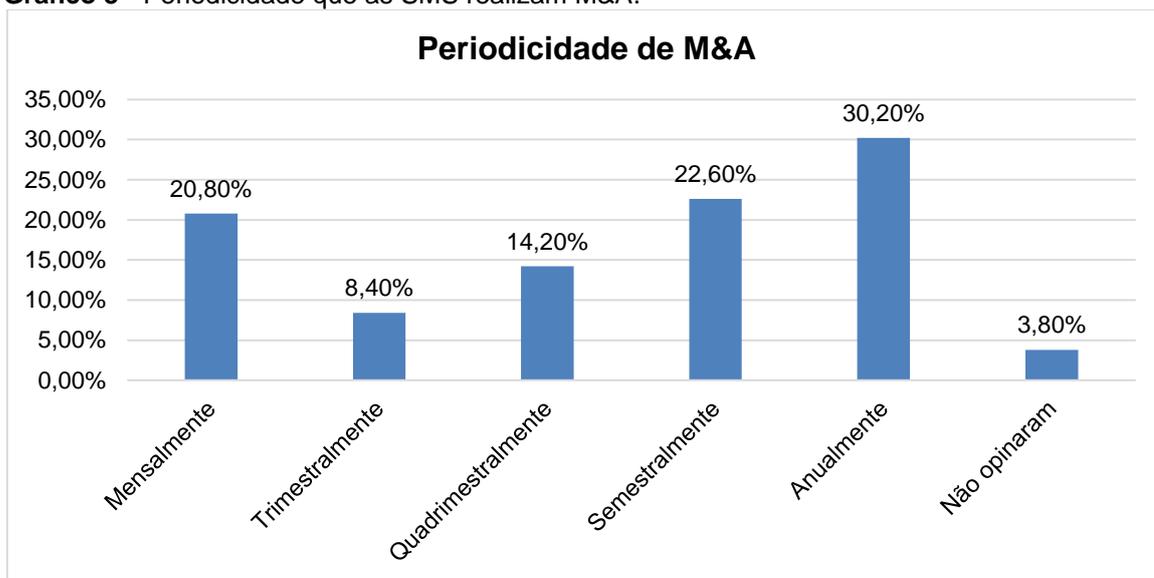
Na percepção dos gestores municipais (128), 40,6% apontam que a SMS não possui unidade específica ou pessoal responsável pelo monitoramento e avaliação dos indicadores da Atenção Básica, enquanto 59,4% dos municípios informaram contar com uma unidade ou pessoal (questão 21).

Para 30,2% (23) dos gestores das SMS a equipe de M&A é insuficiente para o desenvolvimento das atividades da secretaria, já para 67,1% (51) responderam que a equipe é suficiente, não opinaram 2,6% (2) (questão 23).

A quantidade de servidores que compõem a equipe de M&A da SMS varia entre 1 a 5 membros para 87,8% dos municípios (65), já para 9 municípios o quantitativo varia de 6 a 21 membros por equipe, esta é a percepção dos secretários municipais de saúde (questão 22).

Quanto a periodicidade que a SMS realiza avaliação dos resultados da atenção básica, 106 municípios responderam o questionário, somente 20,8% dos municípios (22) realizam M&A mensalmente, contudo, 30,20% (32) realiza anualmente o M&A, não opinaram 3,8% (4), conforme exposto no gráfico (questão 26).

**Gráfico 3** - Periodicidade que as SMS realizam M&A.



**Fonte:** Questionário eletrônico as Secretarias Municipais de Saúde (questão 26).

Para 56,7% dos secretários municipais de saúde (72) não existe algum procedimento para verificar a confiabilidade dos dados alimentados pelo município nos sistemas informatizados (questão 29).

As Secretarias de Desenvolvimento Regionais (SDR) do estado de SC, em resposta ao questionário eletrônico sobre a Atenção Básica responderam quanto a unidade específica de monitoramento e avaliação, cujos resultados estão relacionados a seguir (fls. 84-97).

Na percepção dos 23 secretários de desenvolvimento regionais que responderam o questionário, para 34,8% deles, não existe unidade específica, ou equipe expressamente encarregada do monitoramento e avaliação dos indicadores da atenção básica (questão 6).

Ainda, no mesmo questionário, dentre os que afirmaram existir uma estrutura específica, 80% informaram ser constituída por 1 a 3 membros (questão 7).

Para 57,1% dos secretários de desenvolvimento regionais a quantidade de pessoas na equipe de M&A dos indicadores da atenção básica é insuficiente, enquanto 33,3% consideram suficientes. Dentre os participantes, 9,5% preferiram não opinar (questão 8).

Sobre a confiabilidade dos dados encaminhados pelos municípios, 47,6% dos Secretários responderam que não confiam nas informações prestadas, enquanto 38,1% afirmam que existem procedimentos de verificação dos dados. Dentre os participantes, 14,3% preferiram não opinar (questão 11).

Além disso, o Plano Estadual de Saúde 2012-15 da SES e as capacitações promovidas não foram voltadas para a equipe de M&A da Secretaria e para as equipes municipais de M&A, somente ocorreu uma reunião preparatória para cursos de monitoramento e avaliação, conforme encaminhamento pela SES da lista de presença dos cursos (fls. 107-22).

Nos Planos Municipais de Saúde (PMS) de 2010-13, nos RAGs 2012/13 e relação de cursos remetidas pelos municípios do período de 2012/13, verificou-se a insuficiência de capacitação dos profissionais das SMS para realizar os procedimentos de M&A da Atenção Básica (fls. 114-42).

A SMS de Florianópolis não possui norma que cria na sua estrutura organizacional o M&A. Desta forma, percebe-se a informalidade ou inadequação das estruturas organizacionais das SES/SMS destinadas ao M&A de indicadores da Atenção Básica.

As Secretarias de Desenvolvimento Regionais apontaram no questionário eletrônico que as suas estruturas são deficitárias em recursos humanos, transporte e recursos financeiros para atividades de M&A de indicadores da Atenção Básica nos Municípios (fls. 84-97).

A inexistência de uma estrutura de M&A específica gera o comprometimento da sistemática de M&A da Atenção Básica, com:

- O prejuízo da capacidade avaliativa das SES/SMS, gerando avaliações superficiais da Atenção Básica;
- A ineficiência do M&A da Atenção Básica realizado pelos gestores estaduais e municipais, resultando em déficit de informações estratégicas e deficiência no planejamento.

Além disso, leva ao prejuízo da continuidade do processo de monitoramento da Atenção Básica.

Por não ter servidores suficientes e qualificados na estrutura de M&A para verificar e cruzar os dados alimentados pelas UBS e SMS, gera baixa confiabilidade dos dados alimentados nos sistemas de informação para M&A da Atenção Básica.

Percebe-se a ausência e enfraquecimento do apoio institucional da SES aos Municípios no que se refere ao M&A da Atenção Básica.

Observou-se a sobrecarga de funções dos técnicos das SMS que realizam monitoramento (mesmos técnicos assumem múltiplas funções, sem conseguir focar em uma única tarefa).

Ainda, resta à **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**:

- Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos servidores que atuam neste setor e às equipes de Atenção Básica;
- Dotar a secretaria com pessoal capacitado e suficiente, com base em critérios de dimensionamento pré-definidos, para o desenvolvimento das ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica;
- Adequar a estrutura organizacional da secretaria, contemplando a atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

Com a adoção destas medidas, almeja-se a melhoria sistemática de monitoramento e avaliação (M&A) de indicadores da Atenção Básica, ainda a eficiência do planejamento estadual e municipal da Atenção Básica, tendo como base as informações gerenciais da sistemática de M&A de indicadores da Atenção Básica.

## **Comentários do Gestor (fls. 251-52)**

O gestor afirmou como justificativa ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.2.1) que a SMS não conta com um setor específico para monitoramento e avaliação da Atenção Básica, sendo essa uma decisão da gestão municipal, por entender que todos os setores devem estar envolvidos nessa atividade.

Acrescentou que, desde 2009, a SMS tem utilizado o método PDCA que tem como finalidade a melhoria contínua dos processos através do planejamento, execução, monitoramento e avaliação.

Ainda, segundo o gestor, o monitoramento e a avaliação são feitos de forma transversal, em todos os setores envolvidos com a Atenção Básica.

A Unidade Gestora citou como exemplos da realização do monitoramento e avaliação o Planejamento Anual pelos Centros de Saúde e utilização do sistema PDCA Saúde, articulado ao PMAQ; o Pacto Municipal de Saúde; e a Prestação de Contas Quadrimestral.

Desta forma, a SMS entende que cumpre os aspectos legais previstos na Lei 8.080/90, Portaria GM-MS nº 2.488/11 e GM-MS nº 1.654/11.

## **Análise dos comentários do Gestor**

Constatou-se na auditoria que a SMS de Florianópolis não possui um setor específico que realize o monitoramento e avaliação da Atenção Básica, assim como não possui uma norma que cria na sua estrutura organizacional essa atividade, o que resulta na informalidade e inadequação da estrutura organizacional da SMS destinada ao monitoramento e avaliação de indicadores da Atenção Básica.

Destaca-se que, para o cumprimento das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, as esferas de governo devem ter as equipes de monitoramento e avaliação estruturadas de forma a possibilitar a avaliação e o acompanhamento sistemáticos dos resultados alcançados, contribuindo para o processo de planejamento e programação da saúde.

As informações remetidas pela Unidade Gestora corroboram o identificado na auditoria, de que a SMS não possui setor específico para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Isto posto, ressalta-se a importância dos instrumentos utilizados, citados pelo gestor, para essa atividade, já analisados na auditoria e de conhecimento dessa equipe Técnica. No entanto, enfatiza-se a relevância de uma estrutura formal destinada à análise e acompanhamento de tais instrumentos, tendo em vista uma maior adequação às legislações supracitadas.

Por fim, quanto à insuficiência de recursos humanos para o desenvolvimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, não foram encaminhados comentários e/ou justificativas pela Unidade Gestora.

Dessa forma, mantêm-se as **recomendações** anteriormente sugeridas à SMS de Florianópolis.

**2.2.2 Inexistência de indicadores de insumos e processos no portfólio das SES/SMS para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica, a deficiência na sua utilização para o planejamento das ações de saúde, conforme Lei nº 8.080/90, art. 15, I, III e IV, Portaria GM-MS nº 2.488/11, item 3.1, III, VII, VIII, IX e X, item 3.3, IX, item 3.4, VII, Portaria GM/MS nº 1654/11, art. 2º, I e II, art. 5º, I e II, art. 7º, Resolução nº 5/13, arts. 2º e 3º, e ausência de publicidade dos instrumentos de planejamento no site, conforme Lei nº 12.527/2011, art. 3º, II.**

A Lei nº 8.080/90, art. 15, estabeleceu atribuições à União, ao Estado e aos Municípios, quanto:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece no item 3.1, responsabilidades comuns a todas as esferas de governo (Portaria GM-MS nº 2.488/11), conforme transcrito, dos incisos III, VII, VIII, IX e X:

- 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;
- VIII - Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;
- IX - Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação;
- X - Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;

A PNAB estabelece outras competências à SES para o monitoramento e avaliação da atenção básica, no item 3.3, conforme transcrito:

IX - Definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica;

No caso das Secretarias Municipais de Saúde, a PNAB estabelece outras competências no item 3.4 para o monitoramento e avaliação da atenção básica, conforme transcrito:

VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica;

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído pela Portaria GM/MS nº 1654, de 19/07/2011, estabelece como diretrizes do PMAQ-AB, como a estabelecida no art. 2, transcrito.

Art. 2º São diretrizes do PMAQ-AB:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

Este Programa estabelece na fase 2, que é denominada “Desenvolvimento”, que deve ser implementada por meio de equipe de saúde da atenção básica para autoavaliação e monitoramento, a partir dos indicadores de saúde contratualizados, conforme estabelece o art. 5º, incisos I e II, transcritos:

Art. 5º A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Desenvolvimento e deve ser implementada por meio de:

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde;

II - monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB;

Na 3ª fase do PMAQ-AB, que é denominada “Avaliação Externa”, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, ainda, por meio do Ministério da Saúde a partir do monitoramento de indicadores, conforme art. 6º, inciso I.

A última fase do PMAQ-AB (art. 7º), que é denominada “Recontratualização”, que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios e

do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB, esta fase ainda não ocorreu.

A Resolução nº 5/13 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o art. 2º, determina que no processo de planejamento do SUS, as diretrizes, os objetivos, as metas e os indicadores pactuados devem constar nos seguintes documentos: no Plano de Saúde; na Programação Anual de Saúde; no Relatório de Gestão; nos Relatórios Quadrimestrais; nos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária, de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e, ainda, no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Além disso, o art. 3º estabeleceu um rol de 67 indicadores para pactuação nacional, que serão classificados em **universais** (pactuação comum e obrigatória nacionalmente) e **específicos** (especificidade local), vinculados às diretrizes do Plano Nacional de Saúde.

A conceituação de indicadores do Guia Metodológico do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG)<sup>16</sup>, que cita Maria das Graças Rua, Marcos Thadeu Queiroz Magalhães e o IBGE, do ponto de vista das políticas públicas, na visão deles:

**Rua** (2004), os indicadores são medidas que expressam ou quantificam um insumo, um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo, serviço, produto ou organização. Já na visão do **IBGE** (2005), os indicadores são ferramentas constituídas de variáveis que, associadas a partir de diferentes configurações, expressam significados mais amplos sobre os fenômenos a que se referem. Já para **Magalhães** (2004), são abstrações ou parâmetros representativos, concisos, fáceis de interpretar e de serem obtidos, usados para ilustrar as características principais de determinado objeto de análise.

Há uma diferenciação dos indicadores, segundo a classificação de COHEN e FRANCO, (2000 apud Januzzi<sup>17</sup>, 2005, p. 144) entre indicador-insumo, indicador-processo, indicador-resultado e indicador-impacto.

O **indicador-insumo** corresponde às medidas associadas à disponibilidade de recursos humanos, financeiros ou de equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta uma das dimensões da realidade social. O **indicador-processo** ou fluxo são indicadores intermediários, que traduzem, em medidas quantitativas, o esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros

<sup>16</sup> Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. Indicadores de programas: Guia Metodológico – Brasília, DF, 2010, p. 21-2.

<sup>17</sup> Januzzi, 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-insumo) para a obtenção de melhorias efetivas de bem-estar (indicadores-resultado e indicadores-impacto), como número de consultas pediátricas por mês, merendas escolares distribuídas diariamente por aluno ou ainda homens-hora dedicados a um programa social. O **indicador-resultado** são aqueles mais propriamente vinculados aos objetivos finais dos programas públicos, que permitem avaliar a eficácia do cumprimento das metas especificadas, como, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil, cuja diminuição espera-se verificar com a implementação de um programa de saúde materno infantil. O **indicador-impacto** refere-se aos efeitos e desdobramentos mais gerais, antecipados ou não, positivos ou não, que decorrem da implantação dos programas, como, no exemplo anterior, a redução da incidência de doenças na infância, efeitos decorrentes de atendimento adequado da gestante e da criança recém-nascida em passado recente.

Os indicadores ao longo do tempo devem ser comparados de modo que permitam a inferência de tendências e a avaliação dos efeitos deles no programa de atenção básica. Os dados referentes à AB, além de constar dos instrumentos de planejamento, devem ser avaliados para que se busque o alcance dos resultados almejados.

A fim de garantir aos cidadãos a transparência das informações sobre as ações e os serviços de saúde, o Estado e os Municípios devem atender o princípio da publicidade, disposto na Lei nº 12.527/2011, art. 3º, II, transcrito:

Art. 3º Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes:  
II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;

Quanto à transparência da informação, é preciso que as Secretarias de Saúde publiquem na sua página da internet o planejamento e os resultados advindos dele, atendendo o inciso II do art. 3º da Lei Federal nº 12.527/2011, que determina e assegura o direito fundamental de acesso à informação, que deverá ocorrer a divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações.

A partir da tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde (fls. 39-83) e gestores das secretarias de estado de desenvolvimento regionais (fls. 84-97); da análise qualitativa de entrevistas com gestores da SES e das SMS dos Municípios visitados; observação direta e inspeção *in loco*; e da análise documental realizada, evidenciou-se:

Os gestores municipais de saúde responderam sobre os indicadores de avaliação da AB, evidenciou-se que:

- 17,2% dos respondentes afirmaram que não utilizam indicadores para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica (questão 24);
- Praticamente todos os municípios respondentes (91,5%) utilizam os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, (63,2%) afirmaram que utilizam os indicadores estabelecidos pela SES e apenas 3,8% dos gestores utilizam indicadores próprios do Município (questão 25);
- A periodicidade que as SMS realizam avaliação dos resultados da AB, para 82,8% dos gestores municipais de saúde que utilizam indicadores para M&A da Atenção Básica, destes, 20,8% informaram que a avaliação dos resultados da AB é realizada mensalmente, 8,5% fazem análises trimestrais, 14,2% realizam essa atividade quadrimestralmente, 22,6% conduzem análises semestrais e 30,2% analisam os resultados da Atenção Básica apenas anualmente (questões 24 e 26);

Quanto aos procedimentos para verificar a confiabilidade dos dados da Atenção Básica inseridos pelas UBS, conforme a tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde, 56,7% afirmaram não possuir procedimentos e/ou mecanismos para verificar a confiabilidade dos dados (questão 29);

Já a utilização dos indicadores de monitoramento e avaliação da Atenção Básica para o planejamento, 16,3% dos gestores municipais de saúde afirmaram que não as utilizam (questão 54).

Quanto a divulgação dos resultados obtidos na Atenção Básica, conforme a tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde, evidenciou-se que:

- 28,9% das SMS não divulgam resultados obtidos na Atenção Básica do Município e, entre aqueles que divulgam, são utilizados canais de baixo alcance, como os murais - 47,3% (questões 27 e 28);
- Apenas 56,0% dos gestores indicaram o site da prefeitura ou da secretaria como forma de divulgação dos resultados obtidos por meio do monitoramento e da avaliação da atenção básica (questão 28);

A partir da tabulação dos questionários eletrônicos aplicados aos gestores das secretarias de estado de desenvolvimento regional (SDR), evidenciou-se que:

- 23,8% dos gestores das SDR afirmaram que eventualmente ou algumas vezes utilizam em seu planejamento os indicadores de monitoramento e avaliação da Atenção Básica (questão 9);

**Tabela 8** - Utilização dos indicadores de M&A para realização do Planejamento.

Resposta	%	Quant.
Nunca utiliza	0,0%	0
Utiliza eventualmente/algumas vezes	23,8%	5
Utiliza frequentemente/regularmente	52,4%	11
Sempre utiliza	19,0%	4
Prefiro não informar	4,8%	1

**Fonte:** Questionário eletrônico as SDR (questão 9).

- 47,6% afirmaram não possuir procedimentos no âmbito da Regional para verificar a confiabilidade dos dados encaminhados pelos municípios da atenção básica, já para 38,1% existem procedimentos, e 14,3% não opinaram (questão 11).

Na entrevista com o gestor da secretaria municipal de saúde de Florianópolis (fl. 147) sobre a utilização dos indicadores da AB no planejamento, a divulgação dos indicadores e sobre a confiabilidade dos dados fornecidos pelos municípios verificou-se que:

- Informou que utiliza os indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica para a realização do seu planejamento. E a forma de utilizar os indicadores da AB é por meio dos instrumentos de planejamento (PAS) e para a prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde e para a Câmara de Vereadores (questão 10 – PT 07.10\_11\_12);

- Os resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica são divulgados. Em Florianópolis a frequência é quadrimestral ao CMS, à Câmara de Vereadores, por meio da prestação de contas, e no site trimestralmente (questão 11 – PT 07.10\_11\_12);

- Existem procedimentos de verificação dos dados (questão 12 – PT 07.10\_11\_12).

O **Município de Florianópolis**, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), encaminhou os indicadores utilizados para avaliar e monitorar a qualidade nos serviços a atenção básica, do Pacto Municipal de Saúde 2011-12, COAP 2012-13 e 2012-14, que são os indicadores de resultados (2.5, fl. 19).

Quanto aos indicadores de gestão foi remetido o Pacto dos Distritos Sanitários e os resultados da Avaliação Externa do PMAQ 2012 (2.6). Além disso, a SMS realiza a cada dois anos a autoavaliação, que já está no terceiro ciclo, baseada nos conceitos da Gestão da Qualidade Total e largamente utilizada por organizações públicas ao redor do mundo, principalmente na Europa, a Estrutura Comum de Avaliação (ECA).<sup>18</sup>

Esta autoavaliação foi desenvolvida em duas etapas distintas: o diagnóstico interno e o diagnóstico externo.

**O diagnóstico interno** traz, em uma primeira seção, a compilação de indicadores populacionais, sociais e de serviços da SMS. Posteriormente demonstra a avaliação da SMS através da aplicação da Estrutura Comum de Avaliação (ECA), comparando o resultado atual com o do diagnóstico anterior. Realizada ainda uma análise da situação da SMS a partir de cada um dos critérios da ECA.

**O diagnóstico externo**, realizado pela primeira vez na SMS, apresenta as características do ambiente externo à instituição, demonstrando fatores do macroambiente (sociais, político-legais, econômicos, tecnológicos e ambientais) e do microambiente (usuário, fornecedores, concorrentes e organizações regulamentadoras). A partir desse levantamento situacional realizado uma análise de como o ambiente externo exerce influência na SMS, demonstrando oportunidades e ameaças dessa interação.

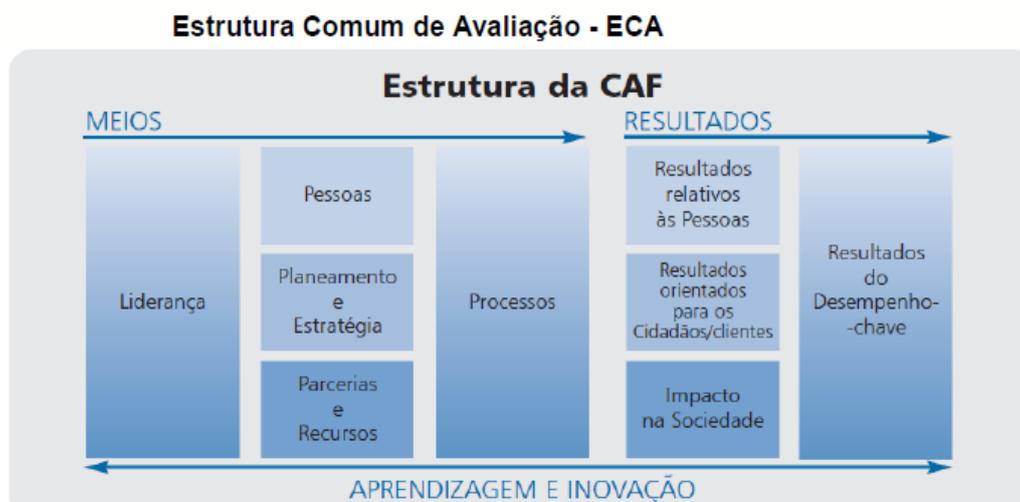
No mesmo documento explica que a ECA (vide figura) é constituída por três blocos de construção: o dos “meios” de que a organização dispõe, o dos “resultados” que ela atinge a partir de tais meios e o da “inovação e aprendizagem”. Os dois primeiros blocos são decompostos em nove critérios, que buscam compor uma visão de toda a organização:

- No Bloco Meios: 1) Liderança; 2) Planejamento e Estratégia; 3) Pessoas (Trabalhadores do SUS); 4) Parcerias e Recursos; e 5) Processos;
- No Bloco Resultados: 6) Resultados Orientados para o Cidadão/Usuário; 7) Resultados Relativos às Pessoas; 8) Impacto na Sociedade; e 9) Resultados do Desempenho-Chave.

---

<sup>18</sup> Prefeitura de Florianópolis. Relatório do: 3º Diagnóstico Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis : subsídio para a construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Florianópolis, 2013. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/02\\_06\\_2014\\_15.57.48.203fda1921a815bf8b1a21adda70b5b5.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/02_06_2014_15.57.48.203fda1921a815bf8b1a21adda70b5b5.pdf) - p. 4 - acesso 25/11/2014.

**Figura 1** - Estrutura Comum de Avaliação.



Fonte: CAF 2006<sup>19</sup>.

A SMS utiliza o ciclo PDCA<sup>20</sup> que é uma ferramenta de qualidade, facilitando a tomada de decisões, visando garantir o alcance das metas estabelecidas.

Apesar deste diagnóstico ser realizado a cada dois anos, é uma boa prática que poderia ser replicada aos municípios catarinenses.

Estas informações foram encaminhadas por e-mail planejamento.pmf@gmail.com do dia 05/09/2014 em resposta ao ofício DAE nº 9.657/2014, itens 2.5 e 2.6.

Foi identificada a ausência de publicação no *site* dos Relatórios Anual e Quadrimestral e a falta de procedimentos de conferência dos dados fornecidos pelas UBS.

Neste sentido, ocorre a falta de capacitação dos gestores e equipes de M&A da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de indicadores.

O PMAQ tem alguns indicadores de insumos e processos, mas ainda é incipiente, e as Secretarias de Saúde não tem a preocupação com os meios, que podem estar afetando os indicadores de resultados. Cita-se um exemplo de indicador-insumo: a falta de medicamento de pressão, pela não entrega no prazo pelo fornecedor ou controle de estoque inexistente ou falho, pode levar o usuário a AVC, afetando o indicador-resultado e o indicador-impacto, ou seja, a efetividade da política pública de distribuição de remédios. Outro indicador-insumo

<sup>19</sup> O significado de CAF: Common Assessment Framework/Estrutura Comum de Avaliação - "Melhorar as organizações públicas através da Autoavaliação" - edição Portuguesa, DGAP, Março 2006.

<sup>20</sup> O significado da sigla PDCA: "P" de Plan - Planejar - estabelecer metas; "D" de Do - Executar - o que foi estabelecido; "C"- de Check - Verificar - o que foi executado; "A" de Action - Atuar - em função dos resultados.

que afeta a qualidade do atendimento do usuário da AB é a rotatividade de RH, que as Secretarias não têm controle e avaliação.

Assim, percebe-se a baixa utilização de indicadores como estratégia de aprimoramento da gestão na Atenção Básica.

Por não ter servidores suficientes e preparados e estrutura específica de M&A ocorrem deficiências no processo de monitoramento e avaliação, gerando pouca transparência no desempenho das ações de saúde. Além disso, gera deficiências nos planejamentos estaduais e municipais.

Ainda, resta a **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**:

- Adotar indicadores de insumos e processos para a avaliação da atenção básica.
- Publicar os Relatórios Quadrimestrais (RQDM) no site da Prefeitura ou da SMS, conforme inciso II do art. 3º da Lei 12.527/2011.

Com a adoção destas medidas, almeja-se a melhoria da eficiência do monitoramento e avaliação das ações voltadas à Atenção Básica. A transparência dos resultados gerados pelos indicadores da Atenção Básica. Tornar em conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da saúde básica dos Municípios. O aprimoramento da gestão com base no resultado confiável dos objetivos, metas e ações da Atenção Básica. A contemplação das demandas reais de saúde da população no planejamento da Atenção Básica. Ainda, a melhoria na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica aos usuários.

### **Comentários do Gestor (fls. 253-55)**

O gestor apresenta como justificativa ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.2.2) que a SMS prioriza um conjunto de indicadores estratégicos para pactuação e acompanhamento, que são apresentados nos instrumentos oficiais de planejamento, disponibilizados no link<sup>21</sup> encaminhado.

---

<sup>21</sup> <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=govgestao&me>

Além disso, outros indicadores são acompanhados internamente, que se referem a indicadores de estrutura, processo e resultado, segundo conceituação mencionada de Avedis Donabedian.

O gestor remeteu, ainda, a relação de indicadores utilizados para realizar avaliação e monitoramento, constantes às fls. 253.

Dessa forma, o Gestor entende que há um fator de confusão conceitual que pode ter levado à impressão de ausência de alguns indicadores, mas acredita que isso não ocorre, assim como não há deficiência de sua utilização para o planejamento das ações em saúde.

### **Análise dos comentários do Gestor**

Identificou-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 pela SMS, como o PMAQ, contemplam alguns indicadores de insumo e processo, mas ainda de forma incipiente.

Isto posto, concluiu-se que a SMS de Florianópolis, por não ter servidores suficientes e capacitados, assim como uma estrutura específica de monitoramento e avaliação, possui deficiências nesse procedimento, gerando pouca transparência no desempenho das ações de saúde. O que, segundo análise, impacta diretamente no planejamento da saúde municipal.

Depreende-se a importância da adoção dos indicadores mencionados pelo gestor, bem como dos identificados na auditoria, ao passo que o município de Florianópolis foi citado como uma boa prática em relação ao planejamento, perante os demais municípios auditados. No entanto, ressalta-se a necessidade de monitoramento de tais indicadores por uma equipe técnica destinada especificamente para essa atividade, conforme mencionado em item anterior deste relatório.

Vale ressaltar, ainda, que a “confusão conceitual” mencionada pelo Gestor, ao expor uma doutrina diferente da apresentada por essa equipe Técnica, não altera as evidências levantadas na auditoria, relativas à insuficiência de indicadores de insumos e de processos, dada a importância destes já abordada neste relatório. Tal achado foi baseado na análise dos instrumentos de gestão

que o município disponibiliza, bem como seus respectivos indicadores, o que afasta a possibilidade de ter apenas a “impressão de ausência de indicadores”.

Além disso, verificou-se na auditoria a ausência de publicação dos Relatórios Anual e Quadrimestral, bem como a falta de procedimentos de conferência dos dados fornecidos pelas Unidades Básicas de Saúde. Essa situação impacta na publicidade preconizada na gestão pública, a fim de possibilitar o acompanhamento das ações realizadas neste âmbito pelos cidadãos em geral.

Dessa forma, mantêm-se as **recomendações** pelos seguintes motivos: primeiro, em relação à adoção de indicadores, justifica-se para um futuro monitoramento por este Tribunal, a fim de verificar se ocorre a manutenção e aprimoramento constante dos indicadores relatados; segundo, para verificar, posteriormente, se os indicadores estão sendo analisados por uma equipe responsável, no sentido de dirimir as deficiências constatadas na auditoria; e terceiro, em relação à publicação dos Relatórios Quadrimestrais (RQDM), para garantir que a publicidade de tal instrumento de gestão seja efetiva, conforme preconiza o inciso II, art. 3º, da Lei 12.527/2011.

### **2.2.3 Insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática e software, manutenção e suporte técnico), conforme estabelece a Lei nº 8.080/90, art. 16, XVII, art. 17, VIII, art. 18, V e a Portaria GM-MS nº 2.488/11, item 3.1, III e VII, item 3.2, IV, item 3.3, IX e item 3.4, XI.**

A lei nº 8.080/90, art. 16, XVII estabelece as competências da direção nacional do Sistema Único da Saúde, que trata de acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

A mesma lei traz as competências para a direção estadual do Sistema Único da Saúde, conforme art. 17, VIII, que trata, em caráter suplementar, de formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

O art. 18 estabelece a competência da direção municipal do Sistema de Saúde (SUS), e no inciso V, trata da execução da política de insumos e equipamentos para a saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece no item 3.1, inciso III e VII responsabilidades comuns a todas as esferas de governo (Portaria GM-MS nº 2.488/11) quanto à infraestrutura das UBS, aos sistemas de informações e mecanismos de controle, à regulação e ao acompanhamento sistemático dos resultados, conforme transcrito.

- 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;

A PNAB estabelece competência do Ministério da Saúde no item 3.2, IV, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da atenção básica.

No item 3.3, IX, estabelece como competência da Secretaria de Estado da Saúde a definição de estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica.

Para o funcionamento das UBS, as Secretarias Municipais têm a competência de garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, estabelecida pela PNAB no item 3.4, XI.

Requisições de documentos e informações foram enviadas à Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sobre a estrutura de TI, que responderam por ofícios e por e-mail.

A **SMS de Florianópolis** não remeteu o levantamento/diagnóstico, mas o que solicitaram a Administração Municipal: 12 -circuitos de Fibra Óptica R\$ 200.400,00 (pagos em 2014), Obras e adequações de rede lógica – R\$ 150.000,00, Contratação de Equipe de Manutenção em informática 700.000,00, Sistema de Terceirização de impressão R\$ 720.000,00 e Contratação de Equipe de Desenvolvimento R\$ 2.000.000,00, conforme sua informação no ofício nº OE 234/SMS/GAB/14, de 05/09/2014. Também, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI, em sua resposta, informou as aquisições realizadas no ano em curso. Estas foram as respostas aos itens 2.9 e 2.11, do ofício DAE nº 9.657/2014- 05/09/2014, respectivamente.

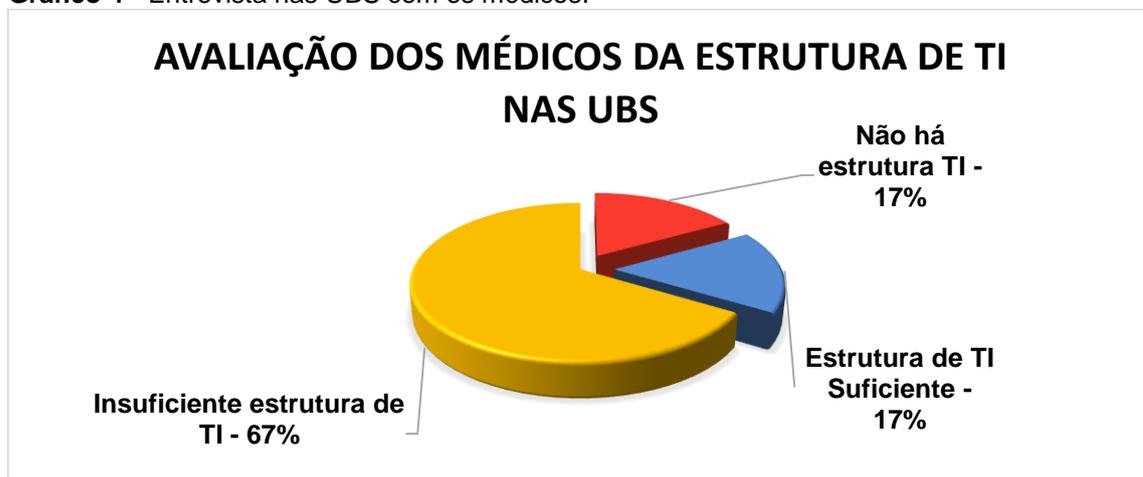
Por outro lado, 75% das Secretarias Municipais de Saúde (Araquari, Florianópolis e Joinville, fls. 145-9) avaliaram que a sua estrutura de TI é

insuficiente (PT 06) para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica. Informação prestada também por meio de entrevista (questão 13).

Nas entrevistas com os Gestores das UBS visitadas, estes afirmaram que em 67% das UBS a estrutura de TI é insuficiente (PT 01), para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica, já para 33% a estrutura de TI é suficiente (questão 09).

Em entrevista com os profissionais médicos das UBS visitadas, 67% avaliaram a estrutura de TI insuficiente, 17% avaliaram que não há estrutura de TI, para outros 17% a estrutura de TI é suficiente.

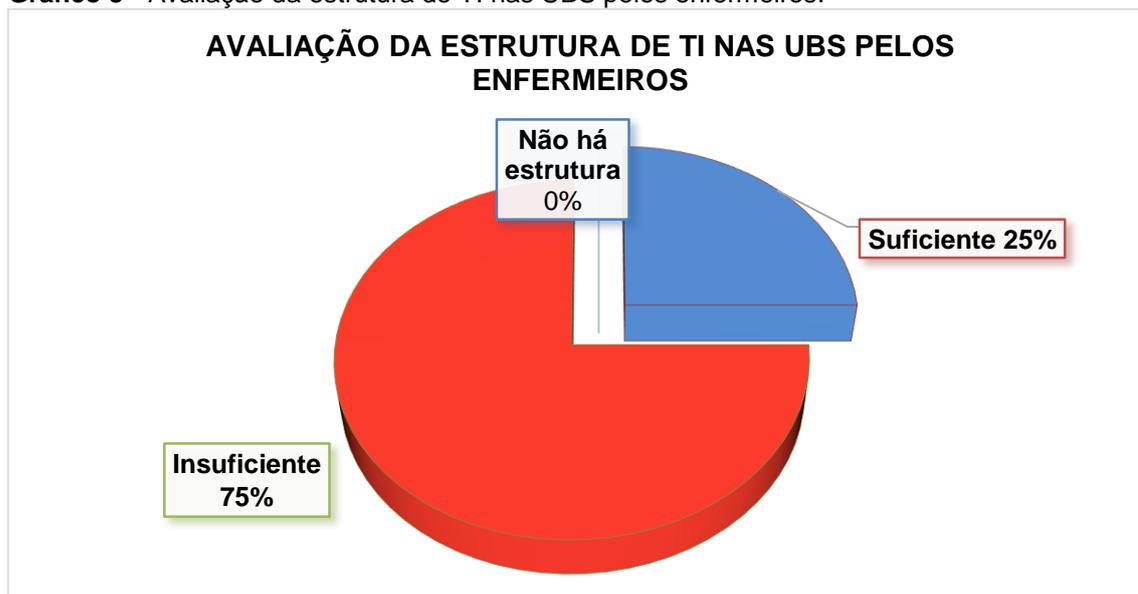
**Gráfico 4** - Entrevista nas UBS com os médicos.



**Fonte:** consolidação das entrevistas nas UBS com os médicos (PT 2.13).

Para 75% dos profissionais enfermeiros (fls. 159-66), estes avaliaram a estrutura de TI insuficiente das UBS, já para 25% destes profissionais a estrutura de TI é suficiente.

**Gráfico 5** - Avaliação da estrutura de TI nas UBS pelos enfermeiros.



**Fonte:** consolidação das entrevistas nas UBS com os enfermeiros (PT 03.13).

Por observação direta, constatou-se nas UBS visitadas que os profissionais médicos e enfermeiros, bem como os ACS (que precisam preencher sua produção no Cadastro Familiar (CADFAM) do SIAB) não tem computadores suficientes, impressoras, sistemas próprio de prontuário eletrônico, além da internet lenta.

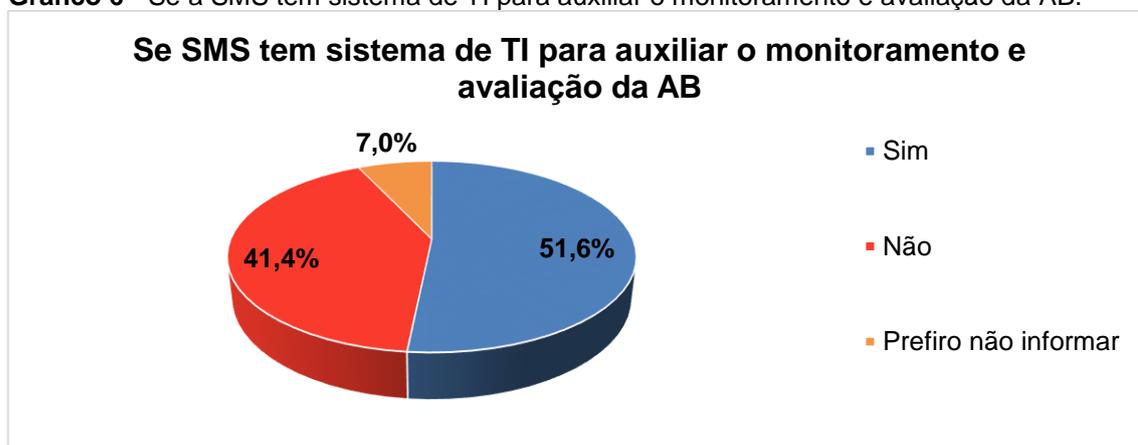
**Quadro 5** - Consultórios dos médicos e de enfermeiros da UBS visitadas sem computador e impressora.



Os resultados das respostas dos questionários eletrônicos (fls. 39-83), quanto à estrutura de Tecnologia da Informação (TI) estão relacionados a seguir:

- Para 32,8% dos Secretários municipais de SC não há diagnóstico de TI necessário para o monitoramento e avaliação da atenção básica (questão 31).
- 45,3% dos gestores municipais afirmaram que a SMS não conta com um planejamento de TI que contemple ações para suprir as necessidades de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (questão 32).
- Os Secretários Municipais informaram que em 41,4% das Secretarias não há sistema informatizado para auxiliar o monitoramento e avaliação dos serviços da atenção básica oferecidos pelo município (questão 33).

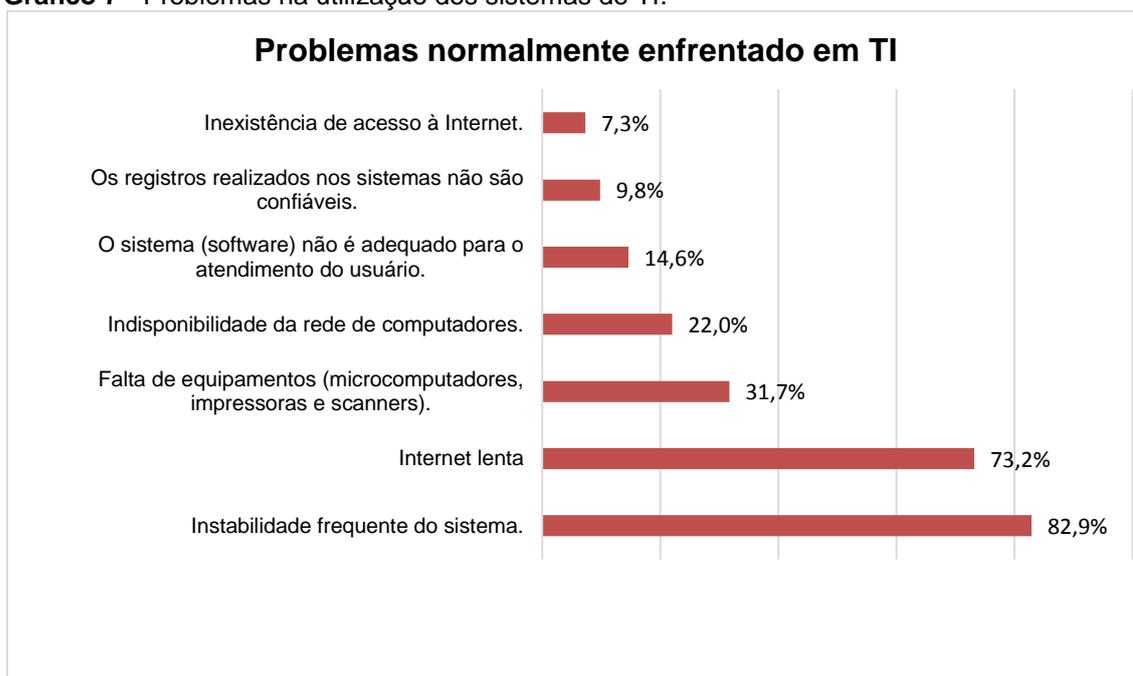
**Gráfico 6** - Se a SMS tem sistema de TI para auxiliar o monitoramento e avaliação da AB.



**Fonte:** Questionário eletrônico aos Secretários municipais (questão 33).

- Os gestores municipais ainda afirmaram que enfrentam problemas na utilização dos sistemas de TI, com destaque para instabilidade frequente do sistema 82,9%, internet lenta em 73,2%, a falta de equipamentos é citada por 31,7%, para 22,0% apontam a indisponibilidade da rede de computadores, a não confiabilidade dos registros realizados nos sistemas por 9,8%, e ainda, a inexistência de acesso à Internet é apontada por 7,3% (questão 37).

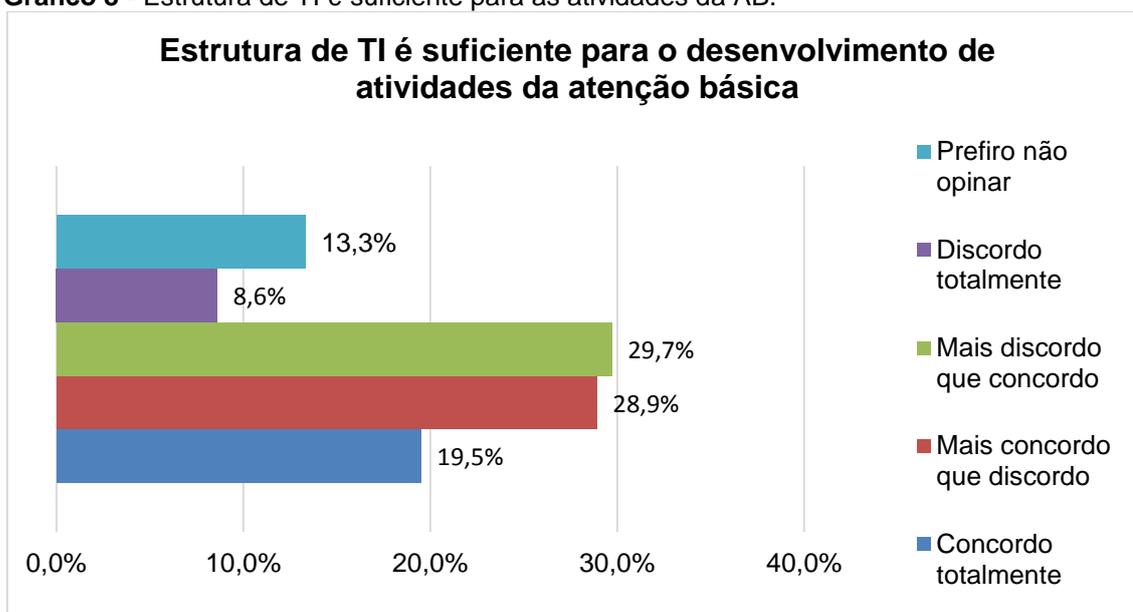
**Gráfico 7 - Problemas na utilização dos sistemas de TI.**



**Fonte:** Questionário eletrônico aos Secretários municipais (questão 37).

- 44,9% dos municípios afirmaram que um servidor do quadro é responsável pela manutenção da estrutura de TI, enquanto 42,1% contratam empresa terceirizada e 13,1% não possui ninguém responsável (questão 40).
- 38,3% dos gestores respondentes mostraram insatisfação quanto à suficiência da estrutura de TI para o desenvolvimento de atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica (questão 41).

**Gráfico 8 - Estrutura de TI é suficiente para as atividades da AB.**



**Fonte:** Questionário eletrônico aos Secretários municipais (questão 41).

Os resultados das respostas dos questionários eletrônicos das SDRs (fls. 84-97), quanto à estrutura de Tecnologia da Informação (TI) estão relacionados a seguir:

- 71,4% dos Gerentes Regionais de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regionais afirmaram no questionário eletrônico que não possui diagnóstico de TI necessário para o monitoramento e avaliação da atenção básica (questão 13).

- 81,0% dos Gerentes Regionais de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regionais afirmaram no questionário eletrônico que não possui planejamento de TI para suprir as necessidades de monitoramento e avaliação da atenção básica (questão 14).

**Gráfico 9** - Planejamento de TI das secretarias de desenvolvimento regionais para suprir as necessidades de M&A da AB.



**Fonte:** Questionário eletrônico as Secretarias de Desenvolvimento Regionais (questão 14).

- 66,7% dos Gerentes Regionais de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regionais de SC afirmaram que não possui sistema de TI para auxiliar o monitoramento e avaliação da atenção básica oferecidos pelos municípios jurisdicionados (questão 15).

- 20% informaram que o sistema (software) não é adequado para o atendimento do usuário. Para 60% a instabilidade é frequente do sistema. A internet lenta é apontada por 40%, já para 40% os registros realizados nos sistemas não são confiáveis (questão 18).

- Para resolução de algum problema de TI (equipamento, de software ou de rede) o tempo em média ultrapassa a três dias para 90% dos Gerentes

Regionais de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regionais, conforme a tabela a seguir (questão 19):

**Tabela 9** - Tempo médio de manutenção de TI.

Tempo	%
Até 1 dia	10,0%
Entre 1 e 3 dias	35,0%
Entre 4 e 7 dias	35,0%
Entre uma e quatro semanas	10,0%
Mais de um mês	10,0%

**Fonte:** Questionário eletrônico as Secretarias de Desenvolvimento Regionais (questão 19).

- Para 55% dos Gerentes Regionais de Saúde das SDRs a estrutura de TI é insuficiente para o desenvolvimento de atividades de monitoramento e avaliação (M&A) da atenção básica, conforme a tabela a seguir (questão 21):

**Tabela 10** - Estrutura de TI para a AB.

Tempo	%
Concordo totalmente	5,0%
Mais concordo do que discordo	30,0%
Mais discordo do que concordo	30,0%
Discordo totalmente	25,0%
Prefiro não opinar	10,0%

**Fonte:** Questionário eletrônico as Secretarias de Desenvolvimento Regionais (questão 21).

A insuficiência de estrutura de TI das SDRs, das Secretarias Municipais e suas UBS, ocorre por ausência de diagnóstico para a realização do Planejamento de TI, que leva a soluções inadequadas de TI e perda recursos financeiros.

Ainda, a falta de sistema informatizado próprio integrado para registro da produção diária das UBS, em muitas delas são registradas em fichas, que leva a concentração e sobrecarga, muitas vezes em uma única pessoa da SMS, responsável por consolidar e alimentar os dados nos sistemas, gerando deficiência no controle e na validação dos dados e indicadores.

A insuficiência de suporte técnico para manutenção da estrutura de TI, as instabilidades, a baixa integração dos sistemas do Ministério da Saúde e dos sistemas municipais, ainda o fornecimento pelas Operadoras de telefonia de internet com velocidade lenta, tem gerado a demora do atendimento do usuário, a perdas de dados da Atenção Básica, o retrabalho na alimentação dos diversos

sistemas, a elevação de custos, a ociosidade e intempestividade na alimentação de dados, bem como, a perda ou suspensão de recursos financeiros aos municípios.

Diante do exposto, resta **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**:

- Elaborar diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades da Atenção Básica;
- Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico;
- Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da atenção básica, após discussão nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite.

Com a adoção destas medidas, almeja-se a melhoria na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica aos usuários da AB; a eficiência do monitoramento e avaliação das ações voltadas à Atenção Básica; a transparência dos resultados gerados pelos indicadores da Atenção Básica; um maior conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da saúde básica do município. Além disso, o aprimoramento da gestão com base no resultado confiável dos objetivos, metas e ações da Atenção Básica.

### **Comentários do Gestor**

O gestor não fez nenhum comentário a respeito deste item.

### **Análise dos comentários do Gestor**

Neste sentido, permanecem as **recomendações** anteriores.

### **2.3. Análise dos Achados relativos à 3ª Questão de Auditoria**

A terceira questão de auditoria analisa se o processo de planejamento da atenção básica reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde e se dispõe de recursos financeiros das três esferas federativas?

Dentre as deficiências levantadas no processo de planejamento dos serviços da atenção básica foram identificados os seguintes problemas: (1) falta de priorização da SES no apoio ao processo de planejamento da AB junto às Secretarias Municipais - SMS; (2) Baixo apoio das SMS às UBSs; (3) Baixa participação dos conselhos de saúde nas discussões relativas ao planejamento; e (4) Precariedade nos instrumentos para aferir as reais necessidades de cada região.

No que se refere à articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, constatou-se deficiências nos processos de referência e contrarreferência, como (1) precariedade dos instrumentos de pactuação e a não adesão ao COAP; (2) limitação e má distribuição da estrutura estadual de média e alta complexidade, restringindo o acesso da população aos outros níveis de atenção; (3) deficiências dos sistemas informatizados para a interação entre os níveis de atenção; (4) ausência de apoio e estruturação matricial para reduzir os encaminhamentos; (5) falta da prática dos profissionais da Média e Alta Complexidade (MAC) em registrar a contrarreferência; e (6) ausência de controle sistemático após o encaminhamento para outros níveis de atenção.

Quanto ao financiamento foram identificadas deficiências nos repasses para o financiamento tripartite da Atenção básica aos municípios, como a (1) contribuição estadual aos municípios com um percentual inferior em relação ao total de recursos estaduais destinados à saúde e (2) uma distribuição não equitativa dos recursos da saúde Federal e Estadual aos municípios.

### **2.3.1 Baixa participação dos Conselhos de Saúde nas discussões relativas ao planejamento, não contribuindo para o exercício do seu papel na execução das políticas de saúde, segundo estabelece a Lei nº 8.142/11.**

Outro aspecto relacionado às deficiências encontradas no levantamento das necessidades de saúde da população no processo de planejamento é a baixa efetividade dos Conselhos de Saúde nas discussões relativas ao planejamento.

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993) estabeleceu um novo modelo de pactuação federativa e consolidou o papel dos Conselhos de Saúde, a partir da definição de que o município só receberá o recurso financeiro se

comprovar a existência e o funcionamento do Conselho de Saúde, que deverá aprovar os referidos planos de saúde municipais.

A Lei nº 8.142/11, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, em seu artigo 1º, §2º, estabelece:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – (...)

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º (...)

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, **atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente**, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Com o objetivo de colher as percepções dos conselhos acerca do planejamento em saúde, foi realizado grupo focal com, pelo menos, três conselheiros dos Municípios de Araquari, Canoinhas, Joinville e Florianópolis. Convém destacar que não foi possível realizar o mesmo trabalho com o Conselho Estadual de Saúde. Portanto, as evidências referem-se ao Planejamento de Saúde Municipal (fls. 164-6).

Em **Florianópolis**, informaram que há uma pequena participação, mas que a Programação Anual da Saúde (PAS) já vem pronta do Executivo, além disso, ressaltaram que a Secretaria Municipal apresenta as ações prontas e que raramente o Conselho consegue fazer alguma alteração.

Dentre os motivos elencados para a pouca participação do Conselho, destacaram que o Conselho tem (1) pouco poder de atuação; (2) pouco conhecimento de leis; (3) dificuldades orçamentárias, já que há um orçamento do município previsto para o CMS, mas não existe nenhum repasse ou planejamento - a prefeitura paga somente gastos com telefone e material de expediente; (4) deficiência/ausência por parte da SMS na divulgação de informações ao CMS (ocorre a busca de informações pelo CMS nas mídias) e que o repasse das informações à comunidade acontece em razão da atuação do Conselho Municipal juntamente com o Conselho Local de Saúde.

Com base no exposto, depreende-se que apesar de o processo de planejamento prever a participação e o envolvimento de diversos atores, como gestores, profissionais e usuários, sendo os conselhos um espaço para isso, a sua atuação se dá mais no aspecto legal de aprovação dos instrumentos de planejamento, sem, no entanto, haver participação ativa em todo o processo, desde o levantamento das necessidades de saúde locais até o acompanhamento da execução do que foi proposto.

Em síntese, há pouca participação dos conselhos no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde e muita dificuldade no acompanhamento dos instrumentos de execução. Segundo as informações coletadas, esta pouca participação se deve aos seguintes aspectos, conhecimento técnico insuficiente dos membros dos conselhos para análise dos documentos apresentados, morosidade da entrega dos documentos, dificuldades orçamentárias, deficiências por parte das Secretarias na divulgação das informações aos conselhos e falta de percepção da importância da atuação dos conselhos.

A falta de uma participação efetiva dos conselhos contribui para um planejamento da Atenção Básica que não contempla as necessidades da população local.

Diante do exposto cabe à **SMS de Florianópolis**:

- Desenvolver e implementar rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde e na fiscalização dos recursos, possibilitando a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do artigo 1º da Lei nº 8.142/90.

#### **Comentários do Gestor (fl. 256)**

O gestor apresenta como justificativa ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.3.2) que respeita e cumpre todos os requisitos legais previstos na Lei 8.142/90, Lei 141/2012 e Portaria GM nº 2.135/2013, que tratam do controle social e do planejamento no âmbito do SUS.

A Unidade Gestora mencionou que apresenta ao Conselho Municipal de Saúde, para aprovação, todos os instrumentos de gestão do SUS. Em

especial, para o Plano Municipal de Saúde, relatou ter encaminhado ofício convidando todos os conselheiros municipais para participação das oficinas de sua elaboração.

Ainda, o gestor expôs que os conselheiros têm a oportunidade de fazer suas contribuições e considerações antes da aprovação da Programação Anual de Saúde, apresentada em Plenária do CMS. Da mesma forma que, durante as apresentações dos relatórios trimestrais de prestação de contas, a execução da Programação Anual de Saúde também é apresentada juntamente com as informações de utilização dos recursos financeiros.

Assim, de acordo com o gestor, a SMS valoriza a participação social e vem desenvolvendo ações para o fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde através do apoio para execução dos encontros de formação de conselheiros locais e dos Fóruns Municipais de Conselhos Locais.

### **Análise dos comentários do Gestor**

A baixa efetividade e participação dos Conselhos Municipais de Saúde foram constatadas como deficiências encontradas no levantamento das necessidades de saúde da população no processo de planejamento. Nesse sentido, conforme a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993), o município só receberá o recurso financeiro se comprovar a existência e o funcionamento do Conselho de Saúde, que deverá aprovar os referidos planos de saúde municipais.

Evidenciou-se na auditoria que a participação do Conselho de Saúde no município de Florianópolis ainda é incipiente, conforme relatado pelos conselheiros ao mencionarem que a Programação Anual da Saúde e outras ações vêm prontas do Executivo e o Conselho raramente consegue promover alterações.

Dessa forma, verificou-se um baixo poder de atuação do Conselho, pouco conhecimento de leis, insuficiência no repasse de recursos e de informações pela SMS.

Ressalta-se a importância da participação do CMS na aprovação dos instrumentos de gestão do SUS, conforme relatado pela Unidade Gestora. No entanto, as evidências levantadas na auditoria divergem do argumento do Gestor de que os conselheiros têm oportunidade de fazer contribuições e considerações

antes da aprovação de tais instrumentos, uma vez que os mesmos relataram que essa prática não ocorre. Neste sentido, a **recomendação** para que a SMS desenvolva e implemente rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde deve permanecer, contribuindo para a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, de acordo com o §2º do artigo 1º da Lei nº 8.142/90.

**2.3.2 Deficiências na integração entre os níveis de atenção como falta de integração dos sistemas informatizados; ausência de apoio e estruturação matricial para reduzir os encaminhamentos; falta da prática dos profissionais da MAC em registrar a contrarreferência; e ausência de controle sistemático após o encaminhamento para outros níveis de atenção, o que interfere no cuidado do usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, segundo estabelece o Item 2 da Política Nacional de Atenção Básica.**

A Política Nacional de Atenção Básica definiu a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. A atenção básica é principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Dentre as funções da atenção básica para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à saúde, destaca-se a sua função de coordenar o cuidado, que consiste em: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes de atenção à saúde. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. (PNAB, item 2, inciso III).

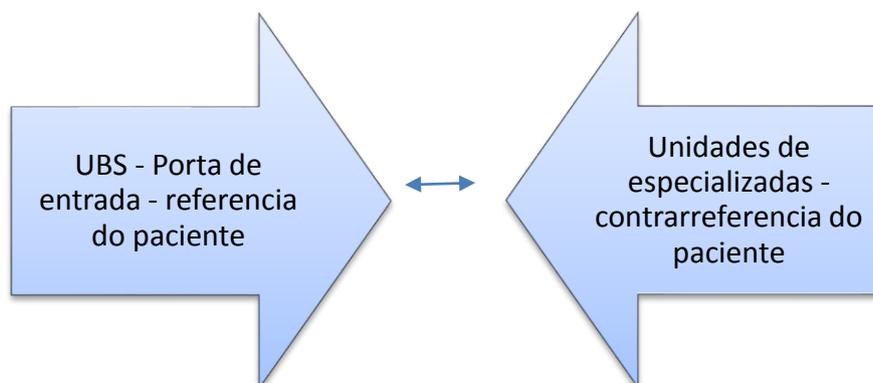
Para um melhor entendimento da relação entre referência e contrarreferência, faz-se necessário descrever como acontece o seu fluxo<sup>22</sup>. O acesso da população à rede de saúde se dá por meio dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário).

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.

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.

Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que haja a continuidade do atendimento.

Às unidades especializadas cabe receber o paciente triado pelas unidades básicas e, após o seu atendimento, fazer a contrarreferência à unidade básica que encaminhou o paciente, com as orientações necessárias para que o profissional da unidade de origem dê continuidade ao atendimento, sem interrupção.



Vê-se, portanto, que deve haver uma integração entre os níveis de atenção para o sucesso deste processo. Esta integração envolve vários aspectos,

<sup>22</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza Sus. Referência e Contra-Referência. Brasília,2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/131>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

dentre os quais se destacam o conhecimento dos fluxos, a capacitação dos profissionais, a estrutura de Tecnologia da Informação, incluindo os sistemas, e a prática médica de registrar a contrarreferência.

Em entrevista realizada com 12 profissionais médicos das UBS visitadas (fls. 159-66), 58%, responderam que as dificuldades no acompanhamento da referência se deve à falta de cultura dos profissionais, 42% à falta de integração entre os sistemas e 25% falta de conhecimento do paciente.

Para a redução dos problemas de acompanhamento foram citados: qualificação do profissional da AB (17%), Integração com a média e alta complexidade (58%), apoio aos ACS (8%) e Gerenciamento do encaminhamento (33%).

Observou-se na auditoria que cada Município adota um procedimento de encaminhamento e que, em todos eles, o processo de contrarreferência é incipiente ou até mesmo inexistente, por diversos motivos, conforme informações obtidas por meio documental e por meio de entrevistas com os profissionais das UBS visitadas.

No município de **Florianópolis** é utilizado prontuário eletrônico do paciente, chamado de Infosaúde, o que segundo a Secretaria garante o fluxo das informações entre os Serviços Municipais de Saúde (PT 08, Item 3.11).

Na percepção dos profissionais entrevistados neste Município, o Infosaúde é um bom sistema apesar de apresentar alguns problemas, tais como ser fragmentado, não muito rápido e apresentar algumas inconsistências.

Ao questionar os profissionais das UBS visitadas sobre a forma de acompanhamento dos pacientes referenciados, a maioria informou que se dá por meio de uma busca ativa do paciente, ou seja, por meio de telefone e de visita domiciliar.

Informaram também que quando o paciente é atendido dentro da rede municipal, como numa UPA ou Policlínica, é possível fazer o acompanhamento do paciente, pois todos utilizam o Infosaúde e preenchem um único prontuário.

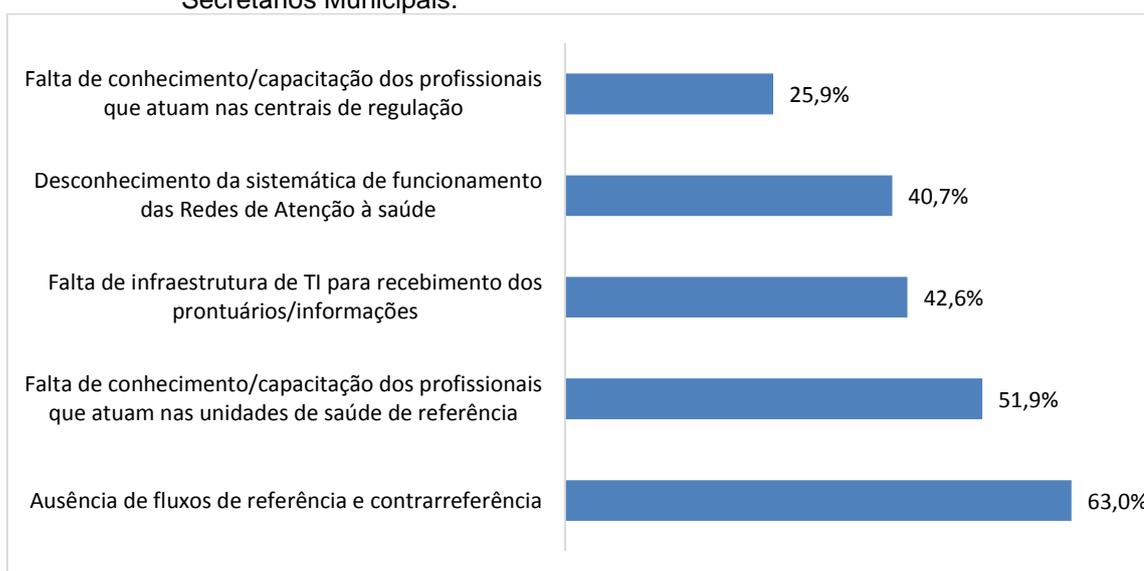
Entretanto, quando o paciente é encaminhado para um estabelecimento que não faz parte da rede municipal, como clínicas e hospitais privados, o contrarreferenciamento é mais difícil, principalmente pela falta de integração entre os sistemas.

Com base na documentação encaminhada e nas entrevistas realizadas, os principais problemas identificados foram (1) ineficiência dos sistemas informatizados utilizados para integração entre os níveis de atenção e a falta da prática médica dos profissionais da média e alta complexidade de registrar a contrarreferência.

Os Questionários eletrônicos aplicados aos Secretários Municipais corroboram a existência destes problemas. Apesar de 56,3% dos secretários informarem que há o registro da contrarreferência após o encaminhamento do paciente da AB para outros níveis de atenção, 43,8% informaram que não (Questão 50, fl. 73).

Quando questionados sobre os motivos para não haver contrarreferência, a maioria das respostas foi (1) ausência de fluxos de referência e contrarreferência, com 63,0% de citações, seguida da (2) falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de referência (51,9%), da (3) falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações (42,6%), do (4) desconhecimento da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (40,7%) e da falta de capacitação dos profissionais que atuam nas centrais de regulação (25,9%), conforme se pode observar no gráfico a seguir:

**Gráfico 10** - Motivos para não existir o contrarreferenciamento segundo a percepção dos Secretários Municipais.



**Fonte:** Questionário eletrônico aplicado aos Secretários Municipais (Questão 51).

Em uma análise ampla do que foi exposto, verifica-se que os problemas estão relacionados a três aspectos principais. O primeiro é a estrutura de tecnologia da informação, que deveria prover sistemas de informação que permitam a integração entre os níveis de atenção. O segundo é a gestão de pessoas, na medida em que deveria haver uma melhor capacitação dos profissionais, assim como a conscientização do registro da referência e contrarreferência pelos especialistas. Por último, a falta de uma sistematização do fluxo e dos procedimentos de referência e contrarreferência.

Tais deficiências impactam na restrição do acesso dos pacientes a outros níveis de atenção, no excesso de encaminhamentos para a média e alta complexidade, no prejuízo à continuidade do cuidado dos pacientes e no desconhecimento dos gestores estaduais e municipais do grau de resolutividade da Atenção Básica.

Diante do exposto cabe à **SMS de Florianópolis**:

- Adotar procedimentos de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde do seu município;
- Criar mecanismos que institucionalize o preenchimento/registro da contrarreferência;
- Estabelecer controles do tempo médio de retorno por encaminhamento, e também do percentual de encaminhamentos da AB para a média e alta complexidade, através de indicadores específicos.

Com a adoção destas medidas será possível uma maior integração entre as ferramentas de referência e contrarreferência. A redução de encaminhamento para média e alta complexidade. A melhoria da continuidade e da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. A criação dos indicadores que permitam o conhecimento pelo gestor do grau de resolutividade da atenção básica. Todas estas medidas contribuem para uma maior resolutividade pela Atenção Básica.

## **Comentários do Gestor (fls. 257-59)**

O gestor informa como justificativa ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 que são dois os problemas que interverem na integralidade, continuidade e coordenação do cuidado nos pacientes da AB. O primeiro e mais importante, considerado como o ponto crítico da falta de articulação entre os diversos pontos da rede de atenção é a ausência de integração entre os prontuários dos usuários. O segundo é a ausência de fluxos de contrarreferência nas Unidades ambulatoriais e hospitalares sob a gestão da Secretaria de Estado da Saúde.

Informou que no município de Florianópolis é utilizado o Infosaúde, um prontuário eletrônico implantado em todas as unidades de saúde do município e em algumas contratualizadas, que possibilita que todo usuário atendido nas UBS e referenciado para algumas Unidades de Média complexidade municipais tenha todas as suas informações clínicas compartilhadas.

As dificuldades de contrarreferência são sentidas em especialidades ofertadas apenas pelos ambulatórios e hospitais sob gestão estadual ou federal, o que vem sendo tema de discussões pela área técnica no sentido obter uma resposta da SES e do Hospital Universitário para a necessidade da integração dos sistemas de prontuário eletrônico.

Acrescentou que desde 2012 vem desenvolvendo mecanismos de gestão das filas de espera para algumas especialidades, como o matriciamento, criação de grupos de prevenção e tratamento especializado no âmbito da atenção básica, avaliação sistemática da fila de espera, retirada de encaminhamentos desnecessários e aumento da oferta de consultas e procedimentos por reorganização de processo de trabalho nas policlínicas e aumento da oferta contratualizada.

Além disso, informou que, a partir de 2015, a SMS está em processo de implantação do “Telessaúde” como uma ferramenta de matriciamento e qualificação dos encaminhamentos para a média complexidade.

## **Análise dos comentários do Gestor**

Diante das informações prestadas pelo gestor verifica-se que a preocupação da SMS em adotar medidas para solucionar problemas relacionados

à contrarreferência, apresentam-se alinhadas às recomendações sugeridas anteriormente.

Convém destacar que o Infosaúde - sistema de prontuário eletrônico adotado pelo município de Florianópolis já é um passo importante e, até mesmo, diferenciado no sentido de aprimorar o processo de referência e contrarreferência, assim como as demais medidas que já estão sendo adotadas pelo município como o matriciamento e a avaliação sistemática da fila de espera.

Neste sentido, faz-se necessário manter as **recomendações** à SMS Florianópolis, com o objetivo de unir esforços para reduzir as deficiências de integração entre os níveis de atenção, interferindo diretamente no cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, segundo estabelece o Item 2 da Política Nacional de Atenção Básica.

Além disso, ressalta-se à Unidade a importância de estabelecer controles do tempo médio de retorno por encaminhamento, e também do percentual de encaminhamentos da AB para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos, para que o gestor tenha o conhecimento do grau de resolutividade da atenção básica no município.

## **2.4. Outros Achados**

**2.4.1 As Secretarias Municipais de Saúde não mantêm atualizado as informações sobre os profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, conforme estabelece o inciso XV da Política Nacional de Atenção Básica e o artigo 1º da Portaria nº 311/SAS/MS de 14 de maio de 2007.**

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) configura-se como o cadastro vigente dos profissionais da saúde, da mesma forma que este sistema constitui instrumento essencial de gerenciamento e gestão utilizado para o direcionamento das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme expõe a Portaria MS/SAS Nº 134/2011.

Dentre as competências das Secretarias Municipais de Saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica no item 3.4, incisos XIII e XV, pressupõem-se:

XIII – Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-lo no planejamento e divulgar os resultados obtidos; e

XV – Manter atualizado o cadastro no sistema de cadastro nacional vigente dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão (p. 33 e 34)

A Portaria nº 311/SAS/MS de 14 de maio de 2007, em seu artigo 1º, corrobora o preconizado pela PNAB, expondo que:

(...) A atualização sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações SCNES, SIA e SIH, é responsabilidade dos municípios, estados e Distrito Federal, devendo ser encaminhados, mensalmente, ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS/SE/MS, de acordo com a gestão dos estabelecimentos.

Nesse sentido, as responsabilidades dos gestores municipais também são apresentadas na Portaria SAS/MS Nº 134 de 4 de abril de 2011, em seu artigo 1º:

Art. 1º Constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal (DF), bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados.

Igualmente, a Portaria SAS/MS Nº 511 de 29 de dezembro de 2000, que estabelece as responsabilidades dos gestores estaduais e municipais no cadastramento e atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde, complementa o exposto, em seu artigo 10, parágrafo 5º, expondo:

Art. 10 (...)

§ 5º - Os gestores responsáveis pelo cadastramento deverão efetuar "in loco" a verificação dos Estabelecimentos de Saúde, devendo ser a vistoria, sempre que possível, acompanhada por equipes de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância Sanitária.

A necessidade de assegurar a fidedignidade das informações registradas, bem como de estabelecer critérios de operacionalização destas informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) é ressaltada na Portaria SAS/MS Nº 134 de 4 de abril de 2011.

Considerando que os Sistemas de Informação em Saúde subsidiam os gestores do SUS no processo de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria, a Portaria Conjunta SAS/SE/MS Nº 49, de 4 de julho de 2006, determina a disponibilização de aplicativo para Transmissão Simultânea de Dados, de alguns sistemas e, entre eles, do SCNES.

A Portaria nº 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, estabelece critérios para a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais que compõem os Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. Em seu artigo 2º, é exposta a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais de alguns Sistemas, entre eles o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Nesse sentido, a referida portaria define a sistemática de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais em seu artigo 3º, inciso I:

Art 3º (...)

I - cabe ao gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, após a transmissão das bases de dados da competência processada sob sua gestão, verificar a situação de envio e situação carga definitiva da remessa na base de dados por meio dos sites dos Sistemas de Informação: SIA/SUS - <http://sia.datasus.gov.br/>, SIH/SUS <http://sihd.datasus.gov.br/> e CNES - <http://cnes.datasus.gov.br/> a fim de verificar se a base de dados foi enviada e carregada com sucesso no Banco de Dados Nacional

A Portaria SAS/MS Nº 147 de 28 de fevereiro de 2012 define o fluxo para envio das bases de dados dos Sistemas de Informação de Atenção à Saúde, em seu artigo 1º, parágrafo 2º:

Art. 1º (...)

§2º Em relação ao SCNES, o sistema permite a atualização diária da base nacional. Os Gestores Estaduais, Municipais e do Distrito Federal devem enviar, por meio do módulo transmissor simultâneo mensalmente a Base de Dados Nacional dos estabelecimentos de saúde que tiveram alteração cadastral e a Certidão Negativa dos estabelecimentos de saúde que não tiveram alteração cadastral no período, conforme o disposto na Portaria SAS/MS nº 02, de 03 de janeiro de 2008, no Art. 1º, §1º e § 2º, realizando a transmissão final da base até a data limite do dia 19 de cada mês subsequente ao mês de produção do SIA e do SIH.

As datas de referência para envio das bases de dados para o ano de 2014 constam na figura abaixo, que representa o cronograma do CNES deste ano.

**Figura 2 - Cronograma CNES 2014.**

COMPETENCIA \ SISTEMA	CRONOGRAMA DE ENVIO DAS REMESSAS PELOS GESTORES			DISPONIBILIZAÇÃO DAS VERSÕES PELO MS			
	ENVIO CNES	LIBERAÇÃO DO TXT PROCESSAMENTO	ENVIO DO PROCESSAMENTO	TXT TABELA	CAPTAÇÃO	PROCESSAMENTO	SCNES
JANEIRO	18/02/2014 ter	27/02/2014 qui	10/03/2014 seg	07/01/2014 ter	10/01/2014 sex	05/02/2014 qua	12/02/2014 qui
FEVEREIRO	12/03/2014 qua	21/03/2014 sex	31/03/2014 seg	31/01/2014 sex	04/02/2014 ter	05/03/2014 qua	NÃO VERSÃO
MARÇO	07/04/2014 seg	16/04/2014 qua	25/04/2014 sex	28/02/2014 sex	04/03/2014 ter	04/04/2014 sex	21/03/2014 sex
ABRIL	05/05/2014 seg	14/05/2014 qua	23/05/2014 sex	31/03/2014 seg	03/04/2014 sex	05/05/2014 seg	16/04/2014 qua
MAIO	06/06/2014 sex	16/06/2014 seg	24/06/2014 ter	30/04/2014 qua	02/05/2014 sex	05/06/2014 sex	19/05/2014 seg
JUNHO	04/07/2014 sex	14/07/2014 seg	23/07/2014 qua	30/05/2014 sex	03/06/2014 ter	04/07/2014 sex	16/06/2014 seg
JULHO	05/08/2014 ter	14/08/2014 qui	22/08/2014 sex	30/06/2014 seg	03/07/2014 qui	05/08/2014 ter	15/07/2014 ter
AGOSTO	05/09/2014 sex	15/09/2014 seg	23/09/2014 qui	31/07/2014 qui	04/08/2014 seg	05/09/2014 sex	15/08/2014 sex
SETEMBRO	06/10/2014 seg	15/10/2014 qua	24/10/2014 sex	29/08/2014 qui	02/09/2014 ter	06/10/2014 seg	15/09/2014 seg
OUTUBRO	05/11/2014 qua	13/11/2014 qui	21/11/2014 sex	30/09/2014 ter	03/10/2014 sex	05/11/2014 qua	15/10/2014 qui
NOVEMBRO	05/12/2014 sex	15/12/2014 seg	26/12/2014 sex	31/10/2014 sex	04/11/2014 ter	05/12/2014 sex	14/11/2014 sex
DEZEMBRO	05/01/2015 seg	14/01/2015 qua	23/01/2015 sex	28/11/2014 sex	03/12/2014 qua	05/01/2015 seg	16/12/2014 ter

Fonte: CNES (acesso em 26/11/2014).

Da mesma forma, a Portaria Nº 118/SAS/MS de 18 de fevereiro de 2014, considerando a necessidade permanente de qualificação das informações do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido que, no prazo de 3 (três) competências, a contar da data de publicação desta Portaria, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) passará a marcar automaticamente como "inconsistentes" os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral, em nível local e nacional.

A Portaria Nº 118/SAS/MS de 18 de fevereiro de 2014 descreve algumas restrições, em seu artigo 2º, aos estabelecimentos que não mantiverem atualizados seus cadastros, conforme enfatizado no artigo 1º:

Art. 2º Os estabelecimentos de Saúde que forem considerados "inconsistentes" pelo SCNES ficarão, automaticamente impossibilitados de:

- I - Apresentar os registros de atendimento da atenção ambulatorial e/ou hospitalar do SUS;
- II - Apresentar os registros de ações de vigilância sanitária;
- III - Apresentar os registros de produção das respectivas equipes e profissionais;
- IV - Requerer novas habilitações; e
- V - Requerer inscrição em novos programas e/ou políticas.

Complementariamente, a Portaria Nº 3.462 de 11 de novembro de 2010, define as determinações cabíveis, conforme descrito no artigo 4º:

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em

Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas.

Foram extraídos dados no CNES dos profissionais das UBS selecionadas, nos quatro municípios auditados, que serviram como base para a realização de *Checklists* durante as visitas nas mesmas. Com isso, efetuou-se a comparação entre os dados de equipes profissionais segundo o obtido no CNES e o verificado “in loco” nas UBS. A consolidação das informações obtidas é demonstrada na tabela a seguir:

**Tabela 11** – Inconsistências verificadas no CNES.

Município	UBS	Data da pesquisa no CNES	Data da visita na UBS	Profissionais que saíram da UBS e ainda constam no CNES	Profissionais que atuam na UBS e não constam no CNES	Total de inconsistências
Araquari	Ací Ferreira de Oliveira	28/08/2014	18/09/2014	7	-	7
	Itapocu	28/08/2014	19/09/2014	8	3	11
Canoinhas	Campo da Água Verde	29/08/2014	15/09/2014	1	-	1
	COHAB I	29/08/2014	17/09/2014	1	5	6
Florianópolis	Rio Vermelho	08/09/2014	26/09/2014	1	-	1
	Costeira do Pirajubaé	28/08/2014	11/09/2014	1	1	2
	Ingleseles	28/08/2014	02/09/2014	3	3	6
Joinville	Iririú	28/08/2014	18/09/2014	7	8	15
	Willy Schossland	28/08/2014	17/09/2014	2	2	4
	Morro do Meio	28/08/2014	16/09/2014	1	1	2
<b>Total</b>				<b>32</b>	<b>23</b>	<b>55</b>

**Fonte:** Consolidação checklist profissionais (PT 20, fls. 167-70).

Em 10, das 12 UBS visitadas constataram-se pelo menos uma ou ambas as situações: profissionais que não atuam mais nas UBS, mas que ainda constam no CNES como pertencentes àquela unidade; e profissionais que atuam na UBS, mas não aparecem nos registros de pessoal da mesma no CNES. No município de Florianópolis foram encontradas 9 inconsistências.

Fazendo um comparativo entre o total de profissionais por UBS e o total de inconsistências no CNES, obteve-se, em termos percentuais, a expressividade dessas irregularidades encontradas diante do quadro funcional de cada UBS, conforme demonstra a tabela a seguir:

**Tabela 12** - Comparativo em percentual de inconsistências nas UBS visitadas.

Município	UBS	Total de profissionais	Total de inconsistências	Percentual de inconsistências em relação ao total de profissionais
Araquari	Aci Ferreira de Oliveira	49	7	14,29%
	Itapocu	13	11	84,62%
Canoinhas	Campo da Água Verde	32	1	3,13%
	COHAB I	14	6	42,86%
Florianópolis	Rio Vermelho	41	1	2,44%
	Costeira do Pirajubaé	36	2	5,56%
	Inglese	63	6	9,52%
	Canto da Lagoa	9	0	0
Joinville	Iriú	24	15	62,50%
	Willy Schossland	21	4	19,05%
	Morro do Meio	24	2	8,33%
	Nova Brasília*	-	-	-
<b>Total</b>		<b>326</b>	<b>55</b>	<b>16,87%</b>

**Fonte:** Consolidação checklist profissionais (PT 20).

\*Em Nova Brasília não foi aplicado o checklist.

Analisando um total de 326 profissionais, 55 desses encontram-se com seus registros desatualizados no CNES, o que representa aproximadamente 17% dos profissionais.

Ao entrevistar os Secretários dos municípios visitados sobre os procedimentos utilizados para verificar a confiabilidade dos dados encaminhados pelas UBS, 75% responderam que são realizados, enquanto que 25% informaram que não.

Com relação aos procedimentos utilizados para isto, o meio mais citado foi a conferência por servidora da própria secretaria (50%), seguida da informação de que é a própria SMS que alimenta os dados e encaminha para o MS (25%).

No município de Florianópolis é feita a exploração das bases de dados para averiguar se o preenchimento é coerente. Foi ressaltada a informação de que é necessária a orientação dos profissionais quanto à importância do seu preenchimento.

O que se verifica é que apesar de os Secretários informarem que utilizam procedimentos para verificar a confiabilidade dos dados alimentados pelas UBS, ainda persistem inconsistências quanto aos dados do CNES. Isto se deve à fragilidade destes procedimentos.

As inconsistências no CNES podem gerar a duplicidade de profissionais cadastrados, isto pode ocorrer em mais de uma equipe no mesmo município, ou em municípios diferentes, quando o profissional for ativado em outra equipe e não foi devidamente inativado na equipe de origem. Tal situação gera a suspensão da transferência do Incentivo Financeiro para a equipe do município que estiver com a data de ativação mais antiga do profissional no CNES.

Portanto, resta à **SMS de Florianópolis**:

- Proceder a atualização sistemática dos cadastros no CNES dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados, conforme estabelece o artigo 1º da Portaria SAS/MS nº 134, de 4 de abril de 2011.

Com o estabelecimento dessas medidas espera-se que o CNES permaneça atualizado, possibilitando uma maior fidedignidade dos dados alimentados e a extração de relatórios mais confiáveis.

### **Comentários do Gestor (fls.260-61)**

O gestor afirma como justificativa ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 005/2015 (item 2.4.1) que a defasagem na informação entre a ocorrência na Unidade de Saúde e a alteração no cadastro CNES é decorrente do *gap* entre o fluxo de informações e o seu processamento, a vigência das competências e a necessidade da SMS obedecer as normas do DATASUS. Desse modo, o gestor informa que o município cumpre integralmente com a legislação em vigor.

### **Análise dos comentários do Gestor**

Os argumentos trazidos pelo Gestor são pertinentes e justificam a reconsideração do achado apontado no relatório. Primeiro, porque realmente foram encontradas poucas inconsistências com relação ao cadastro dos 149 profissionais que atuam nas UBS visitadas, pois apenas 6% ou 9 registros apresentaram divergências, ou seja, um percentual bem inferior ao registrado nos demais municípios como 29% em Araquari, 17% em Joinville e 15% em Canoinhas.

Segundo, ao se reanalisar os cadastros nos quais houve divergência entre o *check list* e o cadastro no CNES, constatou-se que, 7 das 9 inconsistências são realmente decorrentes do tempo necessário entre a data da ocorrência do fato na UBS até o seu repasse ao setor responsável pelo cadastro, conforme informou o Gestor.

Todavia, constatou-se dois casos que não se enquadram nas situações descritas pelo Gestor, pois já atuavam há bastante tempo na UBS visitada e não foram incluídos no Cadastro, conforme observa-se a seguir:

**Tabela 13** - Inconsistências verificadas no CNES após Comentários do Gestor.

Nome	Situação UBS	Situação CNES	UBS	Mês ocorrência
Cristina Muller Malagoli	Atua	Não	UBS Ingleses	Atua desde 2011
Ingrid Pires Silva	Atua	Não	UBS Ingleses	Atua desde 2013

**Fonte:** Consolidação checklist profissionais (PT 20).

Isto posto, apesar de apresentar somente duas inconsistências, considera-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis tem cumprido com a sua competência de manter atualizado o cadastro no SCNES, conforme determinam a PNAB no item 3.4, XV e artigo 1º da Portaria nº 311/SAS/MS/2007. Todavia, é oportuno manter a **recomendação** até o final do monitoramento desta auditoria, para que seja possível acompanhar a continuidade do processo de trabalho adotado pela Secretaria, já que o CNES é um instrumento essencial para o gerenciamento e a gestão no direcionamento das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 3. CONCLUSÃO

Diante do exposto, a Diretoria de Atividades Especiais sugere ao Exmo. Sr. Relator:

Considerando que a auditoria operacional compreende o exame de funções, subfunções, programas, projetos, atividades, operações especiais, ações, áreas, processos, ciclos operacionais, serviços e sistemas governamentais com o objetivo de emitir comentários sobre o desempenho dos órgãos e

entidades da Administração Pública estadual e municipal, e sobre o resultado de projetos realizados pela iniciativa privada sob delegação, ou mediante contrato de gestão ou congêneres, bem como sobre o resultado das políticas, programas e projetos públicos, pautado em critérios de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, equidade, ética e proteção ao meio ambiente, além dos aspectos de legalidade (art. 1º da Resolução N. TC-79/2013);

Considerando os comentários do Gestor Público acerca das constatações apuradas durante a realização da auditoria, constantes às fls. 238-399;

Considerando que este Relatório será encaminhado ao Conselheiro Relator, ouvido o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas, para que seja proferida a decisão no Tribunal Pleno, contendo determinações e recomendações ao Gestor Público;

Considerando que o Tribunal Pleno poderá determinar ao responsável pela unidade auditada a apresentação de um Plano de Ação, estabelecendo prazos para o cumprimento das determinações e recomendações (art. 5º da Resolução N. TC-79/2013);

Considerando que o gestor deverá apresentar Plano de Ação, que será analisado por esta Diretoria e, se aprovado, terá a natureza de um compromisso acordado entre o Tribunal Pleno e o gestor responsável pelo órgão ou entidade, servindo de base para acompanhamento do cumprimento das determinações e a implementação das recomendações, autuado em processo específico de monitoramento (art. 9º, §2º da Resolução nº TC-079/2013);

A Diretoria de Atividades Especiais conclui, com fulcro nos artigos 59, inc. V e 113 da Constituição Estadual c/c artigo 1º, inc. V, da Lei Complementar (estadual) nº 202/00, sugerindo o seguinte:

**3.1.** Conhecer o relatório da auditoria operacional realizada na qualidade da prestação, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos serviços de atenção básica à saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, com abrangência ao ano de 2014.

**3.2** Conceder a Prefeitura Municipal de Florianópolis o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta Deliberação no Diário Oficial Eletrônico – DOTC-e, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução nº TCE-79/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas, **Plano de Ação** estabelecendo atividades, prazos e responsáveis, visando o cumprimento das determinações e a implantação das recomendações a seguir:

### **3.3 Determinações:**

**3.3.1** Proceder a atualização sistemática dos cadastros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados, conforme estabelece o artigo 1º da Portaria SAS/MS nº 134, de 4 de abril de 2011 (Item 2.4.1 do Relatório).

### **3.4 Recomendações:**

**3.4.1** Elaborar periodicamente o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, conforme preconiza o Item 4.1 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (item 2.1.1 do Relatório);

**3.4.2** Ofertar cursos de formação e capacitação continuada aos gestores e profissionais da Atenção Básica com vistas a contemplar as suas necessidades, previstas no Diagnóstico e levantamento, de forma a estimular e viabilizar a educação permanente, de acordo com o Item 3.1, inciso VI da Política Nacional de Atenção Básica (item 2.1.2 do Relatório);

**3.4.3** Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, conforme determina item 3.4, X da PNAB (item 2.1.3 do Relatório);

**3.4.4** Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, conforme determina o item 3.4, inciso XI da PNAB (item 2.1.3 do Relatório);

**3.4.5** Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS, de acordo com o item 4.4, inciso III, da PNAB (item 2.1.4 do Relatório);

**3.4.6** Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos servidores que atuam neste setor e às equipes de Atenção Básica (item 2.2.1 do Relatório);

**3.4.7** Dotar a secretaria com pessoal capacitado e suficiente, com base em critérios de dimensionamento pré-definidos, para o desenvolvimento das ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (Item 2.2.1 do Relatório);

**3.4.8** Adequar a estrutura organizacional da secretaria, contemplando a atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (item 2.2.1 do Relatório);

**3.4.9** Adotar indicadores de insumos e processos para a avaliação da atenção básica (item 2.2.2 do Relatório);

**3.4.10** Publicar os Relatórios Quadrimestrais (RQDM) no site da Prefeitura ou da SMS, conforme inciso II do art. 3º da Lei 12.527/2011 (item 2.2.2 do Relatório);

**3.4.11** Elaborar diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades da Atenção Básica (item 2.2.3 do Relatório);

**3.4.12** Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico (item 2.2.3 do Relatório);

**3.4.13** Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da atenção básica, após discussão nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite (item 2.2.3 do Relatório);

**3.4.14** Desenvolver e implementar rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde e na fiscalização dos recursos, possibilitando a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do artigo 1º da Lei nº 8.142/90 (item 2.3.1 do Relatório);

**3.4.15** Adotar procedimentos de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde do seu município (item 2.3.2 do Relatório);

**3.4.16** Criar mecanismos que institucionalize o preenchimento/registro da contrarreferência (item 2.3.2 do Relatório);

**3.4.17** Estabelecer controles do tempo médio de retorno por encaminhamento, e também do percentual de encaminhamentos da atenção básica para a média e alta complexidade, através de indicadores específicos (item 2.3.2 do Relatório);

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 21 de julho de 2015.

MÁRCIA ROBERTA GRACIOSA  
Auditor Fiscal de Controle Externo

TRICIA MUNARI PEREIRA  
Auditor Fiscal de Controle Externo

CELIO MACIEL MACHADO  
Auditor Fiscal de Controle Externo

ROSEMARI MACHADO  
Auditor Fiscal de Controle Externo

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração do Exmo. Sr. Relator Adircélio de Moraes Ferreira Júnior, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

ROBERTO SILVEIRA FLEISCHMANN  
Diretor

## **APÊNDICE 1 – MODELO DE PLANO DE AÇÃO**

<b>Órgão:</b>	
<b>Decisão n.</b>	<b>Processo:</b>

**ORIENTAÇÕES:**

1. Art. 6º da Resolução nº TC 79/2013 - Plano de Ação é o documento elaborado pela unidade auditada que contemple as ações que serão adotadas para o cumprimento das determinações e implementação das recomendações, que indique os responsáveis e estabeleça os prazos para realização de cada ação.
2. A informação que deve ser colocada na coluna “medidas a serem adotadas” deve ser uma medida adotada entre a execução da auditoria e a apresentação do plano de ação que tenha cumprido a determinação ou que venha a ser adotada a partir da apresentação deste plano.  
O prazo de implementação deve ser uma data final, por exemplo: até 31/03/2014.
3. Na coluna “responsável” deve ser colocado o nome, o setor, o telefone e/ou e-mail de contato.
4. A citação aos anexos deve ficar na coluna “medida a ser adotada”.
5. O Plano de Ação deve ser encaminhado ao TCE preenchido, no prazo fixado na Decisão, por meio de ofício assinado pelo responsável do Órgão/Entidade.

DETERMINAÇÃO	MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)	PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
(Transcrever o item da decisão)	.		
RECOMENDAÇÃO	MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)	PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
(Transcrever o item da decisão)			

**Responsável pelo preenchimento do Plano de Ação:**

<b>Cargo:</b>	<b>Data:</b>
<b>Assinatura:</b>	

1. Processo n.: RLA-15/00146860
2. Assunto: Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizada em 2014
3. Responsáveis: César Souza Júnior e Carlos Daniel Magalhães da Silva Moutinho Júnior
4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Florianópolis
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0452/2016

O TRIBUNAL PLENO, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro no art. 59 c/c o art. 113 da Constituição do Estado e no art. 1º da Lei Complementar n. 202/2000, decide:

6.1. Conhecer do relatório da auditoria operacional realizada na qualidade da prestação, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos serviços de atenção básica à saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, com abrangência ao exercício de 2014.

6.2. Conceder à Prefeitura Municipal de Florianópolis o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta deliberação no Diário Oficial Eletrônico do TCE – DOTC-e -, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução n. TC-79/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas Plano de Ação estabelecendo atividades, prazos e responsáveis visando ao cumprimento da determinação e à implantação das recomendações a seguir:

6.2.1. Determinação:

6.2.1.1. Proceder à atualização sistemática dos cadastros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados, conforme estabelece o art. 1º da Portaria SAS/MS n. 134, de 4 de abril de 2011 (item 2.4.1 do Relatório de Instrução DAE n. 012/2015).

6.2.2. Recomendações:

6.2.2.1. Elaborar periodicamente o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, conforme preconiza o Item 4.1 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - item 2.1.1 do Relatório DAE;

6.2.2.2. Ofertar cursos de formação e capacitação continuada aos gestores e profissionais da Atenção Básica com vistas a contemplar as suas necessidades, previstas no Diagnóstico e levantamento, de forma a estimular e viabilizar a educação permanente, de acordo com o item 3.1, VI, da Política Nacional de Atenção Básica (item 2.1.2 do Relatório DAE);

6.2.2.3. Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, conforme determina item 3.4, X, da PNAB (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.4. Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, conforme determina o item 3.4, XI, da PNAB (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.5. Elaborar diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS, de acordo com o item 4.4, III, da PNAB (item 2.1.4 do Relatório DAE);

6.2.2.6. Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos servidores que atuam neste setor e às equipes de Atenção Básica (item 2.2.1 do Relatório DAE);

6.2.2.7. Dotar a Secretaria com pessoal capacitado e suficiente, com base em critérios de dimensionamento predefinidos, para o desenvolvimento das ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (item 2.2.1 do Relatório DAE);

6.2.2.8. Adequar a estrutura organizacional da Secretaria, contemplando a atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (item 2.2.1 do Relatório DAE);

6.2.2.9. Adotar indicadores de insumos e processos para a avaliação da atenção básica (item 2.2.2 do Relatório DAE);

6.2.2.10. Publicar os Relatórios Quadrimestrais (RQDM) no site da Prefeitura ou da SMS, conforme inciso II do art. 3º da Lei 12.527/2011 (item 2.2.2 do Relatório DAE);

6.2.2.11. Elaborar diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades da Atenção Básica (item 2.2.3 do Relatório DAE);

6.2.2.12. Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico (item 2.2.3 do Relatório DAE);

6.2.2.13. Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da atenção básica, após discussão nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite (item 2.2.3 do Relatório DAE);

6.2.2.14. Desenvolver e implementar rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde e na fiscalização dos recursos, possibilitando a sua

atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do art. 1º da Lei n. 8.142/90 (item 2.3.1 do Relatório DAE);

6.2.2.15. Adotar procedimentos de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde do seu município (item 2.3.2 do Relatório DAE);

6.2.2.16. Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/ registro da contrarreferência (item 2.3.2 do Relatório DAE);

6.2.2.17. Estabelecer controles do tempo médio de retorno por encaminhamento e, também, do percentual de encaminhamentos da atenção básica para a média e alta complexidade, através de indicadores específicos (item 2.3.2 do Relatório DAE).

6.3. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 012/2015, ao Sr. César Souza Júnior - Prefeito Municipal de Florianópolis e à Secretaria de Saúde desta Capital.

7. Ata n.: 43/2016

8. Data da Sessão: 04/07/2016 - Ordinária

9. Especificação do quorum:

9.1. Conselheiros presentes: Luiz Roberto Herbst (Presidente), Adircélio de Moraes Ferreira Júnior (Relator), Cesar Filomeno Fontes, Wilson Rogério Wan-Dall, Herneus de Nadal, Julio Garcia e Luiz Eduardo Cherem

10. Representante do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas: Cibelly Farias Caleffi

11. Auditores presentes: Gerson dos Santos Sicca, Cleber Muniz Gavi e Sabrina Nunes Iocken

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

Relator

Fui presente: CIBELLY FARIAS CALEFFI

Procuradora-Geral Adjunta do Ministério Público junto ao TCE/SC

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA GERAL – SEG

Processo n.: RLA 15/00146860 Decisão n. 0452/2016 2