

PROCESSO Nº:	RLA-15/00146606
UNIDADE GESTORA:	Prefeitura Municipal de Araquari
RESPONSÁVEL:	João Pedro Woitexem – Prefeito Municipal de Araquari; Deborah Patricia Schutel Mendes – Secretária Municipal de Saúde de Araquari.
INTERESSADO:	Jeferson Dias da Silva – ex-secretário Municipal de Saúde de Araquari.
ASSUNTO:	Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS)
RELATÓRIO DE INSTRUÇÃO:	DAE - 014/2015 - 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 Schossland em Joinville.

Para delimitar o escopo do trabalho, realizaram-se visitas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Araquari, ao Conselho

Municipal de Saúde de Araquari, às UBS Itapocu e Aci Ferreira de Oliveira em Araquari.

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 25/08/2014, com a apresentação do Ofício TCE/DAE nº 14.164/2014 (fl. 06) de requisição de documentos ao Prefeito Municipal de Araquari e findou em 07/04/2015, com a conclusão do Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (fls. 176-243).

Em cumprimento ao despacho do Relator do Processo (fl. 243), foram citados em audiência para se manifestarem quanto aos resultados da auditoria operacional, o Sr. João Pedro Woitexem, Prefeito Municipal de Araquari, por meio do Ofício nº 6.186/15 (fl. 244), de 30/04/2015, com recebimento do AR em 07/05/15, e o Sr. Jeferson Dias da Silva, Secretário Municipal de Saúde de Araquari, por meio do Ofício nº 6.187/15 (fl. 245), de 30/04/2015, com o recebimento do AR em 07/05/15.

O Sr. Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde de Araquari, protocolaram conjuntamente suas razões de justificativa em 18/06/2015, sob nº 009971/2015 (fls. 248-66). A peça apresentada, tanto no início do item II – No Mérito, quanto no item III – Requerimento Final, solicita o afastamento da imputação das responsabilidades descritas no relatório de auditoria e o arquivamento do processo RLA 15/00146606. Contudo, por se tratar de uma auditoria operacional, não há responsabilização neste momento. Essa auditoria visa avaliar um determinado serviço público e solicitar que o gestor apresente um plano de ação para o aprimoramento da atividade, na qual o responsável indicará qual ação corretiva será realizada, o prazo e o responsável pela sua execução. Ainda será determinado que o gestor apresente relatórios periódicos de acompanhamento das ações. Nesse sentido, a responsabilização acontece ao final, no processo de monitoramento, se o gestor público não realizar aquele

compromisso firmado com o TCE/SC ou as informações prestadas nos relatórios de acompanhamento não refletem a realidade verificada *in loco*.

Sendo assim, as justificativas apresentadas pelo gestor foram analisadas frente ao apontamento do relatório de auditoria, sanando apenas aquelas que não reste mais obrigação futura. As demais, cabe ao relator do processo, se corroborar com a conclusão, proferir as determinações, quando a obrigação de fazer for decorrente de lei, ou recomendações, nos termos do art. 5º da Resolução nº TC 79/2013. Ato contínuo, o gestor apresentará o plano de ação, que será levado ao Plenário do Tribunal do Contas para aprovação, com a apresentação de relatórios de acompanhamento pelo gestor e, pelo menos, dois processos de monitoramento para verificar se as determinações e recomendações foram atendidas.

1.1 Visão Geral do Auditado

A Secretaria Municipal de Saúde de Araquari tem suas competências definidas no art. 8º 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.

É de responsabilidade da SMS cuidar da saúde e da assistência pública da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência, além de coordenar a política de saúde no âmbito municipal, em observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Compete ainda ao Município organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, o que inclui os serviços de atenção básica à saúde, o que pressupõe a articulação com os órgãos e entidades de saúde Estadual e Federal, visando o atendimento dos serviços de assistência médico-social e de defesa comunitária do Município.

Para esta auditoria analisou-se a SMS de Araquari, 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.¹

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 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 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

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 SWOT², Diagrama de Verificação de Riscos (DVR), Análise Stakeholder³ e Diagrama de Ishikawa⁴ 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

² 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).

³ 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.

⁴ 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.

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 (IDSUS⁵), 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 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
Iririu	Joinville	1 eSF
Aci Ferreira de Oliveira	Araquari	Mais de 2 eSF
Ingleses	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,

⁵ 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.

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 se consolidaram os achados de gestão de pessoas, monitoramento e avaliação e planejamento.

O Relatório de Instrução foi elaborado com os dados comparativos dos quatro 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
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
Total		1.376.000.657,88	1.051.499.570,78	1.190.074.797,91	3.617.575.026,57

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.

A inexistência de tal diagnóstico no município de Araquari se relaciona à falta de um Plano de Educação Permanente em Saúde.

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
JOINVILLE	Iriú		3	1	4
	Morro do Meio	4			4
	Nova Brasília	3		1	4
	Willy Schosslund	4			4
TOTAL		16	6	25	47
PERCENTUAL		34%	13%	53%	100%

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

O município de Araquari, em resposta ao Ofício TCE/DAE 14.164/2014 (fls. 13-36), informou que “nas reuniões de planejamento da Secretaria da Saúde com profissionais da atenção básica, são elencadas as necessidades de cada unidade, as quais são contempladas com cursos disponibilizados pela SES, SMS, EFOS”, embora não tenha encaminhado documentos comprobatórios conforme solicitado.

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 Araquari (fls. 48-92).

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 Araquari**:

- 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;
- Elaborar o Plano de Educação Permanente;

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 dos Gestores

Os gestores remeteram o levantamento de necessidades de aperfeiçoamento que estão programados para 2015 (fl. 249), anexo 1 (fl. 262), como justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.1.1), nos seguintes termos:

Curso	Público Alvo	Nº. Participantes
Capacitação em Humanização Atendimento	Profissionais da SMS em geral	80 funcionários
Capacitação em Trabalho em equipe	Profissionais da SMS em geral	80 funcionários
Capacitação em Saúde Mental	Profissionais do CAPS e AB	46 funcionários
Capacitação em Acolhimento	Profissionais da SMS em geral	80 funcionários
Atualização em Sala de vacina	Profissionais da Atenção Básica	28 funcionários
Atualização em Coleta do teste do pezinho	Profissionais da SMS em geral	80 funcionários
Capacitação em Vigilância Epidemiológica/ Notificações	Profissionais da Atenção Básica	28 funcionários
Capacitação em Esterilização	Profissionais da Atenção Básica	28 funcionários
Capacitação em Agendamento SISREG	Coordenadores/Agentes Administrativos	16 funcionários
Capacitação em Protocolo de Exames	Médicos/ Enfermeiros	18 funcionários
Capacitação em Relacionamento Interpessoal	Funcionários da SMS em Geral	80 funcionários
Capacitação em Desinfecção e manuseio de lixo contaminado	Serventes	25 funcionários

Fonte: Prefeitura Municipal de Araquari - Anexo 1 – (fl. 262).

Análise dos comentários dos Gestores

A remessa das capacitações que estão programados para o exercício de 2015 e o quantitativo de participantes é importante para o cumprimento das recomendações que estão sendo sugeridas. Contudo, os documentos apresentados não são suficientes para demonstrar que a unidade elabora periodicamente o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica. Também não foi encaminhado nenhum documento com relação ao Plano de Educação Permanente.

Ressalta-se que o planejamento da formação e da educação permanente dos trabalhadores em saúde é de responsabilidade comum ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, conforme determina o artigo 21 da Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Da mesma forma, um procedimento formal para o diagnóstico das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde é importante na medida em que impacta no alinhamento entre as capacitações ofertadas e as reais necessidades destes profissionais, conforme preceitua a Política Nacional de Atenção Básica.

Nesse sentido, é importante permanecer as **duas recomendações** inicialmente propostas, para que seja possível o monitoramento da execução do diagnóstico das necessidades de capacitação e do Plano de Educação Permanente.

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:

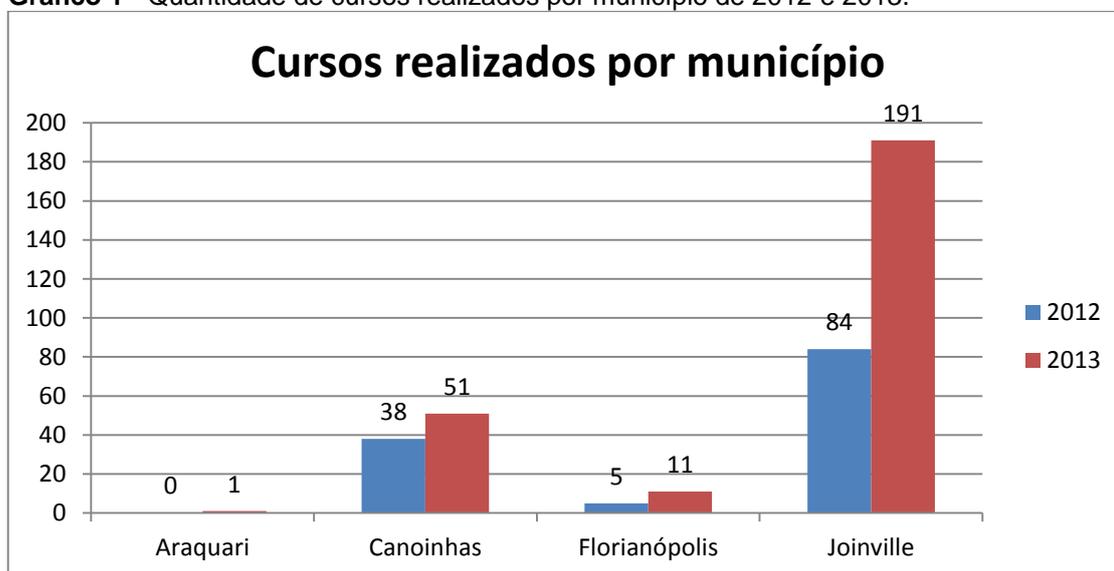
Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento (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 dos municípios de Araquari e 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. 123-51) 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 Araquari, 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
Joinville	908	84	191	0,0925	0,2104

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

Percebe-se que o município que obteve o maior índice foi o de Canoinhas, chegando a aproximadamente 0,5 cursos por profissional no ano de 2013.

Araquari apresentou índice baixo por quase não ofertar cursos de capacitação aos seus profissionais.

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. 159-66).

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 Araquari**:

- 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 dos Gestores

Os gestores remeteram relação dos cursos ofertados em 2014 e 2015 (Anexo 2 – fl. 263) para os profissionais da Atenção Básica, Coordenadores e integrantes da Secretaria de Saúde do município de Araquari, esclarecendo que tais temas foram sugeridos pelos próprios profissionais (fls. 249-50).

Os cursos foram ofertados pela própria SMS, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Estas foram as justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.1.2).

EDUCAÇÃO PERMANENTE- CURSOS OFERTADOS EM 2014/2015				
Curso	Público Alvo	Período	Duração	Nº. Participantes
Oficina Sensibilização Saúde do Trabalhador – CEREST	Funcionários da SMS em geral	05/09/2014	8 horas	11 funcionários
Oficina de Capacitação em Sala de Vacina (Dtpa) em gestantes	Técnicos e Enfermeiros	23/10/2014	4 horas	13 funcionários
Curso Cuidar de quem cuida	Funcionários da Secretaria em geral (Unidades de Saúde, SMS, Pronto Atendimento)	03/10 à 24/10/2014	30 horas	24 funcionários
Capacitação no tema Amamentação	Agentes Comunitários de Saúde	21/02/2014	4 horas	27 funcionários
Capacitação no tema Importância do Cuidado na Administração de Medicamentos	Agentes Comunitários	21/03/2014	4 horas	25 funcionários
Capacitação em técnicas para Visita Domiciliar	Agentes Comunitários	23/05/2014	4 horas	22 funcionários
Capacitação em Saúde Mental	Agentes Comunitários	27/06/2015	4 horas	22 funcionários
Capacitação em Tuberculose e Hanseníase	Agentes Comunitários	25/07/2014	4 horas	22 funcionários
Capacitação em Saúde do Homem e Saúde da Mulher	Agentes Comunitários	22/08/2014	4 horas	22 funcionários
Curso Caminhos do Cuidado	Profissionais da Atenção Básica	02/09/2014 à 30/04/2015	40 horas	34 funcionários
Capacitação em Violência Domestica	Agentes Comunitários	25/07/2014	4 horas	22 funcionários
Capacitação em Doenças Infectocontagiosas (DST/HIV/AIDS)	Agentes Comunitários	24/10/2014	4 horas	20 funcionários
Oficina Rede Cegonha	Agentes Comunitários	27/11/2014	4 horas	20 funcionários
Capacitação em Sistema E-SUS	Funcionários da Atenção Básica	27/02/2015	4 horas	27 funcionários

EDUCAÇÃO PERMANENTE- CURSOS OFERTADOS EM 2014/2015				
Curso	Público Alvo	Período	Duração	Nº. Participantes
Capacitação em Métodos Contraceptivos	Agentes Comunitários	20/03/2015	4 horas	22 funcionários
Capacitação em Hipertensão Arterial	Agentes Comunitários	29/05/2015	4 horas	20 funcionários
Pós-Graduação em Gestão de Micropolítica de Saúde (Universidade Fluminense parceria com Cosems SC)	Secretária de Saúde	Ago/2014 a set/2015	480 horas	1 funcionário
Pós-Graduação em Saúde da Família (Telessaúde)	Enfermeiros/Médicos	Abr/2014 ^a Nov/2014	180 horas	5 funcionários
Capacitação em Acolhimento com Classificação de Risco	Coordenadora Atenção Básica	Abr/2015	40 horas	1 funcionária
Capacitação em feridas e curativos especiais	Profissionais da Enfermagem	2014/2015	10 horas	28 funcionários

Fonte: Prefeitura Municipal de Araquari - Anexo 2 – (fl. 263).

Análise dos comentários dos Gestores

A remessa das capacitações que foram realizadas ou que estão em andamento, nos exercícios de 2014 e 2015, com o quantitativo de horas e funcionários é o que se espera de uma administração comprometida com a boa prestação serviços públicos ao cidadão.

Todavia, para que seja possível planejar cursos de formação ou capacitação de forma a atender os profissionais da saúde, em relação ao quantitativo suficiente de cursos para o seu aperfeiçoamento em Atenção Básica, é necessário dispor de um plano de educação permanente, com base em um diagnóstico das necessidades de seus profissionais.

Sendo assim, permanece a necessidade de realizar a **recomendação** proposta inicialmente, para que seja possível avaliar em futuro monitoramento, se haverá uma melhora significativa no quantitativo de cursos ofertados aos profissionais da Atenção Básica do Município de Araquari, assim como se estarão de acordo com o diagnóstico e levantamento das suas necessidades.

2.1.3 Ausência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários que atenda os profissionais da Atenção Básica dos Municípios, contrariando o art. 39, caput, da Constituição Federal/88, Portaria GM/MS nº 1.318/2007, e, Portaria nº 2.488/2011, item 3.4, inciso XII.

O Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS consiste em um conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições,

constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal (Portaria GM/MS nº 1.318/2007, item 1.6, “f”).

A obrigatoriedade do PCCS está inserida no art. 39, caput, da Constituição Federal/88. Já a Lei Federal nº 8.080/90, art. 15, dispõe que a competência na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde é da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Aliada a esta determinação, a Lei Federal nº 8.142/90 previu em seu art. 4º, que os Municípios somente poderiam receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) se contassem, dentre outras exigências, com uma Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Neste sentido, o Conselho Nacional de Saúde aprovou em outubro de 1991, por meio da Resolução nº 12, o documento “Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários” para os Estados, Municípios e Distrito Federal e que se constituía em uma proposta de parâmetros e diretrizes condicionadas a autonomia existente entre os três níveis de Governo (União, Estados e Municípios), devendo ser adaptada às realidades regionais, estaduais e locais. Entretanto, somente em 08/04/2004, por meio da Portaria nº 626/GM, o Ministério da Saúde constituiu Comissão Especial para propor as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS no âmbito do SUS. O documento resultante dos trabalhos foi aprovado pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Comissão Intergestores Tripartite e referendado pelo Conselho Nacional de Saúde em 09/11/2006, sendo transformado em Protocolo nº 06/2006.

Todavia, considerando as dificuldades encontradas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a elaboração dos PCCS, o Ministério da Saúde publicou em junho/2007 a Portaria GM/MS nº 1.318, contendo as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, no âmbito do SUS, respeitando a legislação de cada ente. Destaca-se que tais diretrizes foram concebidas de maneira a oferecer ao trabalhador do SUS:

- carreiras unificadas que permitam a elaboração de planos com estruturas semelhantes em todos os órgãos que compõem o sistema;
- identidade profissional, incentivando a construção/ consolidação de uma cultura própria dos trabalhadores do SUS;
- perspectivas de desenvolvimento na carreira, com uma política de ingresso, evolução e avaliação de desempenho;
- avaliação de

desempenho profissional e institucional, compatibilizando desenvolvimento profissional e desempenho organizacional; • gestão democrática, compartilhada entre gestores e trabalhadores, o que proporcionará maior democratização das relações de trabalho⁶.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, aprovada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.488/2011, veio estabelecer no item 3.4, inciso XII que é da competência das Secretarias Municipais de Saúde a programação das ações da atenção básica a partir de sua base territorial, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando para isso, instrumento de programação nacional ou correspondente local.

Isto posto, utilizou-se na presente análise, as informações constantes dos documentos encaminhados pelos municípios de Florianópolis, Araquari, Canoinhas e Joinville em resposta aos Ofícios TCE/DAE nº 9.657/2014, 14.164/2014 (fls. 13-36), 14.165/2014 e 14.166/2014, respectivamente, bem como, entrevistas “in loco” realizadas com os Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde das UBS visitadas. Também foi utilizado o questionário eletrônico aplicado pelo Tribunal de Contas da União – TCU aos Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina (fls. 48-92).

Com relação ao questionamento sobre a existência de instrumentos/fatores que visam à promoção da alocação e permanência dos profissionais da Atenção Básica, constante do questionário eletrônico aplicado pelo TCU, 41% dos gestores informaram não dispor de tais instrumentos, enquanto 59% afirmaram que sim. Dos gestores municipais que informaram dispor de tais instrumentos, 57% relataram adotar o plano de cargos, carreiras e salários; 93% asseguraram que o ingresso de pessoal se dá por concurso público; 21% dispõem de previsão de incentivos por produtividade, e 80% informaram que mantém boas condições de trabalho nas UBS como infraestrutura, recursos humanos, etc.

Dito isto, buscou-se apurar na análise da documentação encaminhada pelos municípios auditados (fls. 13-36), se estes adotavam um Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS (PT 16).

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Com relação ao município de Araquari, este informou que o PCCS está em fase de implantação com expectativa de vigência a partir de 2015, contudo não encaminhou a lei.

Conclui-se, portanto, que o município de Araquari não possui um Plano de Carreira, Cargos e Salários instituído que atenda seus profissionais da Atenção Básica. Ressalta-se que a implantação de um PCCS se constitui em um instrumento de gestão imprescindível à constituição de uma força de trabalho qualificada para a efetiva implantação do SUS. Ademais garante a valorização dos trabalhadores por meio da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação como forma de melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Portanto resta à **SMS** de **Araquari** desenvolver ações que promovam a permanência dos profissionais na Atenção Básica, a exemplo:

- Apresentar Projeto de Lei ao Poder Legislativo Municipal com previsão de implantação de Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS que atenda os profissionais da Atenção Básica dos respectivos municípios de acordo com o disposto na Constituição Federal/88, art. 39, caput; Portaria GM/MS nº 1.318/2007; e, Portaria nº 2.488/2011, item 3.4, inciso XII.

Com isso, espera-se o fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com os usuários, permitindo o desenvolvimento de um trabalho contínuo e resolutivo, além da melhoria nas condições de trabalho dos profissionais que atuam Atenção Básica.

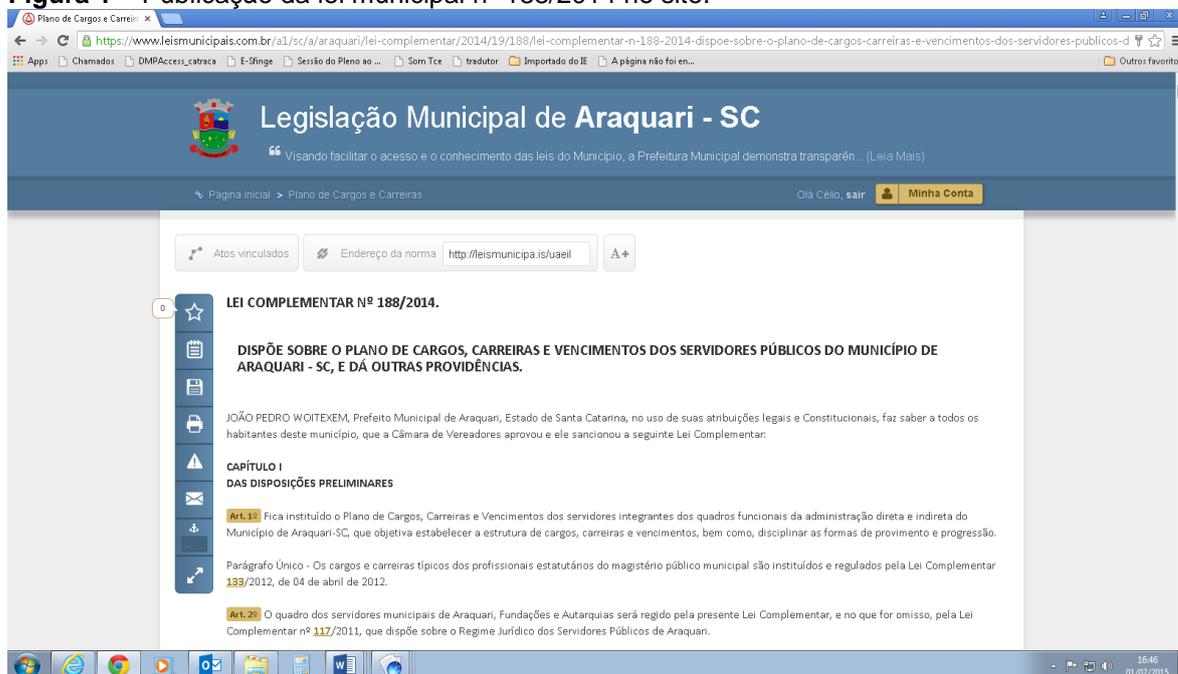
Comentários dos Gestores

Os gestores informaram que a prefeitura aprovou através da Lei municipal nº188/2015, publicada em 02/02/2015, a implantação do Plano de Cargos e Salários para todos os funcionários da Prefeitura Municipal de Araquari (Lei constante no site: www.araquari.sc.gov.br/serviços/legislação (fl. 250), como justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.1.4).

Análise dos comentários dos Gestores

Em pesquisa ao sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Araquari acessou-se a Lei Complementar municipal nº 188/2014, sancionada em 16 de dezembro de 2014, pelo Prefeito Municipal de Araquari, publicada em 02/02/2015, que trata do plano de cargos, carreiras e vencimentos dos servidores públicos do município de Araquari, e dá outras providências. Neste Plano de Carreira, constam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionista, terapeuta ocupacional, técnicos em enfermagem, auxiliar de saúde bucal, todos profissionais da Atenção Básica, segue a publicação da lei no site.

Figura 1 – Publicação da lei municipal nº 188/2014 no site.



Fonte: <https://www.leismunicipais.com.br/a1/sc/a/araquari/lei-complementar/2014/19/188/lei-complementar-n-188-2014-dispoe-sobre-o-plano-de-cargos-carreiras-e-vencimentos-dos-servidores-publicos-do-municipio-de-araquari-sc-e-da-outras-providencias>

A implantação do Plano de Carreira iniciou em maio de 2015, conforme previsto no art. 44 da Lei Complementar Municipal nº188/2014. Desta forma, **não persiste** mais o apontado na auditoria operacional.

2.1.4 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 iatrogenia⁷ 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 Starfield⁸, 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 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

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

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

facilita o reconhecimento de determinadas necessidades, como os serviços preventivos.

Contudo, para que a continuidade do cuidado/vínculo longitudinal⁹ 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 – ESF¹⁰ (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 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

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.

Dito isto, constatou-se em **Araquari** a ausência de incentivos à produtividade e valorização profissional, destacando que o município não detém um PCCS para os profissionais da Atenção Básica.

Conclui-se, portanto, que o município de **Araquari** não possui incentivo à produtividade e valorização profissional. Ressalta-se que tais incentivos deverão integrar o PCCS nos respectivos municípios. Ademais garante a valorização dos trabalhadores por meio da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional em carreiras que associem a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação como forma de melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Portanto resta à **SMS** de **Araquari**, desenvolver ações que promovam a permanência dos profissionais na Atenção Básica, a exemplo:

- Incluir no Plano de Carreira, Cargos e Salários, incentivos à produtividade e valorização dos profissionais da Atenção Básica, conforme disciplina a Portaria GM/MS nº 1.318/2007.

Com isso, espera-se o fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com os usuários, permitindo o desenvolvimento de um trabalho contínuo e resolutivo, além da melhoria nas condições de trabalho dos profissionais que atuam Atenção Básica.

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:

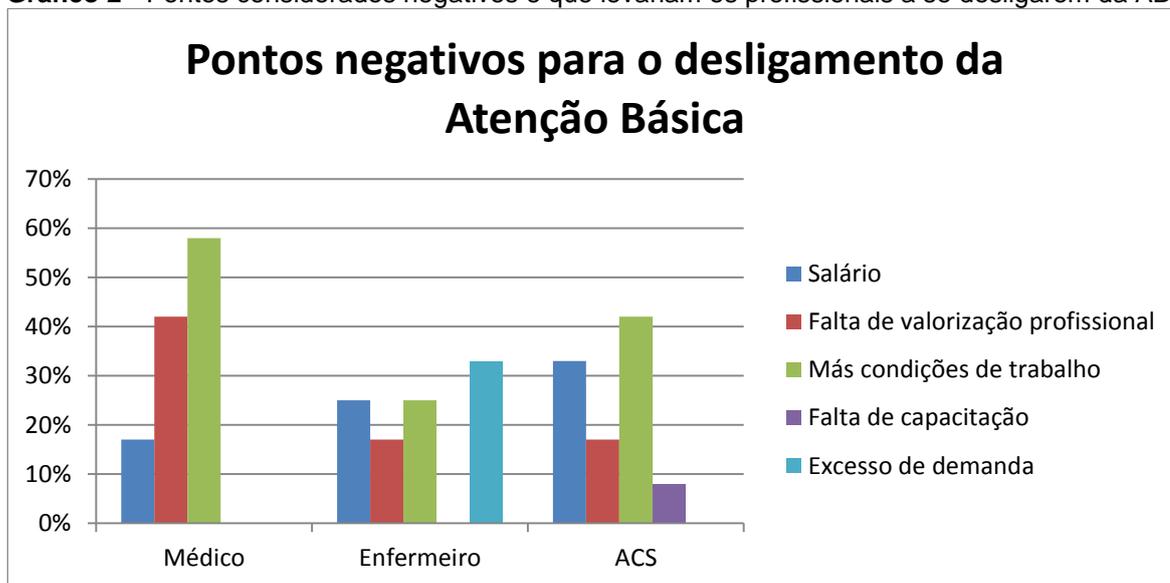
X – Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações

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.

No município de **Araquari** os profissionais da Atenção Básica apontaram que a quantidade atual de computadores não é suficiente, fato que prejudica o desempenho de suas atividades (PT 19).

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

- Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das 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 dos Gestores

Os gestores informaram que a prefeitura de Araquari publicou Edital de Concurso público nº 001/2014, em 28/07/2014, com o intuito de suprir a necessidade de contratação de profissionais, bem como, a permanência dos mesmos na Atenção Básica uma vez que sua contratação é de caráter efetivo (fl. 250), ainda, remeteu fotos das Unidades Básicas Itapocu e Aci Ferreira de Oliveira (fls. 264-6), isso tudo, como justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.1.5).

Análise dos comentários dos Gestores

A Lei Complementar Municipal nº188/2014, que trata do plano de cargos, carreiras e vencimentos dos servidores públicos do município de Araquari, iniciou sua vigência em maio de 2015, e estipula promoções horizontal (arts. 22 a 25) e verticais (arts. 26 a 28), como uma forma de valorização de todos os servidores, incluídos os profissionais da Atenção Básica.

Desta forma, considera-se **sanada a recomendação** quanto às ações que promovam a permanência dos profissionais na Atenção Básica, com a inclusão no Plano de Carreira, Cargos e Salários, incentivos à produtividade e valorização dos profissionais da Atenção Básica, conforme disciplina a Portaria GM/MS nº 1.318/2007.

No que se refere à garantia de estrutura física necessária ao bom funcionamento das UBS, assim como de recursos materiais/insumos suficientes para o desempenho das suas atividades no Município, a manifestação dos

gestores limita-se a demonstrar melhorias nas Unidades básicas de saúde visitadas. Todavia, as recomendações têm como o objetivo a proposição de medidas que devam abranger as demais UBS de Araquari. .

Nesse sentido, sugere-se a permanência das **recomendações** feitas anteriormente, quanto às melhorias das condições de trabalho, tanto quanto às estruturas físicas, quanto às necessidades de equipamentos/materiais das UBS.

2.1.5 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 Araquari informou (PT 11) em resposta ao Ofício TCE/DAE nº 14.164/2014 (fls. 13-36) que o mesmo 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. 48-92).

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. 171-2).

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	13
Médico	1	6	2	1	2	0	12
Enfermeiro	3	4	1	2	2	0	12
ACS	0	4	2	6	4	7	23
Total	6	21	6	10	8	9	60
Percentual	10%	35%	10%	17%	13%	15%	100%

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.

Quanto à cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, que representa as UBS que adotam a ESF, o município de Araquari apresentou valores abaixo de 100%, ou seja, possuem UBS que não fazem parte da Estratégia. O cálculo da cobertura da ESF foi efetuado conforme a fórmula a seguir:

$$\text{Percentual de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família} = \frac{\text{Total de equipes de Saúde da Família} \times 4000}{\text{População total do município} \times 100}$$

No município de Araquari, dentre as nove UBS existentes, apenas cinco possuem a Estratégia Saúde da Família, representando 56% das UBS. Em face da população do município ser pequena (30.461 habitantes, segundo dados da SMS), as equipes de Saúde da Família representam um número suficiente para cobrir a população, quando utilizada a média estabelecida pela PNAB. Portanto, não são todas as UBS que adotam a Estratégia, mas a cobertura populacional pela ESF no município é superior a 100%, devido ao número de equipes existentes.

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 Araquari.

Para chegar a essa conclusão, 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 5 - Carência de ACS em Araquari.

UBS	População Coberta	ACS		
		Atual	Ideal	Carência
UBS Nicanor Corrente - Itinga I	8000	8	10	2
UBS Geny Westrupp Kuhnen - Itinga II	8000	9	10	1
*UBS Rainha	2680	2	3	1
UBS Itapocu	2798	0	3	3
TOTAL				7

Fonte: TCE/SC.

*UBS que não possuem a Estratégia Saúde da Família.

Além da carência de ACS, observou-se 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 6 - 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 86% em Araquari.

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.

À SMS de **Araquari**:

- 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 dessas medidas, 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 dos Gestores

Os gestores informaram que a Secretaria Municipal da Saúde em conjunto com a Prefeitura Municipal promoveu no final do mês de abril, levantamento das necessidades de alocação de profissionais nas UBS. Posteriormente, em maio de 2015, promoveu a abertura de vagas para lotação dos profissionais efetivos aprovados em concurso público, bem como o provimento das vagas remanescentes, ocupando-as com profissionais contratados em regime temporário, até que haja suprimento através de concurso público (fl. 251), isso tudo, como justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.1.6).

Análise dos comentários dos Gestores

O Município de Araquari possui uma pequena cobertura de ESF, em torno de 56% das UBS contam com ESF, porém como sua população é pequena conseguem ter uma cobertura populacional acima de 100%.

Mesmo assim, foi diagnosticada a carência de agentes comunitários – ACS em algumas Unidades, enquanto em outras há mais agentes do que o necessário. Diante disso a recomendação sugerida foi no sentido de promover a alocação destes profissionais e suprir as UBS que estavam faltando ACS.

As informações prestadas pelos gestores de que foi realizado levantamento e alocação dos profissionais faltantes em cada UBS, por meio da

nomeação de servidores efetivos, aprovados em concurso público e contratados em regime temporário, são medidas que devem fazer parte de um processo contínuo a ser desenvolvido pelos municípios de forma a dotar o gestor público de informações a respeito do quantitativo, perfil e composição dos profissionais da AB.

Quanto a realocação dos Agentes Comunitários de Saúde, o Gestor não se manifestou que seria impossível a realocação, pois o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar, conforme Lei nº 11.350/2006, art. 6º inciso I (transcrito).

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:
I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

Apesar de não ser a defesa do Gestor, mas a correção do apontado pela a análise Técnica, desta forma a **recomendação não deve prosperar**.

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”.¹¹

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.

¹¹ 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).

No aspecto conceitual de monitoramento e avaliação (M&A) e suas diferenças, cita-se Santos¹², 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.

MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
Evidencia os objetivos do programa.	Analisa porque os resultados pretendidos foram ou não foram alcançados.
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: ¹³

No roteiro para reflexão e ação da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹⁴, 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.¹⁵ (grifo nosso)

¹² 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.

¹³ Ibid., p. 19.

¹⁴ 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.

¹⁵ Ibid., p. 11.

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 Araquari** tem na estrutura organizacional da SMS o Departamento de Atenção Básica, com a finalidade de monitorar indicadores e metas estabelecidas por sistema de saúde, conforme estabelecido na Lei (municipal) nº 145/2013, art. 29, letra “c”, inciso II. Para o monitoramento e avaliação conta com um servidor estatutário, outro celetista e um comissionado, sendo que os dois primeiros atuam na atenção básica e outro na SMS.

Estas informações foram encaminhadas por e-mail (gabinetsaude@bol.com.br) no dia 11/09/2014, em resposta ao ofício nº 14.164/2014, itens 2.1 a 2.3 (fls. 13-36).

No Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2010-13 (ainda não realizou o PMS 2014-17) e o RAG 2013, e os cursos realizados em 2013 e 2014 não apresentam capacitações para a equipe 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 Capacitação de Recursos (DP) e Gerência de Controle e Avaliação (GCA)	Não	Sim

Secretaria de Saúde – estadual e municipal	Efetivo	Comissionado e outros	Setores M&A	Norma de M&A	Desempenha outras funções
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.

A SMS de Araquari apresenta a norma de estrutura de M&A, mas não são específicas. Além disso, em nenhum desses órgãos possuem critérios de dimensionamento para definição da equipe de M&A da Atenção Básica (fls. 13-36).

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

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

Em entrevista com Secretário Municipal de Saúde de Araquari 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 Araquari disse que não há unidade específica M&A (Entrevista Questão 8 e 9 – PT 07.8_9). No que se refere à quantidade suficiente ou não de servidores, a SMS de Araquari respondeu que a equipe de M&A é insuficiente.

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.

Secretaria Municipal de Saúde	Forma de monitoramento e avaliação
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.

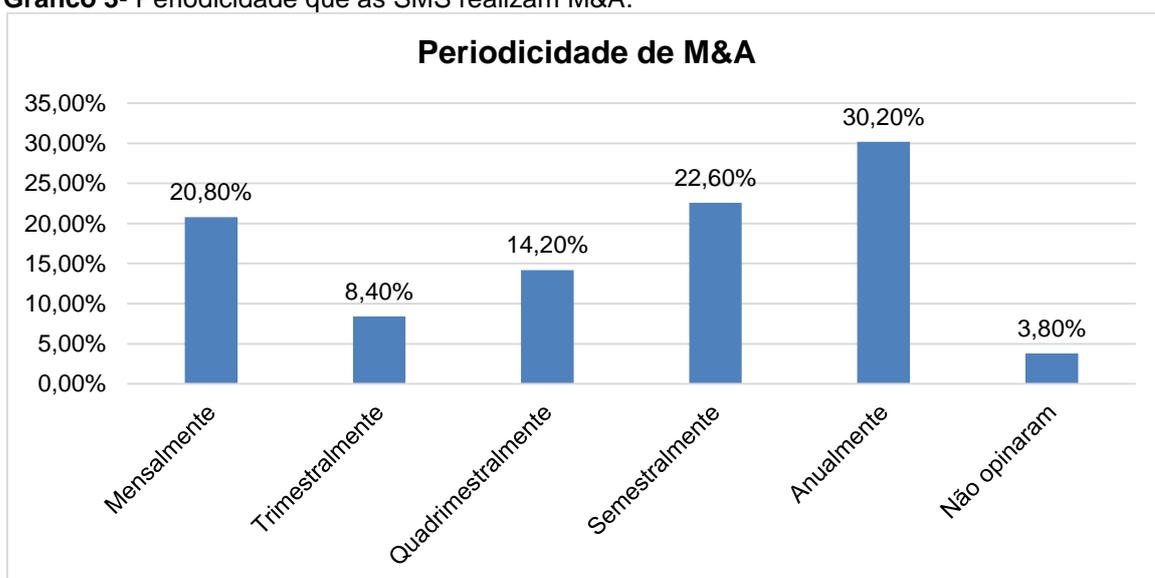
Na percepção dos gestores municipais (128), 40,6% apontam que a SMS não possui unidade específica ou pessoal responsável pelo monitoramento e avaliação dos indicadores da Atenção Básica, enquanto 59,4% dos municípios informaram contar com uma unidade ou pessoal (questão 21).

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. 93-106).

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. 123-51).

Apesar de a SMS de Araquari possuir norma que cria na sua estrutura organizacional o Departamento de Atenção Básica, com a finalidade de monitorar

indicadores e metas estabelecidas por sistema de saúde, ainda não é específica e voltada para M&A.

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. 93-106).

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).

Pelo exposto, resta à **Secretaria Municipal de Saúde de Araquari**:

- 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 dos Gestores

Os gestores informaram que a Secretaria Municipal de Saúde de Araquari criou em maio de 2015 uma Comissão Multidisciplinar composta de 2 médicos, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 odontólogo, 1 farmacêutico e 1 terapeuta ocupacional, para acompanhar e monitorar as metas e os indicadores alcançados pela Atenção Básica. Esta Comissão emitirá relatórios de avaliação quadrimestral para serem apresentados na Câmara de Vereadores e Conselho Municipal de Saúde (fl. 251), isso tudo, como justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.2.1).

Análise dos comentários dos Gestores

A criação de Comissão Multidisciplinar para acompanhar e monitorar as metas e os indicadores alcançados pela Atenção Básica é primordial para o cumprimento das recomendações sugeridas ao relator, contudo, os benefícios almejados com as três recomendações somente serão alcançados com a colocação em prática das medidas, o que será avaliado em futuro monitoramento por este Tribunal. Diante disso, mantém-se as **recomendações** sugeridas inicialmente.

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)¹⁶, 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 medidos 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 Januzzi¹⁷, 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 (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.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

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. 48-92) e gestores das secretarias de estado de desenvolvimento regionais (fls. 93-106); 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 7- 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).

Por meio de entrevista a Secretária de Estado da Saúde respondeu o seguinte (fls. 152-3):

- A SES afirma que utiliza no planejamento os indicadores de monitoramento e avaliação da AB para a implementação de recursos na AB (questão 6 – PT 17);
- A SES afirma que os resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica são divulgados página dela SES, também, na Revista Informativo AB em Santa Catarina, que é publicada semestralmente (questão 7 – PT 17);
- Existe procedimentos para verificação da confiabilidade dos dados encaminhados pelos municípios e se dá por meio do monitoramento do SIAB, SIHSUS, CIHA, SAI. A veracidade das informações se dá por meio de auditoria ou encontro de contas (questão 8 – PT 17).

Nas entrevistas com os gestores das secretarias municipais de saúde dos municípios de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville (fls. 154-8), 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:

- Todos os gestores municipais informaram que utilizam 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);
- Todos afirmaram que os resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica são divulgados. A frequência e a forma em que os dados são divulgados variam por município: em Araquari a frequência é anual no site da SES (questão 11 – PT 07.10_11_12);
- O município de Araquari afirma que existem procedimentos para verificação da confiabilidade dos dados encaminhados pelas UBS (questão 12 – PT 07.10_11_12).

O Município de Araquari, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), encaminhou os indicadores utilizados para avaliar e monitorar a qualidade nos serviços a atenção básica, Pacto e do COAP, dos exercícios de 2012 e 2013.

Salienta-se que a Secretaria não realizou o plano municipal para os exercícios de 2014-17 (2.5).

Quanto aos indicadores de gestão a SMS de Araquari não remeteu, pois indicou os mesmos indicadores de resultado dos exercícios de 2012 e 2013 (2.6).

Estas informações foram encaminhadas por e-mail gabinetesaude@bol.com.br do dia 11/09/2014 em resposta ao ofício nº 14.164/2014, itens 2.5 e 2.6 (fls. 13-36).

Resumindo, não foi identificado em Araquari nem instrumentos de planejamento, nem a relação dos indicadores com as ações de gestão da Atenção Básica.

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, apontados pelas Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regionais, pela SES e pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Neste sentido, ocorre a falta de capacitação dos gestores e equipes de M&A das Secretarias 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 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 à **Secretaria Municipal de Saúde de Araquari**:

- Adotar indicadores de insumos e processos para a avaliação da atenção básica.

Quanto à transparência, resta à **Secretaria Municipal de Saúde de Araquari**:

- Publicar os Relatórios Anual de Gestão (RAG) e o Quadrimestral (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 no monitoramento e avaliação das ações voltadas à Atenção Básica, bem como a transparência dos resultados gerados pelos indicadores da Atenção Básica. Essas medidas ajudam no conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da saúde básica dos Municípios, promovendo um 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 resulta na melhoria na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica aos usuários.

Comentários dos Gestores

Os gestores informaram que em reuniões com a equipe de coordenadores, gestores e profissionais ficou estipulado que os indicadores a serem mensurados para monitoramento da Atenção Básica devem ser os Indicadores constantes no SISPACTO (Sistema do Ministério da Saúde) utilizado pela grande maioria dos municípios e estados (fl. 252), isso tudo, como justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.2.2).

Análise dos comentários dos Gestores

Os Gestores informaram que os indicadores a serem mensurados para monitoramento da Atenção Básica devem ser os do SISPACTO. Os indicadores de insumos e processos devem ser articulados nas três esferas, para isso, foi recomendado ao Ministério da Saúde pelo TCU (item 9.1.8 dado Acordão nº

1714/2015 do processo TC nº 008.963/2014-2), ao Estado está consubstanciado no Relatório nº DAE - 024/2015 (Processo RLA-14/00675828) e para o Município neste Relatório. Os indicadores servem na utilização para o planejamento das ações em saúde, ainda, justifica-se para uma avaliação futura, por meio do monitoramento, a fim de verificar se ocorre a manutenção e aprimoramento constante dos indicadores, assim, mantém-se a recomendação sugerida inicialmente.

Quanto a publicação dos Relatórios Anual de Gestão (RAG) e o Quadrimestral (RQDM) no site da Prefeitura ou da SMS, conforme inciso II do art. 3º da Lei nº 12.527/2011, os Gestores não se manifestaram, mantendo-se a recomendação inicialmente proposta.

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 Araquari** respondeu que o levantamento/diagnóstico está em desenvolvimento, ou seja, ainda não tem, conforme sua informação por e-mail do dia 11/09/2014 - gabinetesaude@bol.com.br.

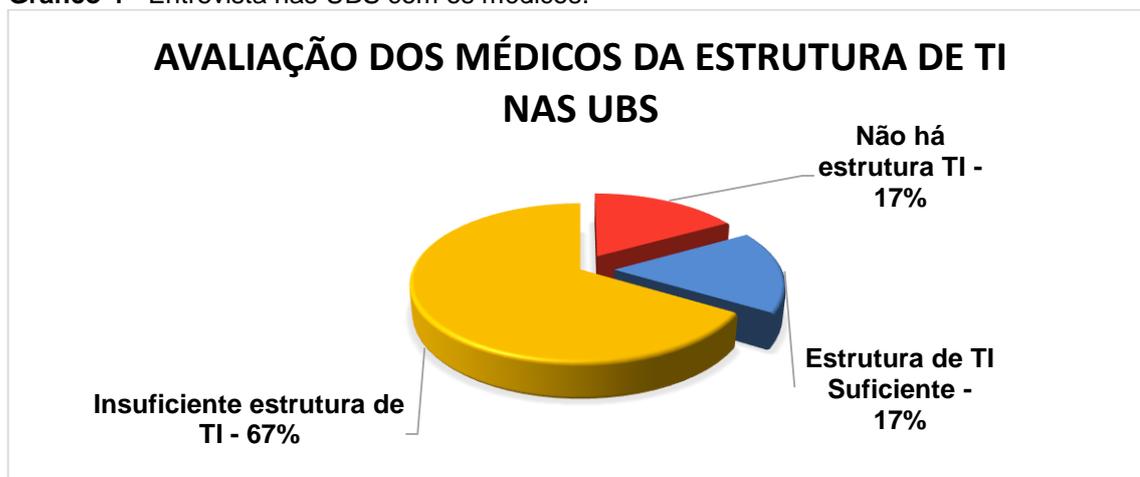
Também, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI, em sua resposta, informou que o planejamento está em estudo e atualmente não tem um documento que o represente. Estas foram as respostas aos itens 2.9 e 2.11, do ofício nº 14.164/2014 - 25/08/2014, respectivamente (fls. 13-36).

A Secretaria Municipal de Saúde de Araquari (fls. 154-8) avaliou 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.

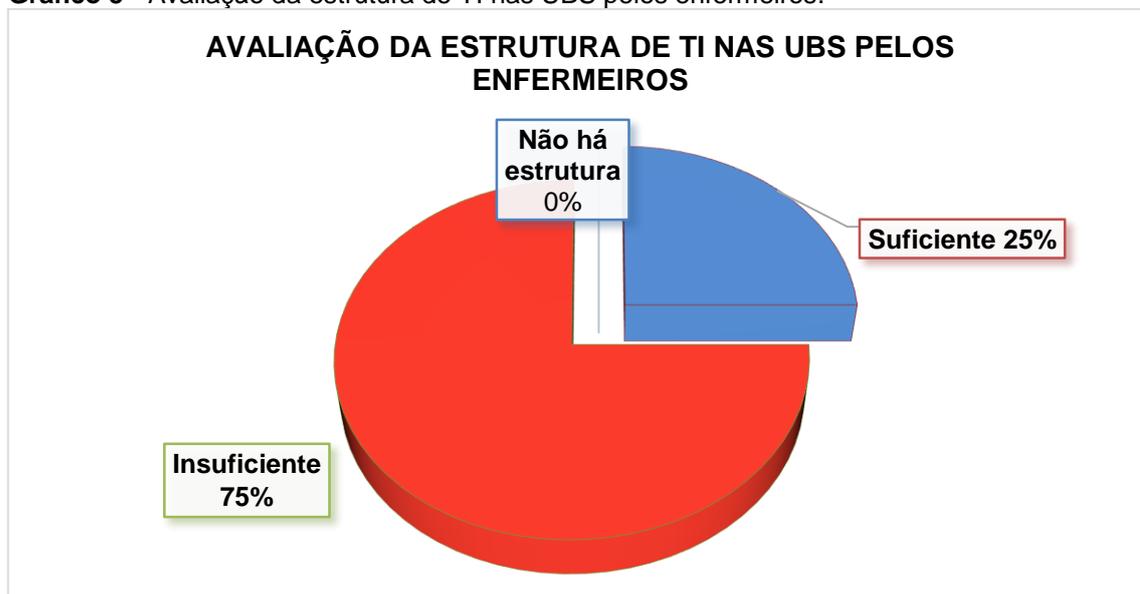
Gráfico 4 - Entrevista nas UBS com os médicos.



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.

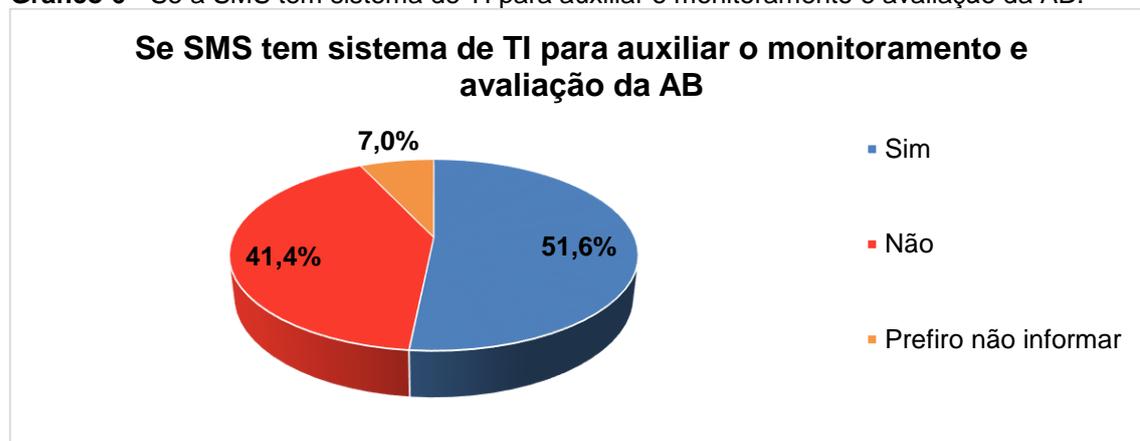


Foto 100_3399: Consultório Médico na UBS Itapocu de Araquari sem computador e, impressora.

Os resultados das respostas dos questionários eletrônicos (fls. 48-92), 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.

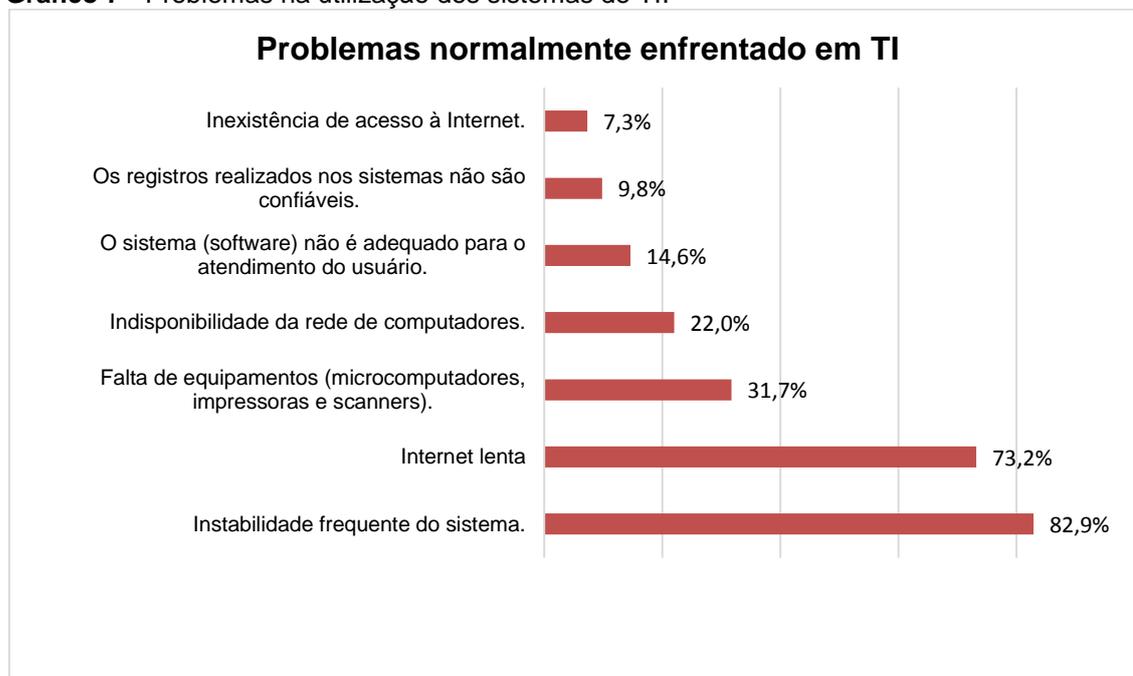


Fonte: Questionário eletrônico aos Secretários municipais (questão 33).

- 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).

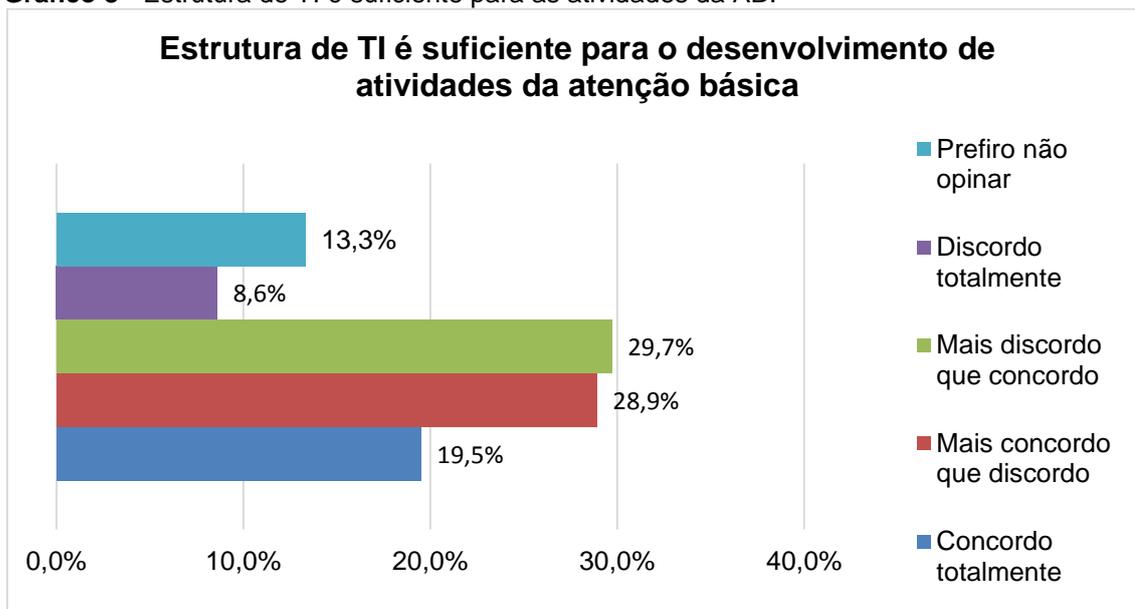
Gráfico 7 - Problemas na utilização dos sistemas de TI.



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, 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 8 - 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 9 - 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 Araquari:**

- 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 dos Gestores

Os gestores informaram que:

A Secretaria da Saúde de Araquari vem adquirindo equipamentos de informática desde o ano de 2014, seja com recursos do tesouro municipal, sejam através de convenio com Secretaria de Estado e União, no anexo desde documento encontram-se fotografias comprobatórias nas unidades Itapocu e Aci Ferreira de Oliveira. Desde a visita do TCE a unidade Itapocu recebeu mais 3 equipamentos de informática (computadores com monitor, teclado, mouse, CPU, kit multimídia) a Unidade Mista Aci Ferreira de Oliveira recebeu 5 equipamentos com as mesmas descrições, destes 3 foram cedidos pela Secretaria de Estado através do Programa Telessaúde, 2 adquiridos com recursos de Convênio para implementação das Salas de Vacina e os demais adquiridos com recursos do Fundo municipal de Saúde. A Secretaria de Administração da Prefeitura Municipal de Araquari elaborou um cronograma de unificação das informações da administração pública municipal, desta forma a partir de julho será implantando novo Software que unificará todas as secretarias obedecendo um cronograma pré-estabelecido devendo até o final do ano de 2016 estar totalmente integrado. A Secretaria de Saúde celebrou no início de 2015, contrato com empresa terceirizada para manutenção de suporte técnico às unidades subordinadas a esta Secretaria. (fls. 252-3 e 264-6)

Essas foram as justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.2.3).

Análise dos comentários dos Gestores

Os Gestores informaram que houve a aquisição e a cessão de equipamentos de informática para duas unidades básica de saúde, que a Secretaria de Administração elaborou um cronograma de unificação das informações da administração municipal, com prazo de conclusão até 2016. Ainda, celebrou contrato de manutenção de suporte técnico às unidades subordinadas. Entretanto, não apresentou dados sobre a realização de um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação, que seria pré-requisito para a identificação das necessidades de cada unidade. Nesse sentido, torna-se necessário manter a três **recomendações** dispostas anteriormente, para que no monitoramento seja avaliada se a estrutura de TI nas UBS e Secretaria Municipal de Saúde, no atendimento das necessidades dos seus usuários.

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 Deficiências no processo de planejamento da saúde não contribuindo para que seja participativo e compatível com as necessidades de saúde da população, conforme estabelecem o artigo 36 da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e o artigo 15 do Decreto nº 7.508/11.

O processo de planejamento na saúde vem sendo desenvolvido ao longo dos anos pelo Ministério da Saúde, sendo consolidado com a construção do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), mediante a Portaria nº 399/2006 do Pacto pela Saúde, que tem como objetivo coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo. No item 4 da

Portaria está contido o seu conceito, princípios básicos e objetivos principais. Com a edição das Portarias nº 3.085/2006, que regulamenta o PlanejaSUS e nº 3.332/2006 que aprova as orientações gerais, foram definidos três instrumentos para operacionalização do planejamento do SUS. O Plano de Saúde (PS), que estabelece as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos; a Programação Anual de Saúde (PAS), que operacionaliza as intenções expressas no PS, e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que registra os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais mudanças que se fizerem necessárias.

A Lei nº 8.080/90, a Lei orgânica de Saúde, em seu art. 36, e o Decreto 7.508/11, em seu art. 15, determinam que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente e de forma compatibilizada com as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

O artigo 17 do Decreto nº 7.508/11 estabelece que o Mapa de saúde será utilizado para identificar as necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado de saúde, que deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades municipais de saúde (art. 18).

A Portaria nº 2.135/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS (art. 1º), elenca os seguintes pressupostos:

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de **forma contínua, articulada e integrada**.

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - **planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal**, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - **compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde** (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e **os instrumentos de planejamento e orçamento de governo**, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI - **transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;**

VII - **concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde** da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

A fim de analisar o diagnóstico de saúde realizado pelo Estado e pelos Municípios, solicitou-se aos gestores, por meio de requisição, que descrevessem os requisitos, informações e procedimentos utilizados de suporte para o levantamento das necessidades de saúde (PT 08).

O gestor de saúde do Municípios de Araquari apresentou informações genéricas, sem, portanto, especificar os requisitos e informações utilizados ou encaminhar qualquer documento de comprovação. Informou ainda que os profissionais responsáveis pela gestão e os técnicos responsáveis pela Atenção Básica estão realizando encontros programados para monitoramento de metas e viabilização de recursos para atendimento das necessidades apontadas pelas equipes da atenção básica.

A partir da documentação encaminhada, depreende-se que existem situações bastante divergentes nos municípios visitados. No caso de Araquari não foi demonstrada a existência de uma metodologia ou ferramentas utilizadas para o levantamento das necessidades de saúde da população. Com destaque para a não elaboração do seu Plano Municipal de Saúde, segundo resposta por e-mail à Requisição nº 02.1 (OFÍCIO Nº: 14.164/2014).

De acordo com um estudo realizado sobre os instrumentos propostos para auxiliar a gestão municipal¹⁸ as principais limitações no processo de planejamento em saúde, pelos municípios são (1) o baixo grau de institucionalização, (2) a dificuldade em tornar o processo participativo e (3) a falta de interdependência e articulação entre o planejamento do SUS e o orçamento.

O processo de planejamento não está totalmente institucionalizado, na medida em que as ações são realizadas em momentos pontuais, em espaços circunscritos da organização e por força das exigências legais. Os municípios não realizam o planejamento de forma prática, a partir de um diagnóstico situacional e do estabelecimento de objetivos, de metas e de diretrizes que visem à melhoria dos pontos críticos.

Segundo a autora, há também uma grande dificuldade por parte dos municípios de fazer um planejamento participativo, com envolvimento dos diferentes atores envolvidos, entre eles gestores, profissionais e usuários.

¹⁸ Luz, Ana Beatriz Cardoso da. Análise dos Instrumentos do Sistema Único de Saúde. Coleção Gestão da Saúde Pública, volume 3. 2012.

E por último, foi identificada uma falta de compatibilização entre planejamento e orçamento, que faz com que haja pouca efetividade, já que sem uma previsão orçamentária não há como investir em ações que foram consideradas prioritárias nos planos de saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica - PNAB elenca no capítulo 03 as responsabilidades comuns a todas as esferas de Governo, dentre as quais se destacam o (V) estabelecimento, nos planos de saúde, de prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica e (VIII) e as atividades de planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica (VIII).

Dentre as competências estaduais estabelecidas na Política, ressaltam-se:

V - Analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;
VIII - **Prestar apoio institucional** aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

A Lei nº 8.080/90 também estabelece entre competências estaduais a apoio técnico e financeiro aos Municípios:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
(...)
III - **prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;**
(...)

A fim de analisar o processo de planejamento frente aos pressupostos legais, solicitou-se à Secretaria Estadual da Saúde, por meio da Requisição 01, as seguintes informações:

Item 3.1 - diagnóstico/levantamento das necessidades de saúde da população do Estado de Santa Catarina na Atenção Básica;
Item 3.6 - ações desenvolvidas pelo Estado nos anos de 2012, 2013 e até o 1º semestre de 2014, com o objetivo de apoiar os municípios no processo de levantamento das necessidades de saúde da Atenção Básica.

O Secretário Municipal de Araquari informou que não existe apoio ou participação da Secretaria de Estado no processo de levantamento das necessidades de saúde da atenção básica (fls. 154-8).

Por meio da aplicação dos questionários eletrônicos encaminhados aos Secretários Municipais, constatou-se uma divergência nas opiniões, o que demonstra uma atuação não muito clara e uniforme por parte da Secretaria Estadual em relação aos municípios (fls. 48-92).

Enquanto que 51% dos Secretários percebem o apoio, 41% dos respondentes percebem que não há apoio por parte da SES. Dentre os participantes, 8% preferiram não opinar (questão 56).

A mesma divergência foi constatada nas percepções dos Secretários Municipais em relação a articulação entre a SES e as SMS no processo de planejamento da Atenção Básica. Dos respondentes, 45,4% percebem que há articulação e 47,7% manifestaram que não há articulação. Dos respondentes, 7,0% não opinaram (Questão 57).

Uma das formas de comprovar este apoio seria por meio da promoção de capacitações por parte da Secretaria de Estado da Saúde aos Municípios. Não obstante, este tema ser tratado especificamente no item 2.1.1 deste relatório, trata-se reflete uma evidência da fragilidade no apoio da SES aos Municípios.

Por meio de requisição, solicitou-se aos Secretários Municipais (Item 1.9) que encaminhassem a relação dos cursos realizados pelos gestores e profissionais de saúde na área da Atenção Básica, no período de 2012 a 2014 (até junho), com descrição do ano de realização do curso, nome do curso, público-alvo, carga horária, modalidade (presencial ou à distância), instituição promotora e número de concluintes. As informações encaminhadas estão consolidadas na tabela a seguir (fls. 123-51):

Tabela 10 - Cursos de capacitação promovidos entre os anos de 2012 a 2014 (junho) nos Municípios visitados.

Nº de cursos	Araquari	Canoinhas	Florianópolis	Joinville	Totais
Realizados	5	103	18	317	443
Promovidos pela SES	1	17	0	0	18
%	20%	17%	0%	0%	4%

Fonte: TCE/SC.

De um total de 443 cursos de capacitação promovidos entre os anos de 2012 a junho de 2014, para os gestores e profissionais dos Municípios de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville, observa-se um percentual muito baixo de cursos promovidos pela Secretaria Estadual.

Observa-se que apenas Canoinhas e Araquari foram apoiados com cursos promovidos pela SES, sendo 1 em Araquari e 17 em Canoinhas, ou seja, apenas 4% dos cursos realizados.

Ainda, observa-se que os temas das capacitações realizadas nestes 18 cursos, em sua maioria, não são relacionados ao planejamento ou às necessidades de saúde da população (fls. 107-22).

Identificou-se também fragilidades no apoio das Secretarias municipais de saúde às Unidades Básicas de Saúde para levantamento das necessidades de saúde da população e o planejamento da saúde.

Os Secretários dos Municípios visitados foram solicitados a descrever as ações/medidas que adotam para apoiar as Unidades Básicas de Atenção à Saúde para o levantamento das necessidades de saúde (PT 08, Item 3.3).

Os Gestores de **Araquari** informaram que este apoio se dá por meio da promoção de encontros de planejamento para consolidação das necessidades das unidades e elaboração de quadro de metas para atendimento destas necessidades elencadas por prioridade.

O que se verifica é que os municípios de menor porte, como Araquari, não dispõe dos mecanismos de apoio e incentivo que os municípios maiores dispõem.

Esta segregação é percebida nas entrevistas com os Gestores das Unidades Básicas de Saúde, por meio da qual 42% informaram que as necessidades das UBS não são contempladas no planejamento, 33% informaram que isto acontece às vezes e 25% responderam que sim (PT 01.17).

Por fim, o que se verificou foi um apoio deficiente da SES às Secretarias municipais de saúde e um processo de planejamento não institucionalizado, principalmente no município de Araquari, dificultando uma participação efetiva de todos os profissionais, tanto das Secretarias como das Unidades Básicas de Saúde.

Isto contribui para a elaboração de planejamento de saúde que não reflete às necessidades de saúde da população, com redução do potencial de resolutividade da Atenção Básica, bem como aumento do risco de uma alocação inadequada de recursos.

Resta à **Secretaria Municipal de Araquari**:

- Elaborar e implementar rotinas e procedimentos que auxiliem o processo de planejamento de saúde a serem utilizados pelas UBS e consolidados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Com adoção destas ações haverá uma melhor articulação entre as Unidades Básicas de Saúde, os Municípios e o Estado no sentido de realizar um planejamento consistente com as necessidades locais, conforme estabelecem o artigo 36 da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e o artigo 15 do Decreto nº 7.508/11.

Comentários dos Gestores

Os gestores informaram que:

A Secretara de Saúde de Araquari vem fazendo reuniões periódicas com representantes das Unidades de Saúde, gestor da saúde e representantes dos profissionais, para elaboração do plano municipal de saúde, agenda de saúde e relatório anual de gestão, sendo apresentados estes documentos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde em tempo hábil e nos prazos pré estabelecidos pela legislação em vigor. Foram elaborados e apresentados Relatório de Gestão 2014 (apreciado e aprovado em reunião do Conselho de 13/05/2015,) Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, elaborado e na pauta para a reunião do dia 09/06/2015 para apresentação e apreciação do CMS, apresentada a prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde em reunião na Câmara de Vereadores do dia 05/05 do corrente ano e incluída na pauta da próxima reunião do Conselho marcada para 09/06/2015. (fls. 253-4)

Essas foram as justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.3.1).

Análise dos comentários dos Gestores

Identificou-se nas evidências uma fragilidade no levantamento das necessidades de saúde da população e no planejamento da saúde. Essa fragilidade foi corroborada pelos gestores que informaram que o apoio às Unidades Básicas de Atenção à Saúde para o levantamento das necessidades se dá pelos meios de comunicação existentes, como caixas de reclamações e sugestões em todas as Unidades de Saúde, reuniões mensais na Secretaria Municipal de Saúde e da Ouvidoria Municipal.

O apoio deficiente da SES à Secretaria municipal de saúde, aliado a um processo de planejamento não institucionalizado, dificulta a participação efetiva de todos os profissionais, tanto da Secretaria como nas Unidades Básicas de Saúde. Isto contribui para a elaboração de planejamento de saúde que não reflete às necessidades de saúde da população.

Os Gestores informaram que foram realizadas reuniões com os profissionais de saúde, com os representantes das UBS e com o Conselho Municipal de Saúde de Araquari para realização do plano municipal de saúde. Todavia, é importante que estabeleça de forma sistemática rotinas e novos procedimentos que auxiliem o processo de planejamento de saúde a serem utilizados pelas UBS e consolidado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Diante do exposto, persiste a **recomendação** para que seja avaliada nos futuros monitoramentos.

2.3.2 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. 173-5).

No que se refere ao Município **de Araquari**, os conselheiros foram unânimes em afirmar que não participam, até porque o próprio Município informou que o seu Plano Municipal da Saúde está sendo desenvolvido e que a metodologia para a sua elaboração será por meio de reuniões periódicas do grupo de gestão e representantes da Atenção Básica (resposta por e-mail do Município de Araquari à Requisição nº 02.1 (OFÍCIO Nº: 14.164/201).

Em relação à fiscalização dos recursos públicos, os conselheiros informaram que realizam mas que não tem conhecimento suficiente para analisar os documentos que são apresentados, pois eles se apresentam muito detalhados pela contabilidade ou de uma forma muito técnica (PT 06).

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 Araquari**:

- 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 8.142/11.

Comentários dos Gestores

Os gestores informaram que:

No segundo semestre do ano de 2014 foi alterada a lei de criação do Conselho Municipal de Saúde criando os Conselhos Locais de Saúde, objetivando a maior participação dos Usuários nas decisões da Secretaria de Saúde. Porém percebe-se a necessidade premente de capacitação destes representantes para que tenham mais claro qual seu papel neste processo. Tornando-os mais críticos e participativos nas decisões da gestão de saúde. (fl. 254)

Essas foram as justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.3.2).

Análise dos comentários dos Gestores

Pode-se verificar nas argumentações apresentadas pelos Gestores o reconhecimento de que existe a “necessidade premente de capacitação destes representantes para que tenham mais claro qual seu papel neste processo”. Além disso, informaram que a Lei municipal nº 2.913/2014, de 09/05/2014, foi alterada e criou conselhos locais de saúde, com o objetivo de uma maior participação dos Usuários nas decisões da Secretária.

Vê-se, portanto, que as informações prestadas pela Secretaria estão alinhadas com 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, 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 8.142/11. Neste sentido, permanece a **recomendação**.

2.3.3 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 referenciamento 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 fluxo¹⁹. 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).

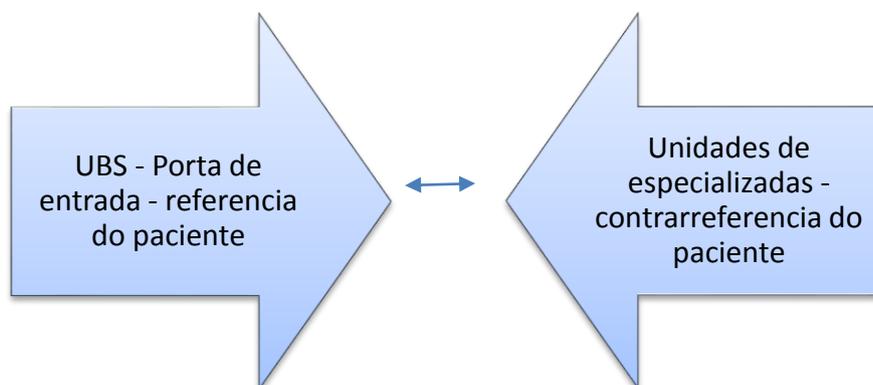
¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza Sus. Referência e Contra-Referência. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/glossary/term/131>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

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, 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 Araquari** o encaminhamento é solicitado pelo médico, o paciente leva o pedido até a Secretaria Municipal de Saúde para a autorização e a inclusão no sistema (SISREG). O Serviço de controle e avaliação procede agendamento conforme disponibilidade da agenda na referência, devolvendo à unidade de saúde o processo com protocolo de agendamento de consulta/exame para que o paciente seja avisado pela unidade de saúde (fls. 13 a 36).

Para a contrarreferência, o próprio documento de encaminhamento apresenta um campo específico “ficha de retorno” para que o paciente seja contrarreferenciado. Alguns pacientes marcam o retorno quando os exames ficam prontos. Só há a contrarreferência quando os pacientes voltam.

A Secretaria implantou Sistema de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde, em março de 2013, e vem implantando os módulos disponíveis (consultas especializadas, exames). A próxima etapa será a regulação das consultas e procedimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, extinguindo a necessidade dos pacientes ficarem em filas para agendamento (PT 08, Item 3.11).

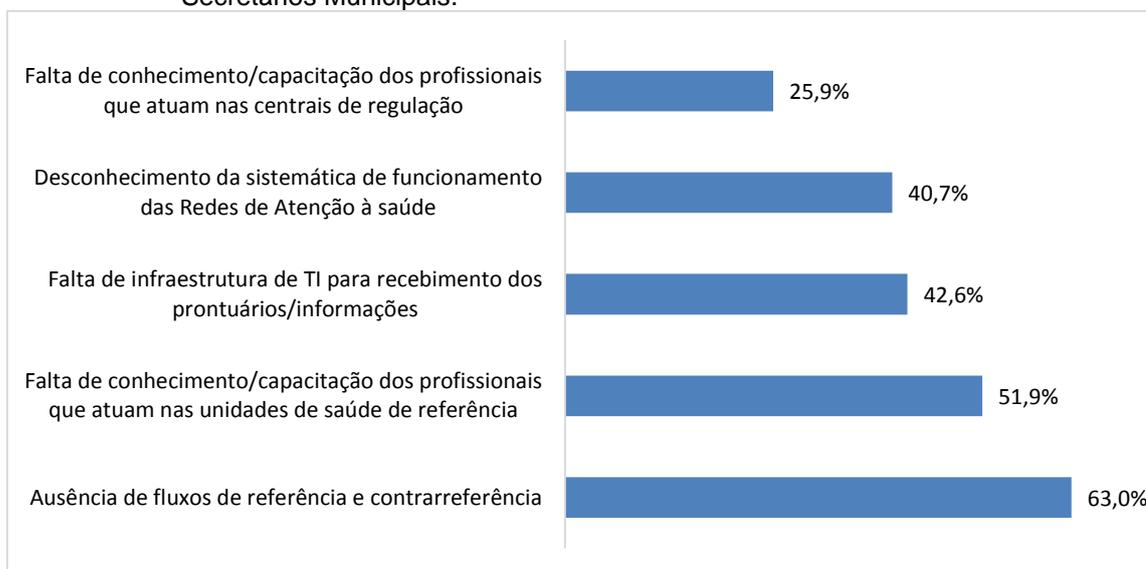
Com base nos depoimentos dos profissionais das UBS de Araquari um dos problemas citados é a falta de um sistema integrado de controle dos pacientes referenciados. Mesmo assim, há uma tentativa de manter um certo acompanhamento do paciente. A própria coordenadora cobra dos pacientes o retorno das consultas e dos exames. Se o paciente não fez, ela mesma coloca no prontuário, para que o médico tome conhecimento. Há uma atuação de toda a equipe no sentido de solicitar ao paciente que depois dos exames retorne à UBS, mas muitas vezes isto não acontece, pois o paciente não retorna.

Outra forma encontrada pelos profissionais é por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que realizam as visitas domiciliares e fazem o que chamam de “busca ativa”. Procuram saber se o paciente foi ou não atendido na especialidade, se fez os exames e solicitam para que o paciente retorne à UBS. Ressalta-se que existem muitas áreas descobertas em razão do número insuficientes de ACS.

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, fls. 48-92).

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 Araquari**:

- 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, o que pode reduzir o tempo de encaminhamento para média e alta complexidade. A melhoria da continuidade e da coordenação do cuidado pela Atenção Básica, bem como a criação dos indicadores que permitam o conhecimento pelo gestor do grau de resolutividade da atenção básica são medidas que contribuem para uma melhoria na Atenção Básica.

Comentários dos Gestores

Os gestores informaram que:

Em abril do corrente ano foi substituído o gestor da Secretaria de Saúde e a partir de então a nova gestão vem buscando a participação mais efetiva dos profissionais da saúde, sendo assim foi nomeada uma comissão multiprofissional para elaboração de protocolos clínicos e de encaminhamento de pacientes, acompanhamento das solicitações de consultas e exames por um médico auditor que avalia semanalmente as solicitações encaminhadas para autorização e agendamento.

A nova gestora está participando de reuniões periódicas com o Colegiado de Secretários da região (CIR), visando estreitar as relações de referência das consultas e exames da MAC, garantindo maior agilidade e otimização dos recursos disponibilizados pelo SUS na região. (fls. 254-5)

Essas foram as justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.3.5).

Análise dos comentários dos Gestores

O Gestor informou que a nova gestão da SMS de Araquari vem buscando uma participação mais efetiva dos profissionais da saúde. Acrescentou que foi nomeada uma comissão multiprofissional para elaboração de protocolos clínicos e de encaminhamentos de pacientes, acompanhamento das solicitações de consultas e exames por um médico auditor que avalia semanalmente as solicitações encaminhadas para autorização e agendamento.

Tais medidas demonstram a preocupação do gestor em adotar medidas para solucionar problemas relacionados à contrarreferência, que se apresentam alinhadas às recomendações sugeridas anteriormente.

Neste sentido, faz-se necessário manter as **recomendações** à SMS de Araquari, que tem como objetivo a união de 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.

2.4. Outros Achados

2.4.1 As Secretarias Municipais de Saúde não mantêm atualizadas 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.

Complementarmente, 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	Aci 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	Iriirú	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
Total				32	23	55

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 Araquari foram encontradas 18 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*	-	-	-
Total		326	55	16,87%

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%).

Em Araquari foi informado que um servidor da Secretaria faz a checagem dos dados por meio de algumas amostras e que o CNES é atualizado mensalmente.

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 Araquari**:

- 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 dos Gestores

Os gestores informaram que:

Em maio/2015 foi substituída a funcionária responsável pela manutenção dos Sistemas de Informação a serem encaminhados ao Ministério, desta forma, foram atualizados os dados do CNES, implantação de 87,55% do sistema E-SUS, atualização da produção do Sia/SUS dentre outros. (fls. 255-6)

Essas foram as justificativas ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 008/2015 (item 2.4.1).

Análise dos comentários dos Gestores

De acordo com o que foi apurado na Auditoria, ao fazer um comparativo entre o total de profissionais por UBS e o total de inconsistências no SCNES, em Araquari foi encontrada uma divergência de 14,29% na UBS de Aci Ferreira de Oliveira e de 84,62% de Itapocu.

Tais inconsistências podem resultar em restrições aos estabelecimentos que não mantiverem atualizados seus cadastros, segundo o artigo 2º da Portaria Nº 118/SAS/MS/2014, dentre as quais a suspensão da transferência de recursos financeiros, quando o SCNES não for devidamente

alimentado e avaliado por 3 (três) competências consecutivas, conforme estabelece a Portaria Nº 3.462/2010.

Os Gestores informaram que a funcionária responsável pela manutenção dos sistemas de informação foi substituída e que os dados do CNES foram atualizados, porém não foi remetida a comprovação da atualização.

Diante do exposto mantém-se a **determinação** com o objetivo de avaliar a redução dos índices de divergências apurados nesta Auditoria em futuro monitoramento.

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. 248-66;

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 dos serviços de atenção básica à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Araquari, com abrangência ao ano de 2014.

3.2 Conceder a Prefeitura Municipal de Araquari 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:

3.3.14 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 Elaborar o Plano de Educação Permanente (item 2.1.1 do Relatório);

3.4.3 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 PNAB (item 2.1.2 do Relatório);

3.4.4 Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, conforme determina item 3.4, X da PNAB (item 2.1.4 do Relatório);

3.4.5 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 2.1.4 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 Publicar os Relatórios Anual de Gestão (RAG) e o Quadrimestral (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);

3.4.10 Adotar indicadores de insumos e processos para a avaliação da Atenção Básica no Município (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 Elaborar e implementar rotinas e procedimentos que auxiliem o processo de planejamento de saúde a serem utilizados pelas UBS e consolidados pelas Secretarias Municipais de Saúde (item 2.3.1 do Relatório);

3.4.15 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 8.142/11 (item 2.3.2 do Relatório);

3.4.16 Adotar procedimentos de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde do seu município (item 2.3.3 do Relatório);

3.4.17 Criar mecanismos que institucionalize o preenchimento/registro da contrarreferência (item 2.3.3 do Relatório);

3.4.18 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 2.3.3 do Relatório);

É o Relatório.

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

CELIO MACIEL MACHADO
Auditor Fiscal de Controle Externo

ROSEMARI MACHADO
Auditor Fiscal de Controle Externo

MARCIA ROBERTA GRACIOSA
Chefe da Divisão

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

Órgão:	
Decisão n.	Processo:

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:

Cargo:	Data:
Assinatura:	

1. Processo n.: RLA-15/00146606

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: João Pedro Woitexem e Déborah Patrícia Schutel Mendes

4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Araquari

5. Unidade Técnica: DAE

6. Decisão n.: 0450/2016

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 dos serviços de atenção básica à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Prefeitura Municipal de Araquari, com abrangência ao exercício de 2014.

6.2. Conceder à Prefeitura Municipal de Araquari 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. Determinações:

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. 014/2015).

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. Elaborar o Plano de Educação Permanente (item 2.1.1 do Relatório DAE);

6.2.2.3. 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, VI, da PNAB (item 2.1.2 do Relatório DAE);

6.2.2.4. Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, conforme determina item 3.4, X, da PNAB (item 2.1.4 do Relatório DAE);

6.2.2.5. 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 2.1.4 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. Publicar os Relatórios Anual de Gestão (RAG) e o Quadrimestral (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);
- 6.2.2.10. Adotar indicadores de insumos e processos para a avaliação da Atenção Básica no Município (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. Elaborar e implementar rotinas e procedimentos que auxiliem o processo de planejamento de saúde a serem utilizados pelas UBS e consolidados pelas Secretarias Municipais de Saúde (item 2.3.1 do Relatório DAE);
- 6.2.2.15. 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. 8.142/11 (item 2.3.2 do Relatório DAE);
- 6.2.2.16. Adotar procedimentos de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde do seu município (item 2.3.3 do Relatório DAE);
- 6.2.2.17. Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/ registro da contrarreferência (item 2.3.3 do Relatório DAE);
- 6.2.2.18. 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 2.3.3 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. 014/2015, aos Srs. João Pedro Woitexem - Prefeito Municipal de Araquari, e Jeferson Dias da Silva - Secretário de Saúde daquele Município em 2014, e à Secretaria Municipal de Saúde de Araquari.

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 locken

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 15/00146606 Decisão n. 0450/2016 1