

PROCESSO Nº:	RLA-15/00146789
UNIDADE GESTORA:	Prefeitura Municipal de Joinville
RESPONSÁVEL:	Udo Döhler – Prefeito Municipal; Francieli Cristini Schultz – Secretária Municipal de Saúde
ASSUNTO:	Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS)
RELATÓRIO DE INSTRUÇÃO:	DAE - 017/2015 - 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 à Secretaria de Estado de Saúde (SES); às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville; aos Conselhos Municipais de Saúde de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville; às UBS Itapocu e Aci Ferreira de Oliveira em Araquari; 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 Iriirú, 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 Joinville, ao Conselho Municipal de Saúde de Joinville e às UBS UBS Iriirú, Morro do Meio, Nova Brasília e Willy Schossland em Joinville.

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 formalmente no Município de Joinville em 29/08/2014, com a apresentação do Ofício TCE/DAE nº 14.166/2014 e de requisição de documentos ao Prefeito Municipal de Joinville (fls. 06 a 09), e finalizou em 18/03/2015, com a elaboração do Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (fls. 164-232).

Em cumprimento ao despacho do Relator do Processo (fl. 232) foram citados em audiência para se manifestarem quanto aos resultados da auditoria operacional, o Sr. Udo Döhler, Prefeito Municipal de Joinville, por meio do Ofício nº 6.184/15 (fl. 233), de 30/04/2015, e a Sra. Larissa Grun Brandão Nascimento, Secretária Municipal de Saúde de Joinville, por meio do Ofício nº 6.185/15 (fl. 234), de 30/04/2015.

A Sra. Secretária Municipal de Saúde de Joinville protocolou suas razões de justificativa em 10/06/2015 (fls. 237-68), sob o nº 009327/2015, contendo documentação anexa de fls. 269-460.

O Sr. Prefeito Municipal de Joinville protocolou em 11/06/2015 documentação sob o nº 009450/2015 (fls. 462-564), contendo o mesmo teor da manifestação apresentada pela Secretária Municipal de Saúde, razão pela qual se fará referência apenas aos esclarecimentos prestados na primeira manifestação de fls. 237-460.

1.1 Visão Geral do Auditado

O município de Joinville tem dentre suas competências, a atribuição de prestar serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, conforme disposição constante do art. 4º, inciso I, item 15, da Lei Orgânica do Município. Dessa forma, o Município integra, com o Estado e a União, o Sistema Único de Saúde, devendo garantir acesso a todos os seus habitantes, às ações e serviços de saúde sem qualquer discriminação.

A Secretaria Municipal da Saúde de Joinville tem sua finalidade definida no art. 2º, inciso XIII, da Lei nº 7.393/2013, cabendo-lhe a execução da

política municipal de saúde e do Plano Municipal de Saúde; a gerência do Fundo Municipal de Saúde; a coordenação da administração direta e indireta, no tocante às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e dos procedimentos coletivos, ambulatoriais e hospitalares em nível municipal.

A estrutura básica da SMS Joinville é composta de Diretoria Executiva; Gerência de Gestão; Gerência Administrativa e Financeira; Gerência de Atenção Básica; Gerência de Vigilância em Saúde; Gerência de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria; Gerência de Serviços de Referência e Coordenadorias.

Para esta auditoria analisou-se a SMS de Joinville, 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.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

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

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

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

1.2.1 Objetivo geral

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

1.2.2 Questões de auditoria

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

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

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

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

1.2.3 Metodologia utilizada

Na fase de planejamento efetuou-se pesquisa documental na internet, como artigos e notícias veiculadas sobre a matéria em análise e a legislação correlata, bem como a disponibilização de documentos pela SES sobre os assuntos inerentes à auditoria. Também foram realizadas entrevistas com a Secretária de Estado de Saúde e com o Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis, além de reuniões com o Conselho Municipal e Local de Saúde de Florianópolis e com profissionais da UBS Agrônômica para levantamento de dados a serem utilizados na elaboração dos papéis de trabalhos. Procederam-se à elaboração da análise 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 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

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As situações encontradas que resultaram em achados de auditoria foram consubstanciadas na Matriz de Achados, a qual serviu de base para a elaboração deste Relatório. No período de 29 a 31 de outubro de 2014, em Brasília/DF, ocorreu nova oficina coordenada pelo GAO e TCU, na qual 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 os municípios auditados, bem como da Secretaria de Estado da Saúde. Porém, os relatórios de reinstrução, que levam em consideração as justificativas do gestor, levaram em consideração preponderantemente as informações do município responsável pela condução da política pública na atenção básica.

1.2.4 Volume de recursos fiscalizados

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

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

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

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

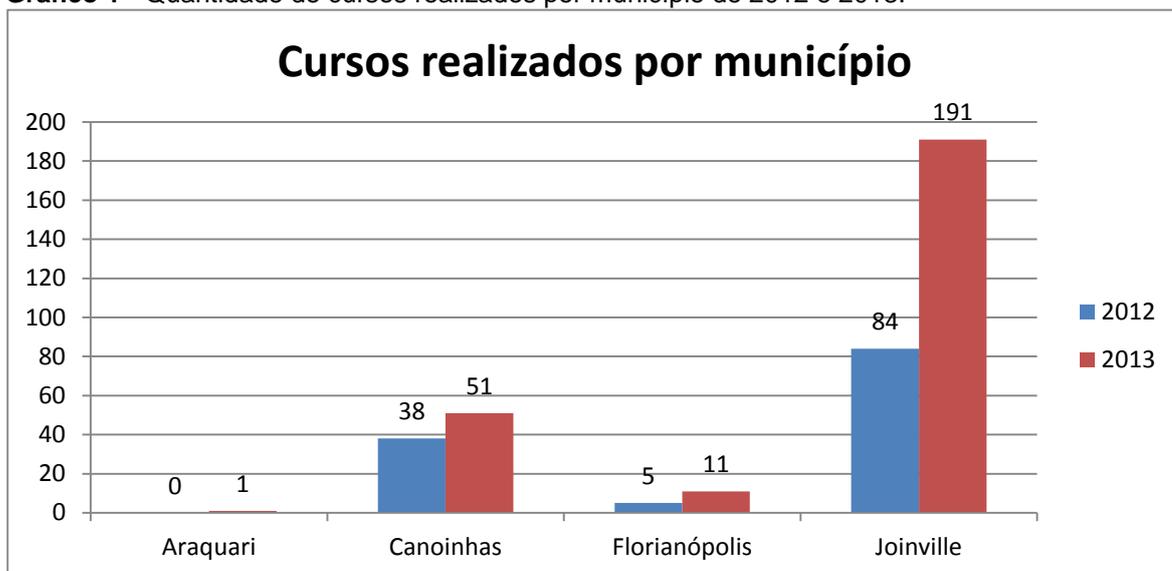
Acerca das responsabilidades municipais na educação em saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) prevê, em seu item 2.3, que:

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, foi solicitada aos municípios a relação dos cursos realizados (PT 09, fls. 112-39) 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).

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 2 - 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.

O município de Joinville, embora expresse os maiores números em cursos ofertados nos dois anos analisados, representa um quantitativo por

profissional baixo, por possuir um elevado número de servidores, se comparado com Canoinhas.

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.148-54).

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 às **SMS de Joinville**:

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

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

Comentários do Gestor (fls. 237-39)

O gestor informou que a partir de junho de 2011 o Município de Joinville instituiu como setor na Secretaria Municipal de Saúde o ProgeSUS – Área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que tem como responsabilidade dar qualificação a todos os profissionais daquela Secretaria, incluídos os da Atenção Básica. Esclareceu que os temas são levantados de acordo com as necessidades dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e que os instrumentos técnicos e pedagógicos utilizados para o processo de formação dos profissionais da Atenção Básica são Educação Continuada,

Educação Permanente, Educação à Distância, Capacitações em parceria com o CIES Nordeste e Qualificação para gestores.

Alegou também que todas as capacitações são planejadas através de um levantamento juntamente com os servidores e equipe, de acordo com as necessidades dos mesmos (conforme modelo juntado às fls. 270), e que também são levadas em conta as necessidades da Secretaria Municipal da Saúde, através do levantamento de indicadores do Plano Municipal de Saúde. Foi juntada aos autos (fls. 272-311), documentação na qual se depreende que no exercício de 2014 foram realizadas 144 capacitações e no exercício de 2015 o total de 178 capacitações aos profissionais da Atenção Básica.

Salientou ainda que a Secretaria Municipal de Saúde possui um programa específico de incentivo à participação em eventos de qualificação profissional, bem como em cursos de especialização, regulamentado respectivamente pelas Portarias nº 11 e 12/2014 (fls. 313 a 340). Conforme documentação apresentada às fls. 342-64 verificou-se que em 2012 e 2013 houve a participação de 67 profissionais em cursos (especialização, mestrado, doutorado, congresso, seminários) e outros eventos; em 2014 o número de interessados passou para 150, e em 2015 são 34 servidores até o momento.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.1.2).

Análise dos comentários do Gestor

Identificou-se na auditoria que apesar do município de Joinville ter apresentado o maior número em cursos ofertados nos dois exercícios analisados (2012 e 2013), o quantitativo por profissional era baixo, uma vez que o município possui um elevado número de servidores. Ressalta-se que a insuficiência do quantitativo de cursos ofertados também foi evidenciada nos relatos colhidos nas entrevistas com gestores, médicos, enfermeiros e ACS das unidades básicas de saúde do município de Joinville.

De acordo com a manifestação do gestor e da análise da documentação apresentada, conclui-se que o município tem procurado garantir a seus profissionais da Atenção Básica condições para a busca constante do aperfeiçoamento na educação permanente, dada a instituição do setor ProgeSUS

que busca a qualificação de seus profissionais por meio da Educação Continuada, Permanente e à Distância, bem como parcerias com o CIES Nordeste. Outro benefício identificado foi o programa de incentivo à participação em eventos de qualificação profissional e cursos de especialização, que estão regulamentados pelas Portarias nº 11 e 12/2014.

Contudo, faz-se necessária a permanência da **recomendação** para que em futuro monitoramento se possa avaliar o indicador de cursos ofertados por profissionais da Atenção Básica do município de Joinville, assim como se estarão de acordo com o diagnóstico e levantamento das suas necessidades.

2.1.2 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 iatrogenia⁶ decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

[...]

⁶ Alteração patológica provocada no paciente por tratamento de qualquer tipo (Dicionário Aurélio)

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 Starfield⁷, 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 facilita o reconhecimento de determinadas necessidades, como os serviços preventivos.

Contudo, para que a continuidade do cuidado/vínculo longitudinal⁸ 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 – ESF⁹ (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

⁷ STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

⁸ 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.

⁹ 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.

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.

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.

Em **Joinville** há previsão no plano de cargos, de “Gratificação de Produtividade por Desempenho Médico” aos profissionais lotados na Atenção Básica. Para os demais profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (enfermeiros, técnico e auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnico e auxiliar em consultório dentário) que não foram contemplados no plano de cargos, o Município editou as Leis (municipal) nº 3.081/1995, 5.576/2006 e 7.043/2011, em que autoriza o pagamento de gratificação de função aos mesmos.

Contudo, não se vislumbrou no PCCS de Joinville qualquer previsão legal para o incentivo de aperfeiçoamento dos profissionais da Atenção Básica, fato que está evidenciado nas entrevistas realizadas com os médicos e enfermeiros das UBS de Iriirú, Morro do Meio, Nova Brasília e Willy Schosslund (PT 02 e 03), onde esses profissionais manifestaram seu descontentamento em relação à falta de valorização por parte do Município àqueles servidores que possuem cursos de pós-graduação e especialização.

Conclui-se, portanto, que o município de **Joinville** não possui incentivos à produtividade e valorização profissional. Ressalta-se que tais

incentivos devem integrar o PCCS no município. 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 **Joinville** 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:

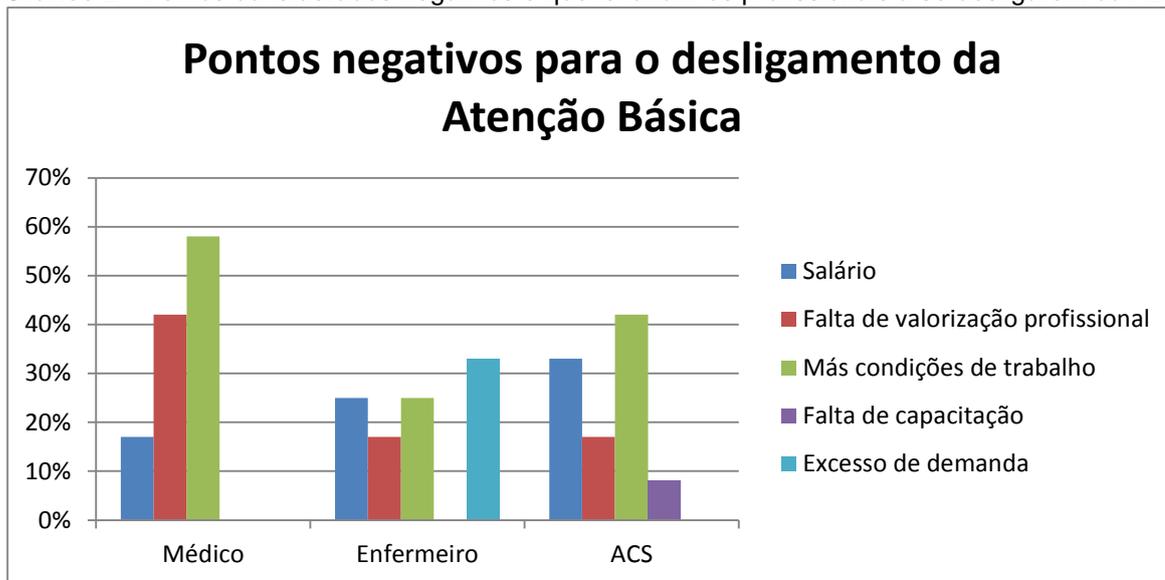
X – Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com o apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

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 auditados, nos quais foi possível identificar, por meio das entrevistas com os profissionais da saúde, na questão “pontos negativos do trabalho que levariam ao desligamento da Atenção Básica do município”, que as

más condições de trabalho, como problemas na infraestrutura da UBS e falta de recursos materiais, foram consideradas como um fator importante para os médicos (58%), enfermeiros (25%) e ACS (42%), conforme o gráfico a seguir (PT 19):

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



Fonte: TCE/SC.

Em **Joinville** os profissionais das UBS de Iriirú, Morro do Meio, Nova Brasília e Willy Schosslund apontaram como um dos principais problemas o espaço físico das UBS, pois entendem que os mesmos não são próprios para o desenvolvimento das atividades e atendimento aos usuários da Atenção Básica, uma vez que os imóveis geralmente se constituem de casas, sendo algumas de dois pavimentos, cujo acesso se dá por escadas, sem acessibilidade necessária aos usuários, como rampa de acesso a cadeirantes e idosos, conforme evidenciado na sequência.

Quadro 2 - Infraestrutura deficitária de UBS visitadas em Joinville.

 <p>09/18/2014</p>	 <p>09/16/2014</p>
<p>Consultório médico da UBS Iriirú Leonardo Schlickmann.</p>	<p>UBS Morro do Meio com dificuldade de acesso a cadeirantes e idosos.</p>
 <p>09/16/2014</p>	 <p>09/19/2014</p>
<p>UBS Morro do Meio com divisória danificada.</p>	<p>UBS Nova Brasília com piso danificado.</p>

Outros problemas relatados foram a falta de medicação; falta de aparelhos e equipamentos (ar condicionado, otoscópio, sonar, aparelho de pressão, balança, impressora, computador); falta de lençóis para as macas; falha na conexão com a internet e falta de uniforme e material para os ACS (protetor solar, repelente, guarda-chuva).

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

- 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 sejam prejudicadas.

Comentários do Gestor (fls. 240-54)

O Gestor informou que além da Gratificação de Produtividade por Desempenho Médico dos profissionais que atuam em nível ambulatorial e dos especialistas que atuam na Atenção Básica, o município também possui outros dois incentivos previstos no PCCS, quais sejam por Tempo de Chefia (ATC) e por Tempo de Serviço (ATS). O primeiro foi criado pela Lei Complementar 266/2008, art. 86, e estimula os profissionais a assumirem coordenações e chefias dentro da estrutura municipal. O segundo foi criado pela mesma lei complementar e está definido no art. 87, o qual concede 6% (seis por cento) de aumento no salário base a cada 3 (três) anos de efetivo exercício funcional, tendo como objetivo estimular a permanência dos servidores no quadro municipal.

Informou ainda que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ trouxe ao município de Joinville a oportunidade de premiar os profissionais pelos resultados apresentados em nível assistencial, sendo um forte instrumento de gestão, incentivo e valorização profissional, que vem apresentando excelentes resultados. Atualmente os pagamentos de incentivos financeiros aos profissionais da Atenção Básica estão regulamentados na Portaria nº 05/2014/SMS, de 20/01/2014 (fls. 366-68).

O Gestor em sua manifestação concorda com o corpo técnico no sentido de que o município de Joinville necessita aprimorar seus incentivos à produtividade e valorização profissional com vistas ao fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com os usuários. Informou que para tanto, em razão dos resultados apresentados na auditoria realizada por este Tribunal de Contas,

solicitou formalmente à Secretaria de Gestão de Pessoas, por meio do Memorando nº 263/15 (fls. 370), a realização de revisão do PCCS, objetivando contemplar a expectativa dos profissionais que manifestaram descontentamento em relação a falta de valorização dos servidores que realizam cursos de pós-graduação e especialização.

Ao final, o Gestor solicita a concessão do prazo de 01 (um) ano para que a Secretaria de Gestão de Pessoas possa revisar o PCCS na área da Saúde, bem como a instituição de uma nova política.

No tocante à estrutura física das unidades básicas de saúde, o Gestor informou que ao assumir a gestão da Secretaria Municipal de Saúde em março/2014 encontrou uma área sem qualquer planejamento quanto à infraestrutura, fato motivado pelo descompasso entre o crescimento populacional nos últimos dez anos, novas regras de acessibilidade e sanitárias, e unidades básicas de saúde sem acessibilidade adequada, uma vez que são imóveis locados e que foram construídos para fins residenciais.

O Gestor mencionou também as ações que estão sendo executadas pela Secretaria para a melhoria da infraestrutura das UBS, quais sejam:

- Plano Estratégico da Atenção Básica (2014 – 2035), que contempla ações ordenadas para os próximos 20 anos com relação à estrutura física do atendimento básico em saúde (fls. 425-60);

- Ordens de Serviço expedidas para a construção de novas UBSF de Rio da Prata, São Marcos, Ulysses Guimarães, Morro do Meio, Vila Nova I, Aventureiro III (fls. 242-52);

- Ordens de Serviço expedidas para reforma/ampliação das UBSF de Paranaguamirim, Jardim Paraíso I e II, Costa e Silva, Vila Nova Sede, Edla Jordan. As UBSF Estevão de Matos, Parque Douat e Pirabeiraba já estão com suas obras concluídas e inauguradas.

- Elaboração dos projetos arquitetônicos e complementares (construção de nova unidade) das UBSF Boehmerwald, UBS Jardim Paraíso V, UBS Comasa e UBS Bakitas; ampliação e reforma da UBS Glória; e ajustes no projeto da UBS Jardim Sofia (fls. 252-3);

- Instrução de Processo Licitatório para aquisição de equipamentos para as UBS, tais como móveis, equipamentos, materiais médicos hospitalares e

de enfermagem, eletroeletrônicos, eletrodomésticos, eletroportáteis e lixeiras (fl. 253);

- Contratos de Manutenção preventiva e corretiva para equipamentos, marcenaria, manutenção predial, elétrica e hidrossanitária (fl. 253).

O Gestor informou também que fez algumas alterações com base no relatório de auditoria DAE nº 004/2015 (Quadro 3), tais como, a substituição da mesa clínica da UBSF Iririú Leonardo Schlickmann (fl. 253); construção de nova unidade para a UBS Morro do Meio, que apresenta dificuldade no acesso a cadeirantes e idosos (fls. 245); providências no sentido de se realizar a manutenção do piso danificado da UBS Nova Brasília (fl. 254).

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.1.5).

Análise dos comentários do Gestor

Com relação à necessidade de inclusão no PCCS de incentivos à produtividade e valorização dos profissionais da Atenção Básica, o Gestor informou que além da Gratificação de Produtividade por Desempenho Médico o PCCS ainda compreende os incentivos por Tempo de Chefia e por Tempo de Serviço.

O Gestor também manifestou concordância com o corpo técnico deste Tribunal, tendo inclusive solicitado formalmente à Secretaria de Gestão de Pessoas a revisão do PCCS, atendendo assim aos anseios dos profissionais da Atenção Básica que manifestaram durante a auditoria seu descontentamento em relação a falta de valorização dos servidores que realizam cursos de pós-graduação e especialização.

Considerando o exposto e os esforços despendidos pelo município na busca da valorização de seus profissionais da atenção básica, entende-se necessária a permanência da recomendação para que este corpo técnico possa acompanhar e avaliar no futuro se houve revisão no PCCS na área da Saúde e a instituição de nova política que foram informados pelo Gestor.

No tocante à estrutura física das unidades básicas de saúde, o Gestor expôs as ações que estão sendo executadas visando a melhoria da infraestrutura das UBS, como a criação de plano estratégico da Atenção Básica que

compreende o período de 2014 a 2035; construção e reforma/ampliação de diversas unidades de saúde; aquisição de equipamentos para as UBS; execução de contrato de manutenção preventiva/corretiva para equipamentos; marcenaria; manutenção predial, elétrica e hidrossanitária. O Gestor também promoveu algumas alterações de situações que foram evidenciadas nas UBS e que constaram do Quadro 3 do relatório de auditoria DAE nº 004/2015.

Considerando o que foi exposto e as ações propostas pelo município, entende-se necessária a permanência das **recomendações**, haja vista a necessidade de acompanhamento e avaliação do que foi proposto pelo Gestor.

2.1.3 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 Joinville informou que possui instrumentos para acompanhar a rotatividade dos profissionais da AB, contudo não encaminhou documentos comprobatórios (fls. 14-24).

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. 37-80).

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, fl. 160):

Tabela 3 - 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.

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

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

Para UBS com a Estratégia Saúde da Família:

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

Para UBS sem a Estratégia Saúde da Família:

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

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

Tabela 4 - Excedente populacional em Joinville.

UBS	População Coberta Total	Excedente populacional
* UBS SEDE VILA NOVA	23.706	5.706
* UBS SAGUAÇU	18.424	424
UBS LEONARDO SCHLIKMANN	19.454	7.454
* UBS SEDE COSTA E SILVA	31.958	13.958
UBSF SEDE JARIVATUBA	23.444	11.444
UBS BAKITAS	16.965	4.965
*UBS SEDE FÁTIMA	19.035	1.035
UBS EDLA JORDAN	20.882	8.882
UBS ITAUM	15.975	3.975
UBS ADHEMAR GARCIA	19.312	7.312
TOTAL		65.155

Fonte: TCE/SC *UBS que não possuem a Estratégia Saúde da Família.

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

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

Em Joinville, algumas UBS não contemplam a ESF, utilizando para estas um parâmetro de 18.000 pessoas por UBS, enquanto que para as demais, que possuem a ESF, o cálculo foi efetuado conforme mencionado anteriormente. Os resultados apontaram um excedente populacional total de 65.155 pessoas, sem cobertura por ESF. Representando, assim, uma cobertura populacional de 88,1%, enquanto o preconizado pela PNAB é de 100%.

Quanto à cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, que representa as UBS que adotam a ESF, o município de Joinville 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:

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

O município de Joinville conta com 52 UBS, onde 39 destas adotam a Estratégia Saúde da Família, representando 75% das UBS. Já a cobertura populacional pela ESF no município é de apenas 42,96%, número inexpressivo diante da população de Joinville ser elevada comparada aos demais municípios analisados (549.271 habitantes, segundo a SMS).

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 Joinville.

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

Número ideal de ACS:

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

Carência de ACS:

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

Realizados os devidos cálculos, os resultados foram os seguintes.

Tabela 5 - Carência de ACS em Joinville.

UBS	População Coberta	ACS		
		Atual	Ideal	Carência
* UBS SEDE VILA NOVA	23.706	19	31	12
* UBS GLORIA	14.697	11	19	8
* UBS AVENTUREIRO I	11.984	0	15	15
* UBS SAGUAÇU	18.424	0	24	24
UBS LEONARDO SCHLIKMAN	19.454	24	25	1
* UBS SEDE COSTA E SILVA	31.958	22	42	20
UBSF JARDIM PARAÍSO V	6.997	2	9	7
* UBS BOM RETIRO	15.931	5	21	16
UBSF JARDIM SOFIA	4.460	3	5	2
UBSF ITINGA	3.359	3	4	1
UBSF NOVA BRASÍLIA	11.543	14	15	1
UBSF MORRO DO MEIO	7.314	8	9	1
UBSF SEDE JARIVATUBA	23.444	28	31	3
UBSF JARDIM EDILENE	10.485	8	13	5
UBSF ESTEVÃO DE MATOS	9.134	9	12	3
UBSF PARQUE GUARANI	11.878	10	15	5
UBSF MOINHO DOS VENTOS	4.791	5	6	1
UBSF DA ILHA	4.182	2	5	3
*UBS SEDE FÁTIMA	19.035	20	25	5
UBS EDLA JORDAN	20.882	24	27	3
UBS ITAUM	15.975	15	21	6
UBS ADHEMAR GARCIA	19.312	23	25	2
TOTAL				144

Fonte: TCE/SC. *UBS que não possuem a Estratégia Saúde da Família.

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

Resumidamente, a situação é descrita na tabela abaixo:

Tabela 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 77% em Joinville.

Vale ressaltar que as análises foram efetuadas somente com base no preconizado na PNAB, nos dados numéricos estabelecidos. Não foram analisadas para os referidos cálculos as especificidades das regiões nas quais as UBS estão inseridas, como critérios de vulnerabilidade.

Portanto, resta à **SMS de Joinville**

- Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS e reduzir o excedente populacional sem cobertura da Atenção Básica, de acordo com o item 4.4, inciso III, da Política Nacional de Atenção Básica.
- Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover alocação a fim de aumentar a cobertura atual de 42,96% pela Estratégia Saúde da Família – ESF, de acordo com o item 4.4, inciso III, da Política Nacional de Atenção Básica.
- Promover a realocação dos Agentes Comunitários de Saúde de forma a suprir as UBS que apresentam carência destes profissionais de forma a aumentar o atual percentual de cobertura de ACS, de acordo com o item 4.4, inciso II, da Política Nacional de Atenção Básica.

Busca-se, com o estabelecimento 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 do Gestor (fls. 254-7)

O Gestor informou que os três modelos de UBS que compõem a Rede de Atenção à Saúde de Joinville são Saúde da Família, Estratégia Agentes Comunitários de Saúde e Rede Convencional. Afirmou que atualmente sua população adscrita é de 554.601 habitantes e que o município tem 100% de cobertura territorial na Atenção Básica. Possui 55 unidades de saúde, dos quais 37 com Saúde da Família. Alegou que as novas unidades de saúde, no tocante ao número populacional por unidades de saúde e equipes de saúde, estão sendo construídas se adequando à população recomendada na PNAB, ou seja, UBS convencionadas para 18.000 habitantes e UBSF para 12.000 habitantes (exceto Porte IV), e que várias de suas equipes de Saúde da Família estão acima do parâmetro recomendável.

Registrou que construções de unidades básicas convencionais tornam-se onerosas ao município, uma vez que inexistem incentivos financeiros para tal, como acontece com as UBS. Além disso, reafirmou que muitas das unidades de saúde são locadas e antigas, buscando atender a Portaria nº 648/GM de 26/03/2006, que orienta um parâmetro diferente para as unidades convencionais (uma UBS para até 30 mil habitantes).

Informou que o município apresentou ao Conselho Municipal de Saúde um Plano Estratégico da Atenção Básica para os próximos 20 anos, na qual estão inseridas todas as Unidades Básicas existentes, a necessidade de novas unidades e equipes de saúde da família, incluindo a readequação daquelas acima do preconizado e considerando o crescimento populacional.

Com relação aos agentes comunitários de saúde, o Gestor informou que em 23/04/2015 foi homologado o Processo Seletivo Simplificado – Edital nº 001/2015 para a contratação de Agente Comunitário de Saúde, havendo previsão de contratação de 263 profissionais em caráter temporário.

Atualmente o município possui 721 microáreas para cobrir um território adscrito de 76,68% (425.286 habitantes). Em atuação há 438 Agentes Comunitários de Saúde (238 microáreas estão sem ACS). As referidas áreas descobertas serão sanadas por meio da contratação dos agentes comunitários do processo seletivo já citado. Contudo, as contratações dar-se-ão em três etapas, estando finalizadas até janeiro/2016, quando então haverá a cobertura ideal de ACS no município.

No tocante à realocação de servidores, o Gestor entende ser impossível tal prática, uma vez que a Lei Federal nº 11.350/2006 estabelece que o ACS deva residir em sua área de atuação, cujo objetivo é fortalecer o vínculo desse profissional na comunidade que trabalha.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.1.6).

Análise dos comentários do Gestor

O Gestor informou que o município já dispõe de um Plano Estratégico da Atenção Básica para os próximos 20 anos, na qual estão inseridas todas as Unidades Básicas existentes, a necessidade de novas unidades e equipes de saúde da família, incluindo a readequação daquelas acima do preconizado e considerando o crescimento populacional.

Com relação aos ACS, o Gestor informou que já homologou o Processo Seletivo Simplificado – Edital nº 001/2015 para a contratação de Agente Comunitário de Saúde, havendo previsão de contratação de 263 profissionais em caráter temporário até janeiro/2016.

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

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

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

Para o cálculo do excedente populacional, tendo em vista que Joinville apresenta algumas UBS sem ESF, utilizou-se o parâmetro de 18.000 pessoas por UBS, enquanto que para as UBS que possuem ESF, o cálculo foi com base no ideal de 12.000 pessoas por UBS.

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

- II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, **com um máximo de 750 pessoas por ACS** e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;
- III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, **4.000 pessoas**, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

O objetivo de apresentar o cálculo de cobertura foi alertar ao Gestor quanto à importância de um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS.

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

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;

Constata-se por fim, que o objetivo desta auditoria é propor recomendações que auxiliem o Gestor na solução de problemas detectados por

este corpo técnico, sendo necessário, portanto, a manutenção das **recomendações** quanto ao diagnóstico das necessidades de pessoal para alocação e para aumentar a cobertura das ESF, haja vista a necessidade de acompanhamento e avaliação do que foi proposto ao Gestor.

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”.¹⁰

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

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

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

[...]

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

No aspecto conceitual de monitoramento e avaliação (M&A) e suas diferenças, cita-se Santos¹¹, 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 3 - Diferenças entre Monitoramento e Avaliação.

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

¹⁰ 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).

¹¹ Santos, Adriana Rodrigues dos. Monitoramento e avaliação de programas no setor público [manuscrito]: a experiência do PPA do Governo Federal no período 2000-2011. Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa (ISC), 2012, p. 19.

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

Fonte: ¹²

No roteiro para reflexão e ação da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹³, 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.¹⁴ (grifo nosso)

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

O **Município de Joinville** em resposta documental informa que não há um setor formalmente constituído com esta finalidade na SMS para monitoramento e avaliação, quem realiza é a gerência de Atenção Básica, por meio do Núcleo de Apoio Técnico (NAT). Ainda, o setor de Planejamento atua como facilitador desse processo, realizando diversas atividades, tais como capacitações com os profissionais, disponibilizando uma plataforma na rede informatizada da Secretaria com os indicadores oficialmente pactuados,

¹² Ibid., p. 19.

¹³ 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.

¹⁴ Ibid., p. 11.

esclarecendo dúvidas e compilando os indicadores quadrimestralmente para prestar contas junto ao Conselho Municipal de Saúde e a Câmara de Vereadores, e anualmente para o Relatório Anual de Gestão. O RAG de 2012, no item 1.9, afirma que o M&A foi realizado por várias gerências da SMS.

Para o monitoramento e avaliação o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) tem 14 servidores efetivos, um deles está de licença sem vencimentos. O setor de planejamento conta com 4 servidores efetivos.

Estas informações foram encaminhadas por Ofício 152/2014/GAB/SMS/MV em 09/09/2014 em resposta ao ofício nº 14.166/2014, itens 2.1 a 2.3 (fls. 14-24).

No Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2010-13, nos RAGs 2012/13 e na relação de cursos realizados (Anexo 8) não foi possível identificar capacitações para a equipe de M&A.

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

Quadro 4 – Quantitativo de servidores de M&A, norma e outras atividades.

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

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

Levando-se em consideração a documentação encaminhada, verificou-se que não possui estrutura formal para a realização de monitoramento e avaliação da atenção básica na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville. Além disso, não possui critérios de dimensionamento para definição da equipe de M&A da Atenção Básica (fls. 14-24).

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 evidência da priorização da área de M&A (prioridades definidas nos planos).

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

A Secretária Municipal de Saúde de Joinville disse que não há unidade específica M&A (Entrevista Questão 8 e 9 – PT 07.8_9, fls. 143-6). No que se refere à quantidade suficiente ou não de servidores, a Secretária de Joinville informou que a equipe de M&A é suficiente.

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

Quadro 5 - 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 à existência de unidade específica, suficiência de servidores e a forma de monitoramento e avaliação, estão relacionados a seguir (fls. 37-80).

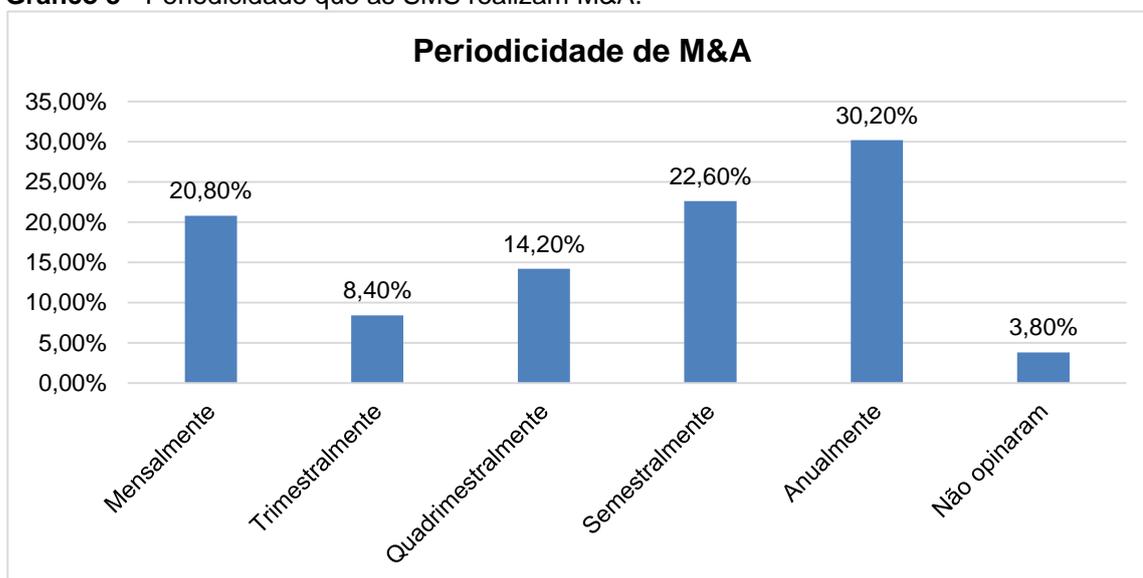
Na percepção dos gestores municipais (128), 40,6% apontam que a SMS não possui unidade específica ou pessoal responsável pelo monitoramento e avaliação dos indicadores da Atenção Básica, enquanto 59,4% dos municípios informaram contar com uma unidade ou pessoal (questão 21).

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.

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. 96-110).

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. 112-39).

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

As Secretarias de Desenvolvimento Regionais apontaram no questionário eletrônico que as suas estruturas são deficitárias em recursos humanos, transporte e recursos financeiros para atividades de M&A de indicadores da Atenção Básica nos Municípios (fls. 82-94).

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

- O prejuízo da capacidade avaliativa das SES/SMS, gerando avaliações superficiais da Atenção Básica;

- A ineficiência do M&A da Atenção Básica realizado pelos gestores estaduais e municipais, resultando em déficit de informações estratégicas e deficiência no planejamento.

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

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

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

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

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

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

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

Comentários do Gestor (fls. 257-8)

O Gestor informou que o trabalho de monitoramento e avaliação da Atenção Básica estava sendo realizado parcialmente pelas equipes de

Planejamento e Núcleo de Apoio Técnico da Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente, o órgão passa por um momento de construção e definição das competências e atribuições dos setores da Secretaria, tendo conclusão prevista para dezembro/2015. Em razão disso, a Secretaria entendeu por definir a competência de monitoramento e avaliação à área de Planejamento, que já detém pessoal capacitado para as referidas ações (fls. 376-9).

Ao final da manifestação, o Gestor solicita prazo para a conclusão dos trabalhos de definição das competências e atribuições de cada área da Secretaria Municipal de Saúde, para que possam realizar a adequação da estrutura organizacional da Secretaria que passará então a contemplar a referida atividade.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.2.1).

Análise dos comentários do Gestor

O município de Joinville, em resposta, confirmou que à época da auditoria não possuía um setor formalmente constituído com a finalidade de monitoramento e avaliação na SMS. Entretanto, enfatizou que atualmente esta incumbência está a cargo apenas do Setor de Planejamento, que tem em seu quadro servidores capacitados para a execução das referidas ações voltadas ao monitoramento & avaliação.

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

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

Por fim, em relação à competência e às atribuições da Secretaria Municipal de Saúde, nesta incluída o monitoramento e avaliação, o Gestor solicita prazo até dezembro de 2015 para conclusão dos trabalhos que estão realizando.

Dessa forma, mantêm-se as **recomendações** anteriormente sugeridas à SMS de Joinville, para futuramente monitorar.

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)¹⁵, que cita Maria das Graças Rua, Marcos Thadeu Queiroz Magalhães e o IBGE, do ponto de vista das políticas públicas, na visão deles:

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

Há uma diferenciação dos indicadores, segundo a classificação de COHEN e FRANCO, (2000 apud Januzzi¹⁶, 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

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

programa de atenção básica. Os dados referentes à AB, além de constar dos instrumentos de planejamento, devem ser avaliados para que se busque o alcance dos resultados almejados.

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

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

II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;

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

A partir da tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde (fls. 37-80) e gestores das secretarias de estado de desenvolvimento regionais (fls. 82-94); 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.

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

Fonte: Questionário eletrônico as SDR (questão 9).

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

Na entrevista com o gestor da secretaria municipal de saúde de Joinville (fls. 143-6), sobre a utilização dos indicadores da AB no planejamento, a divulgação dos indicadores e sobre a confiabilidade dos dados fornecidos pelos municípios verificou-se que:

- Informou que utiliza os indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica para a realização do seu planejamento. E a forma de utilizar os indicadores da AB é por meio dos instrumentos de planejamento (PAS) e para a prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde e para a Câmara de Vereadores (questão 10 – PT 07.10_11_12);

- Os resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica são divulgados. Em Joinville a frequência é quadrimestral ao CMS (questão 11 – PT 07.10_11_12);

- Afirmou que não existem procedimentos para verificação da confiabilidade dos dados encaminhados pelas UBS.

O **Município de Joinville**, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), encaminhou os indicadores utilizados para avaliar e monitorar a qualidade nos serviços da atenção básica, do COAP de 2014 a 2017, do Plano Municipal de Saúde (Anexo 12), os indicadores do PMAQ com o desempenho de 26 ESF, avaliados em 2012, e os indicadores programados e executados nos exercícios de 2012 e 2013 (Anexo 11) (2.5).

Quanto aos indicadores de gestão, a SMS de Joinville remeteu somente os resultados da Avaliação Externa do PMAQ 2012 (2.6). Observou-se no Plano Municipal de Saúde e nos RAG de 2012 e 2013 poucos indicadores de insumos e processos.

Estas informações foram encaminhadas por Ofício 152/2014/GAB/SMS/MV em 09/09/2014 em resposta ao ofício nº 14.166/2014, itens 2.5 e 2.6 (fls. 14-24).

Resumindo as evidências documentais, em Joinville não foi identificado, nos instrumentos de planejamento, 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 estadual e municipais.

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

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

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

demandas reais de saúde da população no planejamento da Atenção Básica. Ainda, a melhoria na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica aos usuários.

Comentários do Gestor (fls. 258-60)

O Gestor concordou que ainda se faz necessária a adoção de mais indicadores de insumos e processos para a avaliação da Atenção Básica. Propôs apresentar a este Tribunal, dentro de quatro meses, um conjunto de indicadores de insumos e processos que permitam a melhor avaliação da Atenção Básica.

No tocante à necessidade de publicação dos relatórios quadrimestrais no site da Prefeitura/Secretaria, o Gestor apresentou em sua manifestação a imagem do site oficial da Secretaria Municipal de Saúde, na página “Instrumentos de Gestão”, a publicação das Prestações de Contas dos 1º, 2º e 3º quadrimestres/2014 e 1º quadrimestre/2015. Constam ainda na respectiva página o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e os Relatórios Anuais de Gestão 2008 a 2014.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.2.2).

Análise dos comentários do Gestor

Identificou-se na auditoria a baixa utilização de indicadores como estratégia de aprimoramento da gestão da Atenção Básica, uma vez que os instrumentos de gestão utilizados pela SMS, como o PMAQ, contemplam alguns indicadores de insumo e processo, mas ainda de forma incipiente.

O Gestor em sua manifestação concordou com o apontado e se comprometeu a apresentar dentro de quatro meses um conjunto de indicadores de insumos e processos que permitam uma melhor avaliação da Atenção Básica.

Neste sentido, mantém-se a restrição de adoção de insumos e processos para a avaliação da Atenção Básica, haja vista a necessidade de acompanhamento e avaliação do que foi proposto pelo Gestor.

Quanto à restrição de ausência de publicação dos Relatórios Quadrimestrais no site da Prefeitura/Secretaria, o Gestor demonstrou que já tomou as providências devidas para a publicação, uma vez que este corpo instrutivo em pesquisa ao link <https://saude.joinville.sc.gov.br/conteudo/4-Instrumentos+de+Gestão.html> verificou a devida publicação das Prestações de Contas dos 1º, 2º e 3º quadrimestres/2014 e 1º quadrimestre/2015, razão pela qual se considera cumprida a recomendação.

Isto posto, considerando que o objetivo desta auditoria é propor recomendações que auxiliem o Gestor na solução de problemas detectados por este corpo técnico, entende-se necessário a manutenção da seguinte **recomendação**:

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

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 Joinville** não remeteu o levantamento/diagnóstico, mas informou que as UBS receberiam novos computadores e a troca de links de comunicação ADSL para links IPs, e que o processo de compra dos mesmos está tramitando na Secretaria da Administração da Prefeitura Municipal de Joinville – PMJ – Processo nº 14.0.001699-9 do SEI (Sistema Eletrônico de Informações), conforme sua informação no ofício nº 152/2014/GAB/SMS/MV, de 09/09/2014. Também, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI, em sua resposta, informou que os atendimentos das necessidades estão no Plano municipal de Saúde 2014-2017: página 22. Estas foram as respostas aos itens 2.9 e 2.11, do ofício DAE nº 14.166/2014, de 25/08/2014, respectivamente.

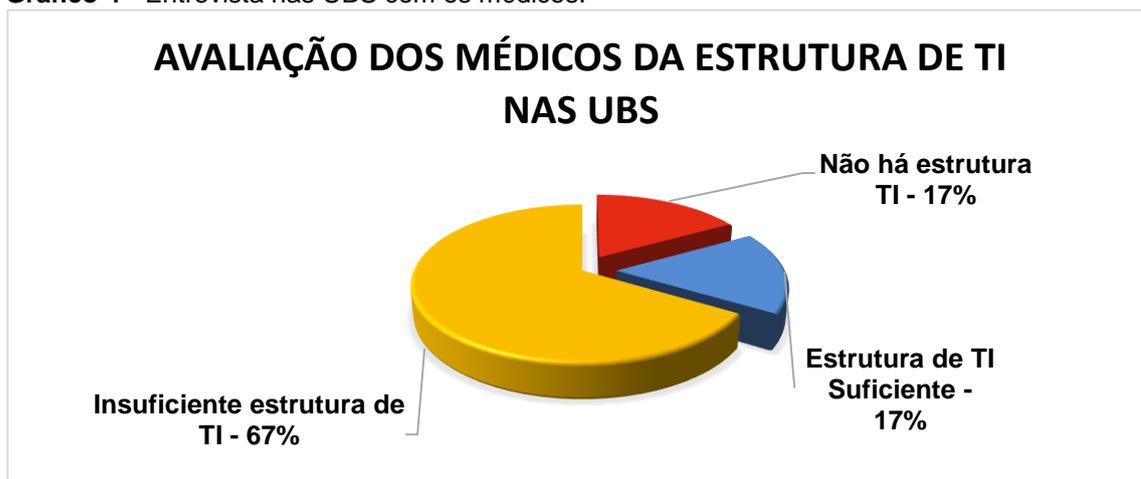
Por outro lado, 75% das Secretarias Municipais de Saúde (Araquari, Florianópolis e Joinville) avaliaram que a sua estrutura de TI é insuficiente (PT 06) para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica. Informação prestada também por meio de entrevista (questão 13).

Nas entrevistas com os Gestores das UBS visitadas, estes afirmaram que em 67% das UBS a estrutura de TI é insuficiente (PT 01), para o

desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica, já para 33% a estrutura de TI é suficiente (questão 09).

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

Gráfico 4 - Entrevista nas UBS com os médicos.



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

Para 75% dos profissionais enfermeiros (fls. 148-54), 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 6 - Consultório dos médicos e de enfermeiros da UBS visitadas com computador antigo e sem impressora.

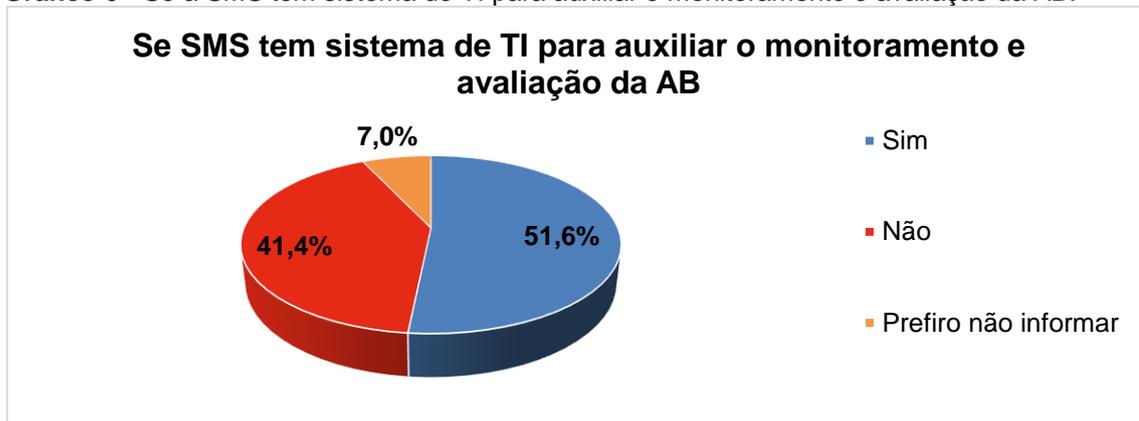


Foto 100_6850: Consultório Médico na UBS Iriú Leonardo Schilickmann de Joinville com computador antigo e sem impressora.

Os resultados das respostas dos questionários eletrônicos (fls. 37-80), 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).

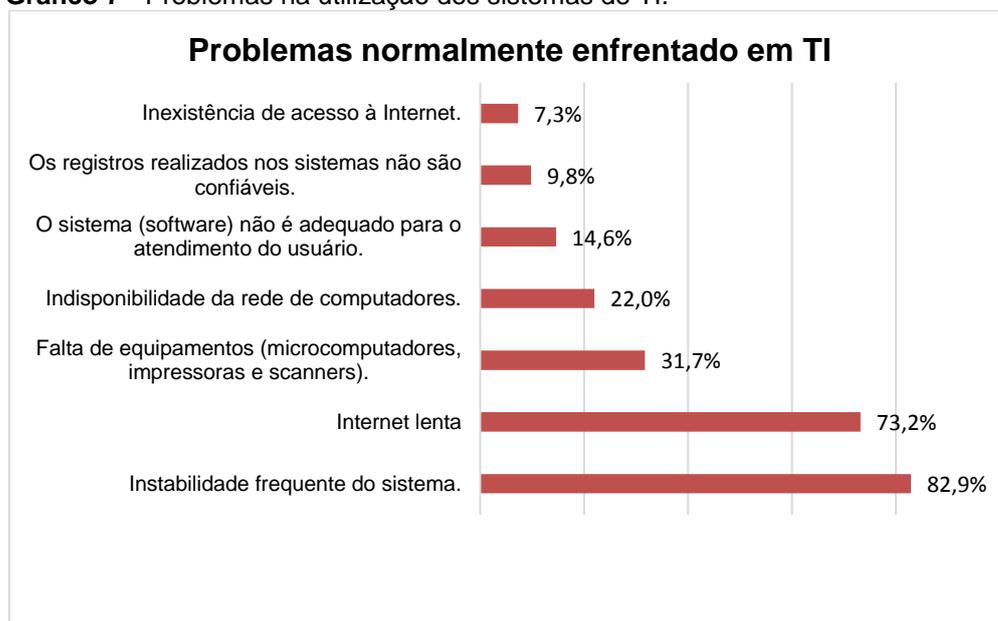
Gráfico 6 - Se a SMS tem sistema de TI para auxiliar o monitoramento e avaliação da AB.



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).

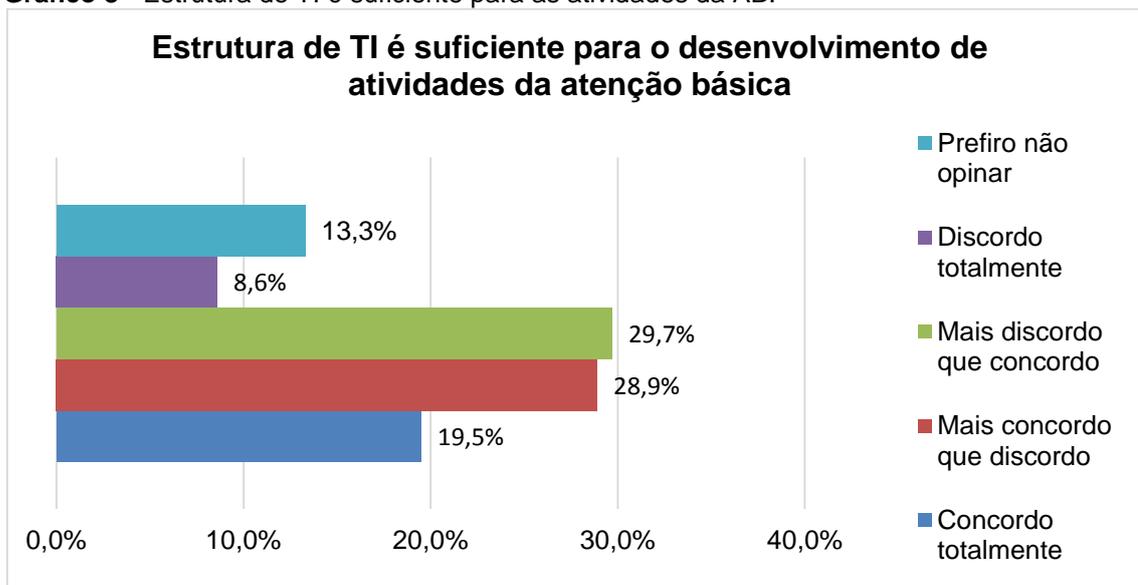
Gráfico 7 - Problemas na utilização dos sistemas de TI.



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.

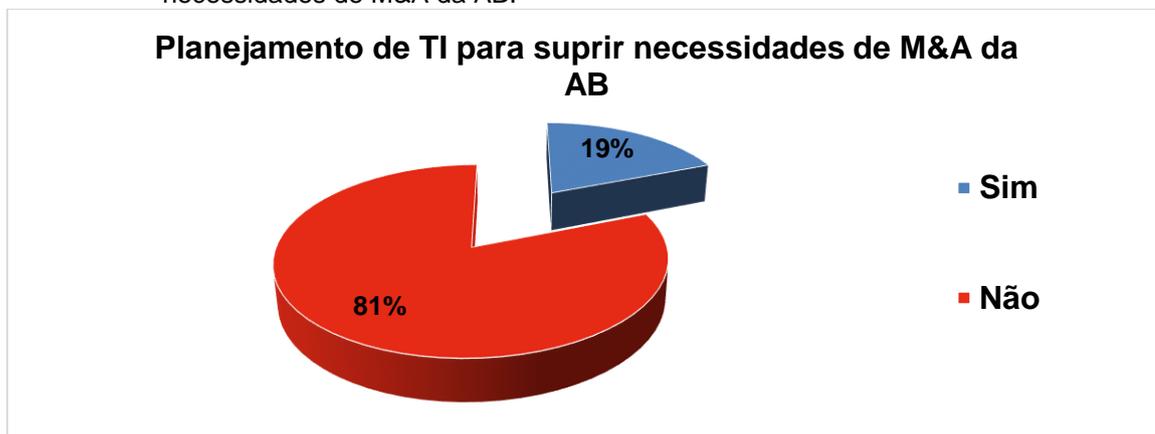


Fonte: Questionário eletrônico aos Secretários municipais (questão 41).

Os resultados das respostas dos questionários eletrônicos das SDRs, quanto a 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 à **Secretaria Municipal de Saúde de Joinville:**

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

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

Comentários do Gestor (fl. 260)

O Gestor apresentou documentação da Gerência de Tecnologia da Informação (fls. 381-2), que se refere ao plano de ação que contempla as necessidades de adequação da estrutura de TI nas UBS, executado com base no diagnóstico previamente realizado por aquela gerência, envolvendo a necessidade de novos computadores, impressoras e implantação de prontuário eletrônico.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.2.3).

Análise dos comentários do Gestor

As ações contempladas no Plano de Ação apresentado pelo Gestor (fls. 381-2) se referem à Insuficiência dos Recursos de TI, Falta de Integração dos Sistemas Informatizados entre os níveis de atenção e CNES atualizado, tendo como prazo final para execução o mês de dezembro/2015. Consta ainda do referido Plano, que já foi realizada a implantação do sistema de software chamado CDS (Coleta de Dados Simplificada) do eSUS Atenção Básica, que deverá ser utilizado pelos ACS para a alimentação de dados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

Considerando o exposto, ressalta-se que o objetivo desta auditoria é propor recomendações que auxiliem o Gestor na solução de problemas detectados por este corpo técnico, razão pela qual se entende necessária a manutenção das **recomendações**, haja vista a necessidade de acompanhamento e avaliação do que foi proposto pelo Gestor para o presente item.

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)

Deficiências no apoio ao processo de planejamento da AB junto às Secretarias Municipais – SMS e (2) Baixa participação dos conselhos de saúde nas discussões relativas ao planejamento.

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) restrição do acesso da população aos outros níveis de atenção; (3) deficiências dos sistemas informatizados utilizados para a interação entre os níveis de atenção; (4) ausência de apoio e estruturação matricial para reduzir o número de 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 referenciamento para outros níveis de atenção.

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

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

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

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993) estabeleceu um novo modelo de pactuação federativa e consolidou o papel dos Conselhos de Saúde, a partir da definição de que o município só receberá o recurso financeiro se comprovar a existência e o funcionamento do Conselho de Saúde, que deverá aprovar os referidos planos de saúde municipais.

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

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

I – (...)

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º (...)

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

Com o objetivo de colher as percepções dos conselhos acerca do planejamento em saúde, foi realizado grupo focal com, pelo menos, três conselheiros dos Municípios de Araquari, Canoinhas, Joinville e Florianópolis. Convém destacar que não foi possível realizar o mesmo trabalho com o Conselho Estadual de Saúde. Portanto, as evidências referem-se ao Planejamento de Saúde Municipal (fls. 162-3).

No Município de **Joinville**, informaram que participam do Plano Municipal da Saúde, que foi feita uma comissão para a construção do plano (10 conselheiros antigos) e acrescentaram que com relação aos outros instrumentos não há participação.

Dentre os aspectos que dificultam a atuação do conselho foram relacionadas a indisponibilidade de tempo, a dificuldade no entendimento dos relatórios apresentados, muitas vezes pela falta de conhecimento técnico para a interpretação. Além disso, há uma falta de entendimento da importância do que é o Conselho Municipal da Saúde, muitas vezes quando pedem documentos e esclarecimentos não são atendidos.

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 Joinville**:

- 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 do Gestor (fls. 260-2)

O Gestor informou que a Secretaria-Executiva, mantida pela Secretaria Municipal de Saúde, é a responsável pelo assessoramento das atividades do Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde. Ela realiza anualmente um curso de capacitação de conselheiros de saúde (16h/a) e assessora os conselhos locais de saúde, dando orientação e acompanhamento nos bairros. Como exemplo tem-se que neste semestre foram realizados dois encontros de capacitação com as secretárias de conselhos locais, tendo como objetivo a orientação e capacitação do exercício do controle social. A Secretaria também promoveu eventos temáticos e de conscientização, a exemplo da última reunião temática que discutiu o impacto dos acidentes de trânsito na saúde pública, envolvendo conselheiros de saúde, comunidade e órgãos públicos relacionados ao tema.

Os conselheiros também participam de eventos de capacitação, aperfeiçoamento e defesa do SUS no âmbito estadual e nacional, sempre aprovados previamente pelo Conselho Municipal de Saúde.

Dentre as atribuições do Conselho estão a apreciação e avaliação das prestações de contas da Secretaria Municipal de Saúde, apresentadas em

assembleia quadrimestralmente; do Relatório de Gestão; da Programação Anual; a Lei Orçamentária e, a cada quatro anos, acompanha e discute a elaboração do Plano Municipal de Saúde e do Plano Plurianual. A cada dois anos o conselho realiza a Conferência Municipal de Saúde que avalia a atual situação de saúde do município, elabora propostas que são encaminhadas a gestão e elege a nova nominata do Conselho Municipal de Saúde para o próximo biênio.

Ao final, o Gestor pondera que apesar de todos os esforços por parte da Secretaria-executiva, a adesão da comunidade e dos conselheiros ainda é tímida.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.3.2).

Análise dos comentários do Gestor

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

Evidenciou-se na auditoria que a participação do Conselho de Saúde no município de Joinville ainda é incipiente, uma vez que os próprios conselheiros afirmaram ter participado apenas da execução do Plano Municipal de Saúde, não havendo participação nos demais instrumentos. Dessa forma, verificou-se um baixo poder de atuação do Conselho, pouco conhecimento de leis, insuficiência no repasse de recursos e de informações pela SMS.

Ressalta-se a importância da participação do CMS na aprovação dos instrumentos de gestão do SUS, conforme relatado pela Unidade Gestora. No entanto, as evidências levantadas na auditoria divergem dos argumentos apresentados pelo Gestor no tocante a capacitação ofertada aos Conselheiros, uma vez que os mesmos relataram que essa prática não ocorre. Neste sentido, a **recomendação** para que a SMS desenvolva e implemente rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde deve permanecer, contribuindo

para a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, de acordo com o §2º do artigo 1º da Lei nº 8.142/11.

2.3.2 Deficiências na integração entre os níveis de atenção como falta de integração dos sistemas informatizados; ausência de apoio e estruturação matricial para reduzir os encaminhamentos; falta da prática dos profissionais da MAC em registrar a contrarreferência; e ausência de controle sistemático após o referenciamento para outros níveis de atenção, o que interfere no cuidado dos 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 fluxo¹⁷. O acesso da população à rede de saúde se dá por meio dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário).

O Sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo, no qual os serviços estão organizados de forma a possibilitar o

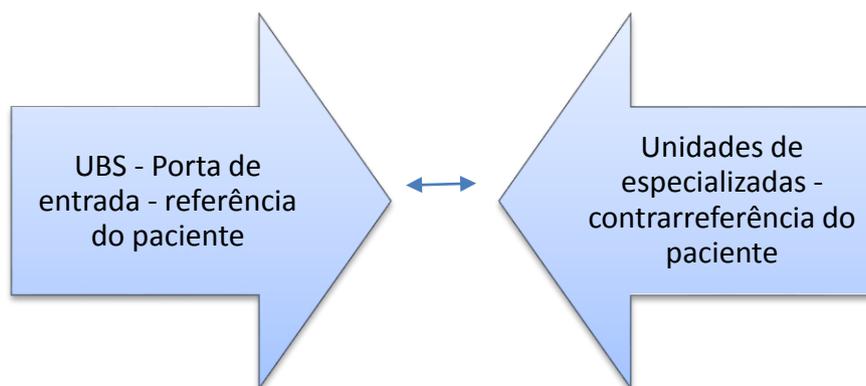
¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza Sus. Referência e Contra-Referência. Brasília,2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/glossary/term/131>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

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, 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.

Em **Joinville**, foi informado que mesmo com a orientação para que se realize a referência e a contrarreferência, é frequente que o usuário retorne da consulta com o especialista sem a contrarreferência. Em algumas especialidades esta prática está implementada, como é o caso da endodontia e periodontia. A mesma situação ocorre nos Prontos Atendimentos, onde os pacientes classificados na cor azul são contrarreferenciados para a Atenção Básica para agendamento. Pela intranet é possível ter acesso às especialidades consultadas, porém como não dispõem de um prontuário eletrônico, não é possível ter acesso ao atendimento que foi realizado (PT 08, Item 3.11, fls. 14-24).

De acordo com os profissionais entrevistados não existe a prática de contrarreferência pelos médicos especialistas. Na percepção deles há uma desqualificação e desvalorização do profissional médico que atua na AB. Em alguns casos o próprio médico da AB poderia solicitar exames e resolver o problema, mas como não tem protocolo para isso, tem que encaminhar ao especialista. Citaram também falta de integração entre os sistemas e alto número de encaminhamentos desnecessários para a regulação.

Como uma boa prática e parte da solução para o problema foi citado o matriciamento, que acontece em algumas especialidades, como no caso de cardiologista, endócrino e psiquiatria.

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

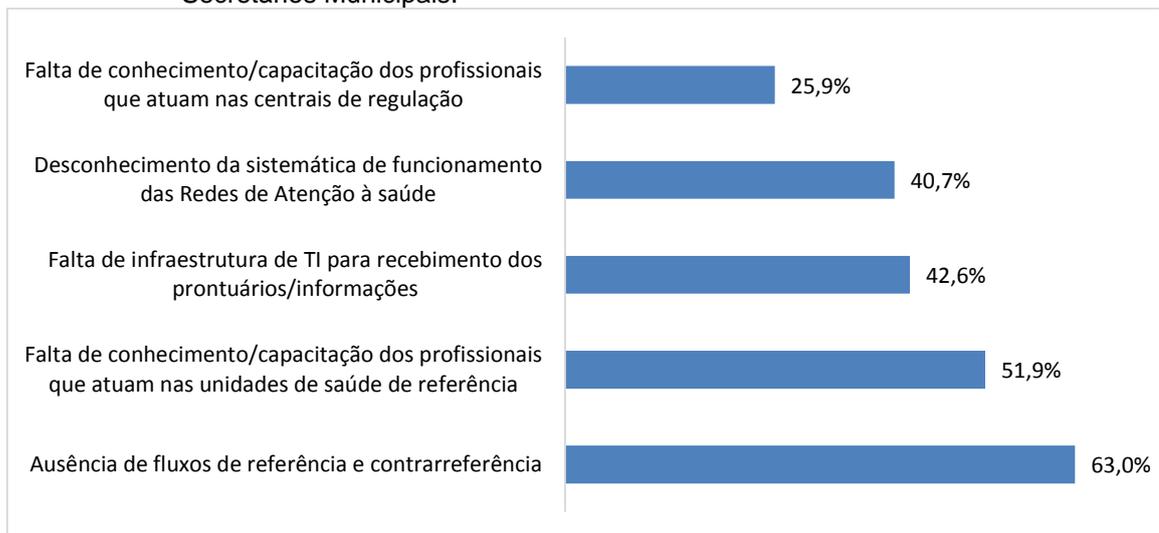
Com base na documentação encaminhada e nas entrevistas realizadas, os principais problemas identificados foram (1) ineficiência dos

sistemas informatizados utilizados para integração entre os níveis de atenção e a falta da prática médica dos profissionais da média e alta complexidade de registrar a contrarreferência.

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

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 Joinville**:

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

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

Comentários do Gestor (fls. 262)

O Gestor informou que a prática de matriciamento iniciou-se em Joinville no exercício de 2010 e tinha como foco à época as especialidades de cardiologia e endocrinologia. A Secretaria já realizou matriciamento em gastroenterologia, neurologia, pediatria, e atualmente realiza em cardiologia, endocrinologia (Telessaúde on-line com profissionais de Joinville), cirurgia vascular e mastologia. Anexo à manifestação, juntou-se documentação contendo

planilhas com os cronogramas de matriciamento que aconteceram no 1º e 2º semestres de 2014, e 1º semestre/2015 (fls. 384-415).

Alegou ainda que os casos mais simples são atendidos e resolvidos nas UBS, tendo havido desta forma a diminuição no tempo de espera para a primeira consulta. Os casos considerados urgentes pelos médicos matriciadores tem prioridade de agendamento que ocorre em 3 a 30 dias.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.3.5).

Análise dos comentários do Gestor

A manifestação do Gestor faz referência apenas ao matriciamento que o Município já vem desenvolvendo desde 2010 e que atualmente se estende à diversas especialidades. A documentação encaminhada contempla o cronograma dos matriciamentos ocorridos em 2014 e 1º semestre/2015, contendo também o agendamento até novembro/2015.

No entanto não houve manifestação acerca da necessidade de criação de mecanismos para institucionalizar o preenchimento/registro da contrarreferência, e, do estabelecimento de controles do tempo médio de retorno por encaminhamentos e de indicadores específicos para o cálculo de percentual de encaminhamentos da AB para a média e alta complexidade.

Ressalta-se novamente à Unidade que a adoção das medidas sugeridas no relatório de auditoria possibilitará uma maior integração entre as ferramentas de referência e contrarreferência, como também visará a redução de encaminhamento para média e alta complexidade. A criação dos indicadores permitirá que o Gestor tenha conhecimento do grau de resolutividade da atenção básica.

Ante o exposto, permanecem as **recomendações** feitas anteriormente à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.

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

cadastro 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 subseqüente 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 1 - Cronograma CNES 2014.

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

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

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

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

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

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

- I - Apresentar os registros de atendimento da atenção ambulatorial e/ou hospitalar do SUS;
- II - Apresentar os registros de ações de vigilância sanitária;

- III - Apresentar os registros de produção das respectivas equipes e profissionais;
- IV - Requerer novas habilitações; e
- V - Requerer inscrição em novos programas e/ou políticas.

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

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas.

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

Tabela 10 - 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
	Inglese	28/08/2014	02/09/2014	3	3	6
Joinville	Iririú	28/08/2014	18/09/2014	7	8	15
	Willy Schossland	28/08/2014	17/09/2014	2	2	4
	Morro do Meio	28/08/2014	16/09/2014	1	1	2
Total				32	23	55

Fonte: Consolidação checklist profissionais (PT 20).

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 Joinville foram encontradas 21 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 11 - 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%
	Ingleses	63	6	9,52%
	Canto da Lagoa	9	0	0
Joinville	Iririú	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 check list.

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

As UBS com percentuais mais expressivos foram as de Itapocu em Araquari e Iririú em Joinville, onde, respectivamente, 85% e 62% dos profissionais que atuam nas mesmas estão com cadastros desatualizados no CNES, mostrando que mais da metade dos profissionais que atuam na UBS não possuem seus registros funcionais corretos no portal.

Ao entrevistar os Secretários dos municípios visitados sobre os procedimentos utilizados para verificar a confiabilidade dos dados encaminhados

pelas UBS, 75% responderam que são realizados, enquanto que 25% informaram que não.

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

No caso de Joinville, foi informado que é a própria SMS que é responsável por alimentar os sistemas informatizados e encaminhar para o Ministério da Saúde. As informações passam para os digitadores que ficam no distrito para alimentar o sistema (PT 05).

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 SCNES 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 SCNES.

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

- Proceder a atualização sistemática dos cadastros no SCNES 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 (fls. 262-3)

Alegou-se que a Secretaria Municipal de Saúde possui apenas um servidor responsável pela atualização das informações no CNES e que em razão dos achados da auditoria deste Tribunal irão estabelecer um fluxo sistemático em

que envolva a responsabilidade de outras esferas da administração, como exemplo a Secretaria de Gestão de Pessoas, de modo que se tenha sempre um cadastro atualizado. Informou que diante da deficiência diagnosticada por este Tribunal irá estabelecer instrução normativa via portaria, definindo responsáveis, responsabilidades e tempo de execução de cada atividade, objetivando assim garantir que o CNES esteja sempre atualizado.

Estas foram as justificativas e documentos anexados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS), em resposta ao Relatório de Instrução Despacho DAE nº 004/2015 (item 2.4.1).

Análise dos comentários do Gestor

O Gestor informou que possui apenas um servidor responsável pela atualização das informações no CNES e se comprometeu a estabelecer medidas que venham facilitar a alimentação de dados no CNES, dando maior fidedignidade às informações extraídas e relatórios mais confiáveis.

Isto posto, torna-se oportuno manter a **recomendação** até o final do monitoramento desta auditoria, para que seja possível acompanhar a continuidade do processo de trabalho adotado pela Secretaria, já que o CNES é um instrumento essencial para o gerenciamento e a gestão no direcionamento das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. CONCLUSÃO

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

Considerando que a auditoria operacional compreende o exame de funções, subfunções, programas, projetos, atividades, operações especiais, ações, áreas, processos, ciclos operacionais, serviços e sistemas governamentais com o objetivo de emitir comentários sobre o desempenho dos órgãos e entidades da Administração Pública estadual e municipal, e sobre o resultado de projetos realizados pela iniciativa privada sob delegação, ou mediante contrato de gestão ou congêneres, bem como sobre o resultado das políticas, programas e projetos públicos, pautado em critérios de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, equidade, ética e proteção ao meio ambiente, além dos aspectos de legalidade (art. 1º da Resolução N. TC-79/2013);

Considerando os comentários do Gestor Público acerca das constatações apuradas durante a realização da auditoria, constantes às fls. 237-564;

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

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

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

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

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

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

3.3 Determinações:

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

3.4 Recomendações:

3.4.1 Ofertar cursos de formação e capacitação continuada aos gestores e profissionais da Atenção Básica com vistas a contemplar as suas necessidades, previstas no Diagnóstico e levantamento, de forma a estimular e viabilizar a educação permanente, de acordo com o Item 3.1, inciso VI da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (item 2.1.1 do Relatório);

3.4.2 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 (item 2.1.2 do Relatório);

3.4.3 Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, conforme determina item 3.4, X da PNAB (item 2.1.2 do Relatório);

3.4.4 Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, conforme determina o item 3.4, inciso XI da PNAB (item 2.1.2 do Relatório);

3.4.5 Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS e reduzir o excedente populacional sem cobertura da Atenção Básica, de acordo com o item 4.4, inciso III, da PNAB (item 2.1.3 do Relatório);

3.4.6 Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover alocação a fim de aumentar a cobertura atual de 42,96% pela Estratégia Saúde da Família – ESF, de acordo com o item 4.4, inciso III, da Política Nacional de Atenção Básica (item 2.1.3 do Relatório);

3.4.7 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);

3.4.8 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);

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

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

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

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

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

3.4.14 Desenvolver e implementar rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no

processo de planejamento de saúde e na fiscalização dos recursos, possibilitando a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do artigo 1º da Lei nº 8.142/11 (item 2.3.1 do Relatório);

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

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

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

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 07 de agosto de 2015.

ROSEMARI MACHADO

Auditor Fiscal de Controle Externo

MARCIA ROBERTA GRACIOSA

Chefe da Divisão

CELIO MACIEL MACHADO

Coordenador

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-15/00146789
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: Udo Döhler e Francieli Cristini Schultz
4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Joinville
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0451/2016

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

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

6.2. Conceder a Prefeitura Municipal de Joinville 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 determinação e à implantação das recomendações a seguir:

6.2.1. Determinação:

6.2.1.1. Proceder à atualização sistemática dos cadastros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados, conforme estabelece o art. 1º da Portaria SAS/MS n. 134, de 4 de abril de 2011 (item 2.4.1 do Relatório de Instrução DAE n. 017/2015).

6.2.2. Recomendações:

6.2.2.1. Ofertar cursos de formação e capacitação continuada aos gestores e profissionais da Atenção Básica com vistas a contemplar as suas necessidades, previstas no Diagnóstico e levantamento, de forma a estimular e viabilizar a educação permanente, de acordo com o item 3.1, VI, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - item 2.1.1 do Relatório DAE;

6.2.2.2. Incluir no Plano de Carreira, Cargos e Salários incentivos à produtividade e à valorização dos profissionais da Atenção Básica, conforme disciplina a Portaria GM/MS n. 1.318/2007 (item 2.1.2 do Relatório DAE);

6.2.2.3. Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, conforme determina item 3.4, X, da PNAB (item 2.1.2 do Relatório DAE);

6.2.2.4. Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, conforme determina o item 3.4, XI, da PNAB (item 2.1.2 do Relatório DAE);

6.2.2.5. Elaborar diagnóstico das necessidades de pessoal e promover a sua alocação a fim de suprir o quadro funcional deficitário das UBS e reduzir o excedente populacional sem cobertura da Atenção Básica, de acordo com o item 4.4, III, da PNAB (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.6. Elaborar diagnóstico das necessidades de pessoal e promover alocação a fim de aumentar a cobertura atual de 42,96% pela Estratégia Saúde da Família – ESF -, de acordo com o item 4.4, III, da Política Nacional de Atenção Básica (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.7. 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);

6.2.2.8. 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);

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

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

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

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

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

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

atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do art. 1º da Lei n. 8.142/11 (item 2.3.1 do Relatório DAE);

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

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

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

6.3. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 017/2015, ao Sr. Udo Döhler - Prefeito Municipal de Joinville, e à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.

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 15/00146789 Decisão n. 0451/2016 1