

<b>PROCESSO Nº:</b>	RLA-17/80077499
<b>UNIDADE GESTORA:</b>	Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú
<b>RESPONSÁVEL:</b>	Fabricio Jose Satiro de Oliveira – Prefeito Municipal Andressa Bertiel Willeke Hadad – Secretária Municipal de Saúde
<b>ASSUNTO:</b>	Auditoria Operacional para avaliar a Atenção Básica
<b>RELATÓRIO DE INSTRUÇÃO PLENÁRIA</b>	DAE – 004/2018 - Instrução Plenária

## 1. INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Operacional na Atenção Básica do município de Balneário Camboriú, cujo tema foi incluído na programação de fiscalização do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC) para os anos de 2017/2018, sob o número 147.

Para selecionar o município a ser fiscalizado foram utilizados indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que constitui “um conjunto de indicadores simples e compostos, que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes”.<sup>1</sup>

Também foram utilizados dados do e-Gestor AB (Atenção Básica) que “é uma plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica - AB, bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais”.<sup>2</sup>

No Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), referente ao ano de 2011<sup>3</sup>, Balneário Camboriú apresentou índice de 41,25% para a “cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde”.<sup>4</sup> Este percentual colocava Balneário Camboriú na oitava pior posição entre os municípios de Santa Catarina (SC). Já no *site* e-Gestor Atenção Básica, do Ministério Saúde, em março de 2017, o município apresentou o percentual de 44,52% de “cobertura populacional estimada por equipe ESF” (quinta pior colocação entre os municípios de SC) e 76,32% de “cobertura populacional estimada na Atenção Básica” (14ª pior colocação entre os municípios de SC).<sup>5</sup>

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/apresentacao.html>>. Acesso em: 24 maio 2017.

<sup>2</sup> *Id.* **E-Gestor AB**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/documentos.xhtml>>. Acesso em: 09 maio 2017.

<sup>3</sup> Último ano disponível deste dado no site do ISUS, em 23 de junho de 2017.

<sup>4</sup> *Id.* **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)**. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em: 24 maio 2017.

<sup>5</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor AB**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 24 maio 2017.

De modo a delimitar o escopo do trabalho, na fase de levantamento realizaram-se entrevistas na Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento (SMSS) de Balneário Camboriú e na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Municípios; ao passo que nesta última unidade também foi aplicada a técnica de grupo focal.<sup>6</sup>

Com base nos índices apontados e nas técnicas de auditoria aplicadas no levantamento, chegou-se à conclusão que esta auditoria deveria se concentrar nos seguintes aspectos: a) cobertura da Atenção Básica no município; b) acesso “funcional” à Atenção Básica que facilite a entrada do cidadão aos serviços de saúde; e c) coordenação da UBS e utilização do prontuário eletrônico.

Logo, esta Auditoria Operacional tem como finalidade avaliar a Atenção Básica do município de Balneário Camboriú para: a) verificar o potencial de aumento da atual cobertura de atendimento, b) os aspectos que dificultam o acesso “funcional” do paciente e c) as ações de gestão nas Unidades Básicas de Saúde voltadas para a organização do serviço e a coordenação do cuidado.

Após a execução da auditoria, a Diretoria de Atividades Especiais (DAE) lavrou o Relatório de Instrução DAE - 009/2017 (fls. 549-595v), contendo os achados de auditoria e as respectivas determinações e/ou recomendações para sanar os problemas apontados. Em observância ao despacho do Relator do Processo (fl. 596), efetuou-se a audiência dos gestores Sr. Fabrício José Satiro de Oliveira, Prefeito Municipal de Balneário Camboriú (fl. 597) e o Sr. Jorge Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Balneário Camboriú à época (fl. 598), para apresentarem comentários ou justificativas acerca das situações encontradas.

O Prefeito Municipal, por meio do Ofício nº 015/2018, de 18 de janeiro de 2018 (fl. 600), protocolou as justificativas encaminhadas pela Secretaria de Saúde do Município via Ofício SMSS/DEAB nº 343/2017 (fls. 601-604).

Ressalta-se que, na auditoria, foi utilizada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada por meio da Portaria nº 2.488 de 21/10/11, vigente durante a execução dos trabalhos. Contudo, esta foi totalmente revogada pela Portaria nº 2.436, de 21/09/17.

Ainda, em setembro de 2017, houve a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, com a edição da Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/17 do Ministério da Saúde, que aprovou a PNAB em seu Anexo XXII, o qual será a base para a realização das análises deste Relatório de Instrução Plenária, entre outras normativas aplicáveis.

---

<sup>6</sup> Segundo o documento “Técnica de Grupo Focal para Auditorias”, do Tribunal de Contas da União (TCU), aprovado pela Portaria SEGECEX nº 16/13, grupo focal é uma técnica qualitativa de pesquisa em que pequenos grupos de pessoas com características comuns reúnem-se em lugar definido, coordenados por um facilitador e alguns assistentes, para discutir conceitos ou avaliar problemas, com base em guia elaborado previamente. BRASIL. **Tribunal de Contas da União**. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D78C1F1014D7957D3064957>>. Acesso em: 19 maio 2017.

Diante do exposto, passa-se a reexaminar as situações encontradas e proceder às considerações de reinstrução.

### **1.1. VISÃO GERAL DO AUDITADO**

Os serviços de saúde no município de Balneário Camboriú são de competência da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, conforme o artigo 48 da Lei (municipal) nº 1.068/91, compreendendo, entre outros, os serviços de atenção básica efetuados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os serviços de média e alta complexidade efetuados no Hospital Municipal Ruth Cardoso e diversos centros e núcleos especializados<sup>7</sup>.

O município de Balneário Camboriú possui uma área territorial de 46,4km<sup>2</sup> e está dividido politicamente em 14 áreas, sendo elas o centro da cidade, 12 bairros e a região das praias agrestes: Centro, Bairro Ariribá (Lei n.º 1.840/99), Bairro da Barra (Lei n.º 1.840/99), Bairro dos Estados (Lei n.º 1.840/99), Bairro Jardim Iate Clube (Lei N.º 949/90), Bairro dos Municípios (Lei n.º 1.840/99), Bairro das Nações (Lei n.º 1.840/99), Bairro Nova Esperança (Lei n.º 518/80), Bairro dos Pioneiros (Lei n.º 1.840/99), Bairro Praia dos Amores (Lei n.º 1.840/99), Bairro São Judas Tadeu, (Lei n.º 970/90), Bairro Vila Real (Lei n.º 1.840/99), Várzea do Ranchinho (Lei n.º 1.840/99).<sup>8</sup>

A Portaria MS/GM nº 2.135/13<sup>9</sup> do Ministério da Saúde, substituída pela Portaria de Consolidação nº 01/2017, estabelece o Plano Municipal de Saúde. É um instrumento de gestão

---

<sup>7</sup> Como, por exemplo: Núcleo de Atenção a Mulher – NAM, Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Posto de Atenção Infantil – PAI, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Diagnose, Centro de Fisioterapia e Reabilitação – Cefir, entre outros.

<sup>8</sup> BALNEÁRIO CAMBORIÚ. Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

<sup>9</sup> Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

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

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

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

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

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

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

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

Art. 2º Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

§ 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

que visa oferecer direcionalidade às ações e serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Segundo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 de Balneário Camboriú, as primeiras equipes de Saúde da Família foram implantadas no município em julho de 2000, com equipes compostas por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuando com carga horária de 40 horas semanais.

Em 2017, na época da execução da auditoria, a Secretaria de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú contava com oito Unidades Básicas de Saúde: a Unidade Básica de Saúde Central, com atendimento em Atenção Básica, uma vez que não contava com equipes da Saúde da Família; e outras sete UBSs, todas com equipes de Saúde da Família. A estrutura geral da Atenção Básica de Saúde pode ser visualizada através do Quadro 1.

**Quadro 1** – Quantidade de equipes e profissionais que atuavam nas UBSs de Balneário Camboriú

Centro de Saúde - UBS	Número de Equipes		Quantidade de Profissionais					
	ESF	eSB	Médico	Enfermeiro	Téc. / Aux. Enfermagem	Cir. Dentista	T. Saúde Bucal	ACS
Ariribá	2	1	1	2	4	1	2	6
Barra	3	1	3	2	5	3	4	16
CAS	3	0	3	3	7	2	2	14
Estados	1	0	1	1	3	1	2	5
Municípios	3	0	3	3	8	3	2	14
Vila Real	3	1	3	3	6	2	2	11
Nova Esperança	2	1	2	2	3	1	2	9
<b>Total ESF</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>36</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>75</b>
Unidade de Saúde Central	0	0	12*	9	16	0	0	0
<b>Total AB</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>52</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>75</b>

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados fornecidos pela SMSS (fl. 33, fl. 527 somente para os ACS, fls. 515 a 517 para a quantidade de equipes de saúde bucal na ESF)

\* 8 Clínicos Gerais; 2 Pediatras; 2 Ginecologistas.

ESF: Equipes da Estratégia Saúde da Família. eSB: Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

## 1.2. VISÃO GERAL DA AUDITORIA

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

§ 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde.

§ 3º Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados.

### 1.2.1. Atenção Básica no Brasil

A Declaração Universal dos Direitos Humanos reconhece a “dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”; em seu art. 25 estabelece que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e à sua família, saúde [...]”.<sup>10</sup>

A seu turno, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978, expressou “a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” e enfatizou que

a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.<sup>11</sup>

A Declaração de Alma-Ata considera os cuidados primários de saúde fundamentais para o desenvolvimento igualitário dos povos, nos seguintes termos:

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.<sup>12</sup>

No Brasil, com o advento da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), o direito à saúde alcançou o patamar de direito social, garantido a todos, o acesso universal e igualitário às suas ações, sendo dever do Estado assegurá-lo por meio de políticas públicas, conforme preconiza o seu art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

---

<sup>10</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf> >. Acesso em: 19 maio 2017.

<sup>11</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: < <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/> >. Acesso em: 19 maio 2017.

<sup>12</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *op. cit.*

Em 1990, por meio da Lei (federal) nº 8.080/90, foi estruturado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado por instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), com o objetivo de atender ao disposto no art. 196 da CRFB/88.

Dentre os princípios que norteiam o SUS, previstos no art. 7º da Lei nº 8.080/90, cita-se: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, integralidade da atenção, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização.

Conforme consta na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada no Conselho Nacional de Saúde em junho de 2009, e publicada na Portaria nº 1.820/09, o acesso à saúde como direito de todos ocorrerá, preferencialmente, nos serviços de atenção básica:

Art. 2º Toda pessoa tem direito ao **acesso** a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O **acesso** será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

[...]§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender às pessoas, é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.<sup>13</sup>

O Decreto (federal) nº 7.508/11, que regulamenta a Lei (federal) nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".<sup>14</sup>

A hierarquia pressupõe que as questões menos complexas são atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado.<sup>15</sup>

No Brasil, segundo a Portaria nº 2.488/11, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB):

[...] 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, 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. É desenvolvida

<sup>13</sup> *Id.* **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

<sup>14</sup> BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 09 de mar. 2017.

<sup>15</sup> Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto. BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90**.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 09 de mar. 2017. Grifo nosso.

por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território [...]¹⁶

Na nova PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17), a Atenção Básica foi, assim, definida:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Dentre os fundamentos e diretrizes da AB destaca-se, para fins de análise, o **acesso universal, igualitário e contínuo** a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; **a adscrição dos usuários**, por meio da “vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado” e **a priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁷ e da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)** como estratégias de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁸

A Política Nacional de Atenção Básica teve como objetivo a revisão de 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).

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (eSF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na

¹⁶ BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PASCs). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 09 de maio 2017.

¹⁷ A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. [...] É prevista, ainda, a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Diretoria de Atenção Básica.** Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)> Acesso em: 09 de maio 2017.

¹⁸ *Id.* **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e eSF para as Populações Ribeirinhas.<sup>19</sup>

Assim, a Atenção Básica (AB) é o nível de atenção à saúde com menor densidade tecnológica, ou seja, com baixo uso de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares, e com maior grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, devendo ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As tarefas da RAS são compartilhadas pelos entes federativos por meio de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde<sup>20</sup>. Nos Municípios, as ações de Atenção Básica dependem da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do trabalho das equipes de Atenção Básica. Quando adotada a Estratégia Saúde da Família, o trabalho é realizado pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sujeitos às especificidades da eSF, definidas na PNAB.

A Portaria nº 399/06, que divulgou o Pacto pela saúde 2006, atribuiu como responsabilidade dos municípios na gestão do SUS:

- Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união.

Portanto, as Unidades Básicas de Saúde são o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde e são administradas pelos municípios. Tem como objetivo atender até 80% dos problemas de saúde da população, evitando-se com isso que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais.<sup>21</sup>

Para melhor compreensão do tema abordado, se faz necessária a explanação dos termos: acesso, acessibilidade, acolhimento e cobertura.

De acordo com o anexo I, inciso II, da Portaria nº 2.488/11, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes a acessibilidade e o acolhimento aos serviços de saúde:

<sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Diretoria de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>> Acesso em: 09 de maio 2017.

<sup>20</sup> Art. 1º. [...] acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde; BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 09 de mar. 2017.

<sup>21</sup> BRASIL. **Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão**. Portal Brasileiro de Dados Abertos. Disponível em: <<http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>>. Acesso em: 24 maio 2017.

[...] II - possibilitar o **acesso** universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem **acessibilidade e acolhimento** pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de **acolhimento**, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.<sup>22</sup>

A PNAB, aprovada por meio da Portaria de Consolidação nº 2/17, no anexo 1 do Anexo XXII conceitua “acesso” da seguinte forma:

[...]tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local. Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

Já “acolhimento” foi, assim, estabelecido:

[...] deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território [...]. Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

Para Penchanski e Thomas<sup>23</sup>, acesso é um conceito geral que se resume num conjunto de dimensões específicas que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de

<sup>22</sup> BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 09 maio 2017.

<sup>23</sup> PENCHANSKI; THOMAS. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 1987; **XIX**: 127-40 *apud* OIKAWA L. T. **Condições de acessibilidade a uma Unidade básica de Saúde do Município de Botucatu SP**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2001.

saúde, tais como disponibilidade, acessibilidade, acomodação, acolhimento, capacidade financeira e aceitabilidade. Esses autores ampliaram o termo acesso para incluir atributos que são adotados não com base na oferta, mas sim na relação entre a oferta e os indivíduos. Nesse sentido identificaram várias dimensões que compõe o conceito de acesso:

- Disponibilidade - volume e tipo de serviços em relação às necessidades;
- Acessibilidade - se caracteriza pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes (leva em conta os recursos para transporte, o tempo de viagem, as distâncias e os custos);
- Acomodação ou adequação funcional – relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar clientes (sistema de agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone) e a capacidade/habilidade de os clientes acomodarem-se a estes fatores e perceberem a conveniência dos mesmos;
- Acolhimento – representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade destes para se adaptar a essa organização;
- Capacidade de compra – definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por eles; e
- Aceitabilidade – representa as atitudes dos indivíduos e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Para Unglert<sup>24</sup>, acessibilidade é um atributo dos serviços de saúde e pode ser analisada sob distintas abordagens:

- Geográfica - representa a extensão a ser percorrida e os obstáculos geográficas a serem transpostos;
- Funcional - estudo dos programas e das ações de saúde oferecidas, seu horário de funcionamento e a qualidade da sua atenção;
- Cultural – ao se analisar a inclusão dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população;
- Econômica – avaliando que a atual oferta de serviços não está, em seu todo, desvinculada de um sistema de pagamento por parte do usuário.

Para Ramos e Lima,

O acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os **tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento**. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a frequência de procura pelo atendimento.<sup>25</sup>

O Ministério da Saúde, por meio do SUS, conceitua acolhimento:

<sup>24</sup> UNGLERT C. V. S. **Territorialização em Saúde**: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo, 1995. (Tese - Livre-Docência - Universidade de São Paulo).

<sup>25</sup> RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva Lima. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan.-fev., 2003. Grifo nosso.

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.<sup>26</sup>

Segundo Ramos e Lima,

O acolhimento denota a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário. Essa postura, conforme percebida pelos entrevistados, permitiu a constatação de fatores que facilitam esse atendimento e evidenciou situações que geram dificuldades nas relações.

[...] Os fatores identificados como aqueles que denotam a qualidade do atendimento foram classificados em: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional.<sup>27</sup>

Em sentido clássico, cobertura “expressa o alcance de uma medida sanitária. [...] Há uma associação com o cumprimento da prestação, com seu acesso e uso. Outra utilização do termo corresponde a uma possibilidade de obter a prestação”.<sup>28</sup>

Assim pode indicar:

(i) o alcance de uma medida sanitária e está associada ao cumprimento da prestação positiva de saúde, com seu acesso e uso; ou, (ii) a possibilidade de obter uma prestação positiva, que pode ou não se realizar por abstenção do uso ou pela incapacidade de obtenção.

[...] A primeira concepção está atrelada aos sistemas universais de saúde e a segunda à oferta condicionada, portanto, mais íntima dos sistemas privados de saúde.<sup>29</sup>

Para os objetivos da auditoria, interessa o primeiro sentido de cobertura, ou seja, o alcance dos serviços de atenção básica, o acesso em suas diversas dimensões, em especial o acesso funcional, que será verificado por meio da análise de indicadores relacionados à infraestrutura e aos processos de trabalho e gestão das UBSs e ao número de equipes de ESF, de ACS e de Saúde Bucal (SB).

<sup>26</sup> BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas/raiz/humanizassus/11-humanizassus/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acesso em: 19 maio 2017.

<sup>27</sup> RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva Lima. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan.-fev., 2003. Grifo nosso.

<sup>28</sup> NORONHA, J.C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. In: **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 29 (5):847-849, maio, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003)>. Acesso em: 19 maio 2017.

<sup>29</sup> BARROS, F.P. C. de; DELDUQUE, Maria Célia, SANTOS, Alethele de Oliveira. In.: **Revista Consensus**. O direito à saúde e a proposta de cobertura universal. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/consensus/o-direito-saude-e-proposta-de-cobertura-universal/>>. Acesso em: 24 maio 2017.

### 1.2.2. Outras auditorias realizadas pelo TCE

O Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina realizou auditorias semelhantes na Secretaria de Estado da Saúde - RLA-14/00675828 e nas prefeituras municipais de Araquari - RLA-15/00146606; Canoinhas - RLA-15/00146517, Florianópolis - RLA-15/00146860 e Joinville RLA -15/00146789.

### 1.2.3. Objetivo geral

Avaliar a Atenção Básica do Município de Balneário Camboriú para: a) verificar o potencial de aumento da atual cobertura de atendimento; b) os aspectos que dificultam o acesso “funcional” do paciente; e c) as ações de gestão nas Unidades Básicas de Saúde voltadas para a organização do serviço e a coordenação do cuidado.

### 1.2.4. Questões de auditoria

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

**1ª Questão** – Qual é a cobertura de Atenção Básica à Saúde ofertada pelo município e seu potencial de ampliação?

**2ª Questão** – A população do município tem acesso “funcional” à Atenção Básica que facilite a entrada do cidadão aos serviços de saúde?

**3ª Questão** – A coordenação das Unidades Básicas de Saúde e a utilização do prontuário eletrônico interferem na organização das UBSs?

### 1.2.5. Metodologia utilizada

Na fase de planejamento, efetuou-se pesquisa documental na *internet*, em livros, manuais, artigos, notícias veiculadas sobre a matéria e na legislação correlata, bem como nos documentos requisitados.

Foram realizadas entrevistas na Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú e na UBS do bairro dos Municípios. Nesta última unidade, também foi aplicada a técnica de grupo focal<sup>30</sup>.

Outras técnicas de auditoria utilizadas foram a Análise *Stakeholder*<sup>31</sup>, Análise *SWOT*<sup>32</sup> e o Diagrama de Verificação de Risco, no intuito de identificar os atores envolvidos, avaliar os pontos fortes e fracos dos serviços de Atenção Básica à Saúde de Balneário Camboriú e identificar os principais pontos a serem analisados na execução.

Com as informações levantadas, elaborou-se a Matriz de Planejamento (fls. 139-145v).

A execução *in loco* da auditoria ocorreu no período de 24 a 28 do mês de abril de 2017. Na execução, foram visitadas quatro de um total de oito UBSs, priorizando aquelas cadastradas na Estratégia Saúde da Família.

Assim, nessa etapa, além da análise documental, foi realizada inspeção *in loco* nas Unidades Básicas de Saúde de Arribá, CAS-Nações, Vila Real e Barra, nas quais aplicaram-se as seguintes técnicas de auditoria: a) questionário a 48 usuários (12 por UBS) para verificar sua percepção sobre o procedimento de marcação de consultas médicas e odontológicas na UBS; b) inspeção da quantidade de consultórios médicos e ginecológicos por UBS, bem como do quantitativo e das condições de uso de materiais e equipamentos nesses consultórios; c) observação direta para verificar a presença dos profissionais informados pela SMSS, nas equipes de Saúde da Família; e d) análise do conteúdo dos prontuários eletrônico para verificar a existência de evolução dos pacientes pelos médicos e cirurgiões-dentistas da Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade.

Além disso, foi aplicado um questionário a 155 funcionários de sete Unidades Básicas de Saúde, com exceção da Unidade Básica de Saúde Central, com o intuito de obter a sua percepção sobre a atual forma de gerenciamento das UBSs. O índice de participação foi de 51,61%, já que a pesquisa foi respondida por 80 profissionais.

Os dados obtidos foram analisados e estão resumidamente identificados na Matriz de Achados da auditoria (fls. 528-535), documento que serviu de base para a elaboração deste Relatório.

## **2. ANÁLISE**

---

<sup>30</sup> Ver nota 9.

<sup>31</sup> A Análise Stakeholder permite identificar a forma apropriada de participação de todas as partes envolvidas em um programa ou projeto.

<sup>32</sup> SWOT - técnica de auditoria utilizada para enquadrar aspectos positivos e negativos, oportunidades e ameaças relacionadas a determinado programa de governo ou órgão/entidade (do inglês Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats).

O presente capítulo está organizado em conformidade às questões de auditoria. Os achados de auditoria descritos neste capítulo decorrem dos procedimentos técnicos realizados para responder às mencionadas questões e por isso estão vinculados a elas.

## **2.1. ANÁLISE DOS ACHADOS RELATIVOS À 1ª QUESTÃO DE AUDITORIA**

A primeira questão da auditoria é: “Qual é a cobertura de Atenção Básica à Saúde ofertada pelo município e o seu potencial de ampliação?”

Para responder a esta questão, foram analisados os documentos, informações e planilhas requisitados por meio do OF.TCE/DAE N° 2.269, de 06/03/2017, (fls. 29-30v) e Of. DAE N° 3.068, de 05/04/17, (fls. 146-161), bem como realizadas consultas a *sites* de acesso público, como E-Gestor Atenção Básica, IBGE, Ministério da Saúde, etc.

Foi identificada uma cobertura parcial da população de Balneário Camboriú pela Atenção Básica sob diferentes óticas de análise. Considerando os critérios estabelecidos nas normas legais e regulamentares, verificaram-se deficiências nos quantitativos necessários para cobrir a população do município de: i) UBSs; ii) médicos para consultas básicas; iii) equipes da eSF; iv) ACSs e, v) equipes de Saúde Bucal e dentistas para consultas básicas.

Com relação às UBSs, à época da auditoria, constatou-se que as oito unidades existentes em abril de 2017 permitiam uma cobertura de 77,43% da população, conforme limites estabelecidos na antiga Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Quanto à cobertura possível com todos os médicos ESF e outros médicos disponíveis para consultas da AB, constatou-se uma cobertura de 76,32%, segundo metodologia do site do E-gestor à época da auditoria. Já em relação ao número de equipes da eSF atuantes no município à época da auditoria, verificou-se cobertura de 48,21% da população caso todas as equipes estivessem completas. Diante da situação encontrada em abril de 2017, o cadastramento atingia apenas 43,09% dos habitantes, conforme antiga PNAB. No que tange aos ACS, havia um número suficiente para cobrir 42,70% da população, consoante antiga PNAB. Finalmente, em relação à Saúde Bucal, os profissionais da Atenção Básica eram suficientes para a cobertura de 39,51%, conforme metodologia existente no site do E-gestor à época da auditoria, enquanto o cadastramento das equipes de Saúde Bucal da eSF atingia 9,48% da população.

Cada um dos números acima apresentados diz por si só o potencial de ampliação da cobertura de Atenção Básica à Saúde. Eles revelam também diferentes áreas onde será necessária

a atuação da administração municipal na busca de uma oferta de serviços compatível com a universalidade do acesso à saúde básica.

Assim, ao responder a esta questão, a equipe de auditoria identificou as seguintes situações:

### 2.1.1. Cobertura populacional atual do município pelas UBSs

O limite máximo de cobertura populacional por UBS estava definido no Anexo I, título “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica”, item VIII, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (PNAB):

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio-epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

- 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.

Essa norma possibilitava o cálculo da cobertura populacional de Balneário Camboriú pelas UBSs, conforme mostrado no Quadro 2.

**Quadro 2:** Cobertura populacional de Balneário Camboriú pelas UBSs

	Número de UBS (A)	Critério PNAB: população max. atendida por UBS (B)	Cobertura Populacional (C = A * B)
(1) Número de UBS (com eSF)	7	12.000	84.000
(2) Número de UBS (sem eSF)	1	18.000	18.000
(3) Sub-total (Coluna “C”) [(3) = (1) + (2)]		102.000	
(4) População de Balneário Camboriú (IBGE-2016)		131.727	
(5) Percentual de Cobertura Populacional [(5) = (3)/(4)]		77,43%	

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

De acordo com a resposta da SMSS ao OF.TCE/DAE N° 2.269, de 06/03/2017, item 1.1 (fl. 33), atualmente o município dispõe de oito UBSs em funcionamento. Deste total, sete são

UBSs com eSF, enquanto uma, a chamada “UBS Central”, não possui eSF, conforme mostrado na coluna “A” do Quadro 2. A coluna “B” apresenta os critérios acima citados de cobertura populacional máxima por UBS. Multiplicando-se as colunas “A” e “B”, tem-se a cobertura populacional (Coluna “C”). Assim, considerando o critério recomendado pela antiga PNAB, as UBSs do município eram capazes de realizar a cobertura de 102.000 habitantes. Uma vez que a população da cidade, estimada pelo IBGE, totalizava 131.727 habitantes em 2016<sup>33</sup> (fl. 514), a cobertura populacional dessas UBSs é de apenas 77,43% da população de Balneário Camboriú. Dessa forma, o Município apresenta um excedente populacional de 29.727 pessoas que atualmente não estão cobertas por UBS.

Para atender este excedente, seriam necessárias três novas UBSs com eSF ou duas novas UBSs sem eSF, conforme os cálculos apresentados no Quadro 3.

**Quadro 3:** Necessidade de novas UBSs para cobertura de 100% da população

Parâmetros	
(1) População (IBGE-2016)	131.727
(2) População atendida (linha “3”, do Quadro 2)	102.000
(3) Diferença [(3) = (1) – (2)]	29.727
(4) Qtde. UBSs extras (com eSF) para 100% de cobertura [(4) = (3)/12.000] *	3
(5) Qtde. UBSs extras (sem eSF) para 100% de cobertura [(4) = (3)/18.000] *	2

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

\* Resultados arredondados para o número inteiro superior.

Entre as possíveis causas que explicam a situação de cobertura parcial da população do município pelas UBSs, duas são destacadas neste relatório. Inicialmente, cita-se o investimento na construção e instalação de apenas uma UBS e não as cinco que estavam planejadas no Plano Plurianual (PPA) 2014-2017. Trata-se do novo prédio da UBS Municípios, que iniciou as operações em abril de 2017.

**Quadro 4:** Ação prevista no Plano Plurianual referente à construção de UBSs

<sup>33</sup> Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1QI>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

<b>Ação: 1.84 - Construção / Instalação de Unidades de Saúde</b>					
<b>Ano</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Total</b>
<b>Meta Física (Quantidade):</b>	2	1	1	1	5
<b>Fonte de Recurso (R\$)</b>					
	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Total</b>
10020-Receitas de Impostos e de Transferências de Impostos - Saúde	10.000	100.000	102.000	80.000	292.000
10231-Transf.Convênios - Saúde União	0	150.000	250.000	260.000	660.000
10711-Outros Rec. F. N. Saúde - Bloco Investimento	1.573.000	0	0	0	1.573.000
<b>Total</b>	<b>1.583.000</b>	<b>250.000</b>	<b>352.000</b>	<b>340.000</b>	<b>2.525.000</b>

Fonte: TCE/SC, a partir do PPA 2014 – 2017, Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú, p. 215.

Ainda em relação aos instrumentos de planejamento da administração municipal, faz-se mister notar uma discrepância entre o Plano Plurianual 2014 – 2017 e o Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017 de Balneário Camboriú. Consta neste último, no Anexo I, “Objetivos e Metas da Atenção Básica 2014/2017”, a meta de construção de apenas duas UBSs (fls. 311-312), as quais fazem referência ao item 1.84 do PPA mostrado no Quadro 4. As duas ações deste último documento são a construção de uma UBS no Bairro dos Municípios, prevista para ser concluída em 2015, e a construção de uma nova UBS, referida como “UBS da Suíça”, com conclusão prevista para 2017.

Em resumo, no período de execução desta auditoria, isto é, abril de 2017, o número de UBSs de Balneário Camboriú era o mesmo de 2013, quando o PPA e o Plano Municipal de Saúde foram elaborados. Houve, de fato, a construção de uma nova e moderna UBS no Bairro de Municípios, em substituição ao prédio antigo. A inauguração e transferência do atendimento entre os prédios, no entanto, ocorreu apenas em abril de 2017 (fls. 313-314). Por outro lado, não há previsão de abertura da UBS da Suíça até o final de 2017, conforme previa o Plano Municipal de Saúde.

Uma segunda causa para a cobertura parcial da população pelas UBSs está relacionada com o cadastramento dos centros de saúde básica. Conforme demonstrado no Quadro 5, as UBSs de Balneário Camboriú cadastraram, de fato, 74.766 pessoas, o que representa somente 56,76% da população. Neste cálculo foi utilizada a população adscrita (registrada) nas sete UBSs com eSF, conforme a resposta da SMSS ao OF.TCE/DAE N° 2.269, de 06/03/2017, item 1.1 (fl. 33). Ressalta-se que a população cadastrada pela UBS Barra foi atualizada de acordo com o documento “16051700.pdf” (fl. 362), enviado através de e-mail pela SMSS no dia 16/05/17, o qual mostra a população cadastrada por cada uma das três equipes desta UBS, totalizando 11.696 pessoas. Já em

relação à UBS Central, como aqui não há cadastramento da população adstrita, assumiu-se o limite máximo de habitantes por UBS sem eSF recomendado na antiga PNAB (isto é, 18.000 pessoas)<sup>34</sup>.

Com relação apenas às UBSs com eSF, caso fossem cadastrados um número de pessoas em cada uma delas até atingir o limite de população recomendada pela antiga PNAB, a população cadastrada por estas UBSs poderia aumentar de 56.766 para 84.000 pessoas (ou seja, 7 UBSs vezes 12.000 habitantes por UBS com eSF). Questões como a territorialização do atendimento e a limitação da infraestrutura das atuais UBSs devem também ser consideradas como possíveis barreiras para o cadastramento dos pacientes nas UBSs.

**Quadro 5:** População cadastrada no município pelas UBSs

<b>Centro de Saúde - UBS</b>	<b>Bairros / Áreas Abrangidas</b>	<b>População cadastrada por UBS</b>
Ariribá**	Aririba + Nações	4.937
Barra	Barra + São Judas Tadeu + Praias Agrestes	11.696
CAS**	Nações	11.724
Estados	Estados + Várzea do Ranchinho	1.854
Municípios	Municípios	11.234
Vila Real	Vila Real + Iate Clube	9.611
Nova Esperança	Nova Esperança	5.710
(1) População cadastrada em 07 UBSs com eSF		56.766
Unidade de Saúde Central	Centro + Pioneiros + Praia dos Amores	18.000*
(2) População cadastrada por UBSs sem eSF		18.000
(3) Total da população cadastrada [(1) + (2)]		74.766
(4) População (IBGE-2016)		131.727
(5) População cadastrada pelas UBSs [(3) / (4)]		56,76%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

\* Utilizado o limite máximo recomendado pela PNAB, uma vez que esta UBS não faz cadastramento da população adstrita.

\*\* A UBS CAS abrange grande parte do bairro Nações (mais populoso), ao passo que a UBS Ariribá abrange o bairro Ariribá e pequena parte do bairro Nações.

Por outro lado, a UBS Central, que não possui eSF, é responsável por 63.764 pessoas, enquanto o máximo recomendado pela antiga PNAB era 18.000, conforme demonstrado no Quadro 6. Os dados da população de cada bairro foram encaminhados pela Prefeitura de Balneário

<sup>34</sup> Importante destacar que na resposta da SMSS ao OF.TCE/DAE N° 2.269, de 06/03/2017, item 1.1 (fl. 33), foi informado que a UBS Central teria uma população cadastrada de 105.736 pessoas. Se este fosse o caso, somando-se esse número à população cadastrada nas outras UBSs (Quadro 5), haveria 162.502 pessoas cadastradas na eSF em todo o município, ao passo que existiam 131.727 habitantes em Balneário Camboriú em 2016, segundo a estimativa do IBGE. Assim, infere-se que, ou trata-se de um erro, ou de uma informação do número de pessoas atendidas na UBS Central em um dado período de tempo.

Camboriú (fls. 173-176v) e referem-se à divisão populacional do município de acordo com o Censo de 2010. Já a população total de 2016 do município é estimada pelo IBGE (fl. 514) e representa um acréscimo de 22% em relação à população de 2000. Assim, aplicou-se este mesmo fator de crescimento para se obter uma estimativa da população de cada bairro em 2016, como pode ser observado no Quadro 6.

**Quadro 6:** População de Balneário Camboriú por bairros

Bairro	População - 2010 (Censo)	População - 2016 (estimativa)	Crescimento populacional (%)
Praia dos Amores*	1.120	1.365	
Pioneiros*	3.459	4.215	
Ariribá	3.114	3.795	
Nações	17.051	20.780	
Várzea do Ranchinho	87	106	
Estados	1.708	2.082	
Municípios	10.570	12.882	
Vila Real	6.741	8.215	
Jardim Iate Clube	2.147	2.617	
Nova Esperança	5.087	6.199	
São Judas Tadeu	780	951	
Barra	6.867	8.369	
Região das Praias (praias agrestes)	1.615	1.968	
Centro*	47.743	58.184	
Total	108.089	131.727	22%
Brasil	190.755.799	206.081.432	8%
Santa Catarina	6.249.682	6.910.553	11%
Balneário Camboriú	108.089	131.727	22%
População coberta por 07 UBSs com eSF	-	67.963	
População coberta pela UBS Central, sem eSF (bairros marcados com asterisco)	-	63.764	
Total	-	131.727	

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

A partir da análise dos Quadros 5 e 6, verifica-se que a UBS Central, que não possui equipes eSF, possui o excedente populacional de 45.764 pessoas ( $63.764 - 18.000 = 45.764$ ). A sugestão de recomendação para esse achado, no entanto, será mais detalhada no item 2.1.3.

As outras 7 UBSs podem cobrir os 67.963 habitantes das áreas de abrangência dessas unidades, uma vez que o limite da antiga PNAB para 7 UBS é de 84.000 pessoas. A título de sugestão, a Prefeitura dispõe de algumas possibilidades, que devem ser avaliadas pelo gestor, quais sejam: a) a UBS Estados poderia absorver parte da população do bairro Nações e Centro, após adequação da estrutura física e criação de duas equipes eSF; b) a UBS Ariribá poderia absorver a área de abrangência do bairro Pioneiros e Praia dos Amores, se criarem mais uma equipe eSF; c) a

construção de novas UBS para atender o centro; d) e estudo para futura construção de UBS com responsabilidade pelas praias agrestes, quando a população de abrangência da UBS Barra ultrapassar 12.000 habitantes.

A consequência direta da situação aqui relatada é que a população está parcialmente desassistida dos serviços de atenção básica à saúde.

Diante do exposto, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Adequar o número de Unidades Básicas de Saúde para atendimento de toda a população do município, de acordo com o Anexo I, item 4 - “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica”, item VIII, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (PNAB).**

A adoção dessa medida resultará em uma população totalmente atendida pela atenção básica por meio de Unidades Básicas de Saúde e, conseqüentemente, um maior acesso dessa população aos serviços de saúde ofertados pelas UBSs.

#### 2.1.1.1 Comentários do Gestor

Quanto à adequação do número de Unidades Básicas de Saúde, a Secretaria de Saúde está realizando estudo de viabilidade para contemplar os bairros São Judas Tadeu, Pioneiros, Praia dos Amores, Região Central e das Praias Agrestes, até 2019. Cabe ressaltar que tal estudo já foi realizado anteriormente e uma das principais dificuldades encontradas em algumas dessas regiões refere-se à ausência de terrenos com metragem adequada para construção de Unidade, bem como de imóveis para locação que atendam as determinações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Nesse momento o estudo concentra esforços para contornar essa dificuldade (item 3.1.2.1 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

##### 2.1.1.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

A Secretaria Municipal de Saúde informou que já está realizando estudo para adequar o número de Unidades Básicas de Saúde em Balneário Camboriú até 2019. Inclusive, mencionou os bairros/áreas a serem contemplados, alinhados aos apontamentos feitos neste Relatório.

Com a revogação da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (PNAB), a nova PNAB (Anexo 1 do Anexo XXII - Item 3.3 - Funcionamento) recomendou os parâmetros:

- i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Além dessa faixa populacional, podem existir outros

arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula:  $\text{População}/2.000$ .

iv)- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população.

Outra modificação trazida pela nova PNAB é a não estipulação do número de UBSs por habitante. Para essa situação, a Política confere a cada gestor municipal a incumbência em realizar a análise de demanda do território e ofertas de UBSs, de modo a adotar as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços prestados.

Nesse sentido, os comentários do gestor para o achado em questão demonstram sua concordância quanto à adequação do número de Unidades Básicas de Saúde para contemplar os bairros São Judas Tadeu, Pioneiros, Praia dos Amores, Região Central e das Praias Agrestes, tanto que está sendo conduzido estudo a respeito.

**Quadro 7:** Necessidade de novas UBSs para cobertura de 100% da população

Parâmetro PNAB - Portaria nº 2.488/11		Parâmetro PNAB - Portaria nº 2/17	
(1) População (IBGE-2016)	131.727	(1) População (IBGE-2016)	131.727
(2) População atendida (linha "3", do Quadro 2)	102.000	(2) População total / número máximo de usuários por equipe eAB e eSF [ (2) = (1) / 3.500]	38 equipes
(3) Diferença [(3) = (1) - (2)]	29.727	(3) Número de equipes eAB e eSF / número máximo de equipes eAB e eSF por UBS [ (3) = (2) / 4]	9,50 UBSs
(4) Qtde. UBSs extras (com eSF) para 100% de cobertura [(4) = (3) / 12.000] *	3	(4) Qtde. UBSs extras (com eAB e eSF) para 100% de cobertura [(4) = (3) - 8] *	2 UBSs
(5) Qtde. UBSs extras (sem eSF) para 100% de cobertura [(5) = (3) / 18.000] *	2		

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do IBGE e da SMSS coletados durante a execução da auditoria.

Considerando os novos parâmetros, verifica-se que a SMSS de Balneário Camboriú deveria, no mínimo, implantar mais duas UBSs no município, se todas as demais UBSs tivessem quatro equipes eAB e/ou eSF.

Como se observa no quadro seguinte, o número de eSF, considerando o número máximo de 3.500 usuários por equipe, está próximo do recomendado pela Política. Assim, estas

UBSs não atingem o teto de quatro equipes por unidade, pois não há população cadastrada que justifique tal aumento.

**Quadro 8:** População cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família de Balneário Camboriú

Centro de Saúde - UBS	Bairros / Áreas Abrangidas	População Cadastrada / Registrada na UBS	Número de Equipes da eSF	População cadastrada/3.500
Airibá*	Ariribá + Nações	4.937	2	1,41
Barra	Barra + São Judas Tadeu + Praias Agrestes	11.696	3	3,34
CAS*	Nações	11.724	3	3,35
Estados	Estados + Várzea do Ranchinho	1.854	1	0,53
Municípios	Municípios	11.234	3	3,21
Vila Real	Vila Real + Iate Clube	9.611	3	2,75
Nova Esperança	Nova Esperança	5.710	2	1,63
Total		56.766	17	16,22
(1) População total estimada (IBGE 2016)		131.727		
(2) População cadastrada		56.766		
(3) População sem cadastro (3=1 – 2)		74.961		
(4) Número de equipes eAB e eSF necessários (4=3/3.500)		21		

A UBS Central não foi incluída porque não possui população adscrita, logo não realiza o respectivo cadastro.

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS coletados durante a execução da auditoria.

Portanto, para o atendimento de toda a população do município, cabe ao gestor da SMSS definir uma estratégia que combine a implantação de novas UBSs, ampliação das UBSs existentes, com a redefinição dos territórios e cadastramento de novos usuários, o que possibilitará o incremento de equipes nas unidades existentes, além de novas unidades em áreas precariamente cobertas pelo serviço.

Pelo exposto, mantém-se a conclusão inicial do item 3.1.2.1, atualizando-se a legislação correspondente (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Assim, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Adequar o número de Unidades Básicas de Saúde para atendimento de toda a população do município, de acordo com o item 3.3 “Funcionamento”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde.**

### 2.1.2. Cobertura parcial da população do município pela Atenção Básica

A Resolução Nº 8 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 24/11/16, estabeleceu as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do SUS para os anos de 2017 – 2021.

Esta norma definiu um rol de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão).

Um desses indicadores tratava-se da “cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica”, o qual é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica e planejamento do SUS, no âmbito do site E-gestor. Segundo a **nota metodológica (fls. 200-202) e nota técnica (fls. 198-199) do Ministério da Saúde referentes a este indicador<sup>35</sup>**, sua fórmula de cálculo é dada pela equação 1:

$$\frac{n^{\circ} eSF * 3.450 + (n^{\circ} eAB + n^{\circ} eSF \text{ equivalentes}) * 3.000}{\text{Estimativa Populacional}} \quad (1)$$

Onde:

- n° eSF: número de equipes de Saúde da Família.

- n° eAB: número de equipes de Atenção Básica parametrizadas.

- n° eSF equivalentes: a cada 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica equivale a uma equipe.

Este indicador calcula a cobertura da Atenção Básica a partir do número de Equipes da Saúde da Família, mas se diferencia do indicador do próximo item do relatório ao acrescentar as Equipes da Atenção Básica equivalentes, que são aquelas organizadas de maneira diferente da Equipe de Saúde da Família tradicional. Para tanto, considera o número de profissionais e a carga horária de trabalho de médicos generalistas, clínicos, pediatras e ginecologistas-obstetras que também atendem a população nas Unidades Básicas de Saúde. Os critérios de parametrização e equivalência das diferentes modalidades de organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família podem ser encontrados no Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF (PMAQ 3º Ciclo 2015-216, p. 18)<sup>36</sup>.

Segundo os dados do E-Gestor Atenção Básica de março de 2017, 81,69% dos municípios catarinenses possuem 100% de “Cobertura da população estimada pelas equipes da atenção básica”, isto é, 241 de 295 municípios. Já Balneário Camboriú apresentou um indicador de cobertura de 76,32% no mesmo período, ocupando a 13ª pior posição em Santa Catarina neste

<sup>35</sup> Disponível em:

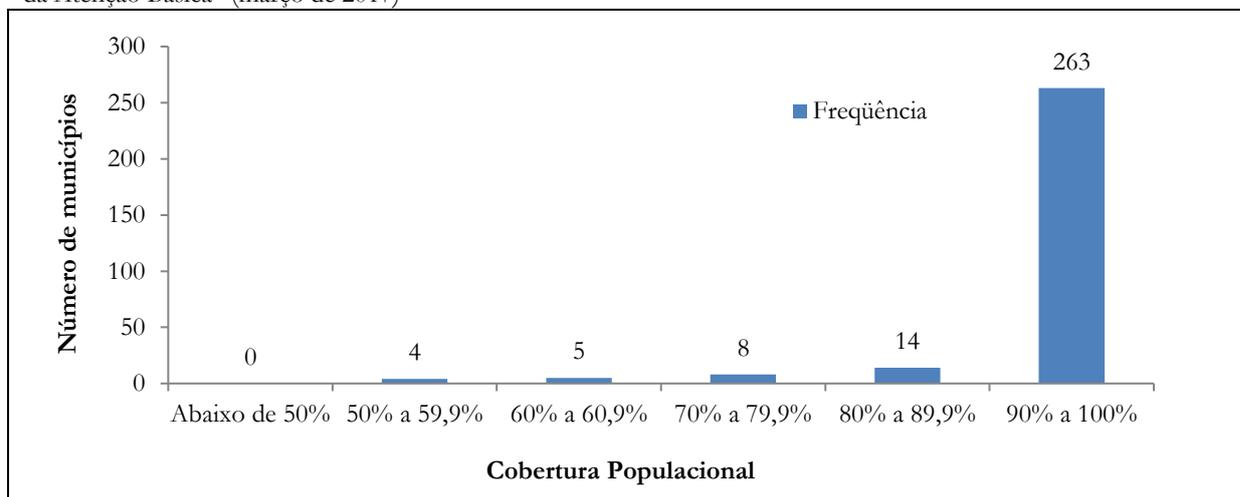
<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

<sup>36</sup> Disponível em:

<[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2017.

questo. A distribuição dos municípios do Estado com relação a este indicador pode ser vista no histograma abaixo (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Quantidade de municípios de Santa Catarina por faixa de “Cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Básica” (março de 2017)



Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do E-Gestor Atenção Básica, Ministério da Saúde. (fls. 537-538v)

Os parâmetros utilizados para o cálculo desse indicador em relação à Balneário Camboriú, no mês de março de 2017, são apresentados no Quadro 9. Apesar da cobertura de 76,32%, pode-se dizer que se trata de uma baixa cobertura quando comparado aos demais municípios de Santa Catarina. Essa situação de Balneário Camboriú pode ser o resultado de investimentos na contratação de médicos e enfermeiros abaixo da demanda populacional e tem como consequência deixar a população parcialmente desassistida dos serviços de atenção básica à saúde.

**Quadro 9:** Parâmetros para o cálculo do indicador de “Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica” de Balneário Camboriú

Mês	População	Nº eSF	Pop. Coberta eSF	Cobertura Pop. eSF	CH* Médico AB	CH* Enfermeiro AB	Nº eSF equivalente	Nº eAB parametrizada	Pop. Coberta AB	Cobertura Pop. AB
MAR/2017	131.727	17	58.650	44,52%	838	710	13,96	0	100.530	76,32%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do E-Gestor Atenção Básica, Ministério da Saúde.

\* CH: Carga horária.

Desse modo, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Ampliar a cobertura da população estimada em Atenção Básica para atingir 100% da população do município, com observância da nota metodológica do indicador “cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica” constante no site E-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde.**

Com a implementação dessa medida, espera-se que o município garanta a universalidade da atenção básica de saúde e, conseqüentemente, amplie o acesso da população aos serviços ofertados pelas UBSs.

#### 2.1.2.1 Comentários do Gestor

Atualmente, o município já possui autorização do Ministério da Saúde para implementar mais duas equipes de ESF e estão planejando as demais ampliações de acordo com as prioridades de cada localidade, bem como de acordo com o exposto no item anterior, uma vez que nas regiões prioritárias, a estrutura física existente não comporta ampliações de equipes (item 3.1.2.2 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

##### 2.1.2.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

A SMSS de Balneário Camboriú demonstrou a intenção de planejar e implementar ações para ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica para atingir 100% da população do município, com base no indicador constante no site E-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Assim, mantém-se a conclusão inicial do item 3.1.2.2 (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595), de modo a acompanhar o resultado deste indicador durante a fase de monitoramento.

#### 2.1.3. Cobertura parcial da população do município pelas Equipes da eSF

O Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item III, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (antiga PNAB), estabelece que:

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

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;

Por outro lado, uma equipe da eSF cujo único médico seja residente deve cobrir uma população de, no máximo, 2.500 pessoas. Este é o entendimento da leitura combinada do art. 4º, parágrafo único, da Portaria nº 3.147/12 do Ministério da Saúde, o qual diz que a cobertura populacional da Equipe da eSF com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo

recomendado na antiga PNAB, considerando as diversas modalidades previstas de equipes, com o item 4 do Anexo 1 da Portaria nº 703/11 do Ministério da Saúde. Este, ao dispor sobre as modalidades de equipe, considera como população adscrita mínima recomendada para uma equipe da ESF a quantidade de 2.500 pessoas.

Já o Ministério da Saúde, no Anexo “Indicadores” do Plano Nacional de Saúde 2016-2019<sup>37</sup> (PNS), considera como limite de pessoas cobertas por equipe da eSF a quantidade de 3.450 pessoas, conforme a fórmula de cálculo do indicador “Cobertura de Equipes de Saúde da Família” (PNS, p. 85)<sup>38</sup>. Além disso, estabelece a meta de ampliar o número de equipes da eSF no país para 46.000 até 2019 (PNS, p. 55)<sup>39</sup>. Considerando que o IBGE estima uma população no Brasil de 210.659.013 pessoas em 2019<sup>40</sup>, o PNS traça uma meta de atingir a cobertura de 75,34% da população brasileira pelas equipes de Saúde da Família em 2019<sup>41</sup>. Este resultado é obtido através da equação 2, conforme o PNS, p. 85:

$$\text{Cobertura de Equipe de Saúde da Família} = \frac{\text{Número de Equipes de Saúde da Família (SCNES)} * 3.450}{\text{população (IBGE)}} \quad (2)$$

Uma vez conhecidos estes critérios, pode-se calcular a Cobertura de Equipe de Saúde da Família em Balneário Camboriú. Inicialmente, deve-se verificar a cobertura com o número de Equipes da eSF atualmente disponíveis no município. Essa análise pode ser observada no Quadro 10.

O município possuía 17 equipes da eSF, de acordo com a planilha “Anexo 05\_Rel. profissionais ESF por equipe(2).xls”, entregue pela SMSS em CD-ROM no dia 28/04/17 (juntado ao processo – fl. 163), em resposta ao Of. DAE Nº 3.068, de 05/04/17, apêndice B, item 10 (fl. 148). No entanto, segundo a mesma planilha, a Equipe 16 não contava com médico em sua composição, enquanto as Equipes 01, 07 e 08 contavam apenas com médicos residentes. Portanto, existiam 13 equipes da eSF completas sem residente e três equipes da eSF completas com médico residente. Utilizando-se os critérios máximos de cobertura por equipe estabelecidos na PNAB e na Portaria nº 3.147/12 (MS), tem-se que as equipes da eSF tinham um potencial para cobrir 59.500 pessoas, o que representava uma cobertura de 45,17%, conforme o Quadro 10. Ademais, pode-se

<sup>37</sup> Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude\\_2016\\_2019.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2017.

<sup>38</sup> Idem.

<sup>39</sup> Idem.

<sup>40</sup> Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

<sup>41</sup> Destaca-se que o índice de referência, apurado em 22/07/2015, é 40,13%, conforme o PNS, p. 85.

também calcular a cobertura utilizando o critério do PNS (de 3.450 pessoas) e a equação 2. Neste caso, considerando a existência de 17 equipes da eSF (quando todas estiverem completas), a cobertura seria 44,52%<sup>42</sup>.

**Quadro 10:** Cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família de Balneário Camboriú

Parâmetros	
(1) Número de equipes de ESF (completa) sem residente	13
(2) Critério PNAB (população máxima por equipe)	4.000
(3) Sub-total [(3)=(1)*(2)]	52.000
(4) Número de equipes de ESF (completa) com residente	3
(5) Critério PNAB/ Portaria nº 3.147/12 (MS)	2.500
(6) Sub-total [(6) = (4)*(5)]	7.500
(7) População coberta estimada [(7) = (3) + (6)]	59.500
(8) População total estimada (IBGE 2016)	131.727
(9) Percentual da população coberta [(9) = (7) / (8)*100]	45,17%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

Em segundo lugar, verifica-se que a população cadastrada das equipes da eSF do município atualmente encontra-se em 43,09%, conforme demonstrado no Quadro 11. Logo, a população cadastrada pelas equipes da eSF encontra-se muito próxima da cobertura populacional existente atualmente em Balneário Camboriú. Dessa forma, pode-se inferir que o aumento da cobertura populacional pelas equipes da eSF demandará do município a criação de novas equipes.

**Quadro 11:** População cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família de Balneário Camboriú

Centro de Saúde - UBS	Bairros / Áreas Abrangidas	População Cadastrada / Registrada na UBS	Número de Equipes da eSF
Ariribá*	Ariribá + Nações	4.937	2
Barra	Barra + São Judas Tadeu + Praias Agrestes	11.696	3
CAS*	Nações	11.724	3
Estados	Estados + Várzea do Ranchinho	1.854	1
Municípios	Municípios	11.234	3
Vila Real	Vila Real + Iate Clube	9.611	3
Nova Esperança	Nova Esperança	5.710	2
Total		56.766	17
(1) População cadastrada		56.766	
(2) População total estimada (IBGE 2016)		131.727	
(3) Percentual da população (3=1/2*100)		43,09%	

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

\* A UBS CAS abrange grande parte do bairro Nações (mais populoso), ao passo que a UBS Ariribá abrange o bairro Ariribá e pequena parte do bairro Nações.

No entanto, uma análise mais detalhada revela possibilidades de aumentar a cobertura das equipes da eSF. Inicialmente, conforme os cálculos mostrados no Quadro 10, apenas a

<sup>42</sup> Conforme a equação 2, ou seja,  $17 * 3.450 / 131.727$ .

complementação da equipe 16 com um médico elevaria o número de equipes da eSF completas para 14 e, por conseguinte, a cobertura subiria de 45,17% para 48,21%. Por outro lado, uma eventual utilização de médicos residentes apenas como médicos adicionais às equipes com presença de médico ESF, elevando o número de equipes da eSF completas para 17, aumentaria a cobertura para 51,62%<sup>43</sup>.

Além disso, algumas equipes possuem espaço para aumento da população cadastrada, conforme pode ser observado no Quadro 12. Isto ocorre, por exemplo, nas equipes 16, 14, 09 e 17. Nestas, há um potencial de aumento da população cadastrada de 2.069, 2.146, 1.247 e 1.527 pessoas, respectivamente, até atingir o limite de 4.000 pessoas estabelecido na antiga PNAB, conforme pode ser observado na coluna F.

**Quadro 12:** Utilização da Capacidade de Cobertura das Equipes de Saúde da Família

Código da Equipe no CNES (A)	UBS (B)	População Cadastrada pela Equipe (C)	Tipo do Médico (D)	Limite por Equipe (E) na antiga PNAB	Margem Absoluta (F = E - C)	% de Utilização da Capacidade (G)
6	Ariribá	3.006	Médico ESF	4.000	994	75,15%
16	Ariribá	1.931	Médico ESF	4.000	2.069	48,28%
3	Barra	4.248	Médico ESF	4.000	-248	106,20%
5	Barra	3.498	Médico ESF	4.000	502	87,45%
12	Barra	3.950	Médico ESF	4.000	50	98,75%
7	CAS	3.846	Residente	2.500	-1.346	153,84%
8	CAS	3.960	Residente	2.500	-1.460	158,40%
13	CAS	3.918	Médico ESF	4.000	82	97,95%
14	Estados	1.854	Médico ESF	4.000	2.146	46,35%
1	Municípios	3.727	Residente	2.500	-1.227	149,08%
2	Municípios	3.451	Médico ESF	4.000	549	86,28%
11	Municípios	4.056	Médico ESF	4.000	-56	101,40%
9	Vila Real	2.753	Médico ESF	4.000	1.247	68,83%
10	Vila Real	3.707	Médico ESF	4.000	293	92,68%
15	Vila Real	3.151	Médico ESF	4.000	849	78,78%
4	Nova Esperança	3.237	Médico ESF	4.000	763	80,93%
17	Nova Esperança	2.473	Médico ESF	4.000	1.527	61,83%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

Na maioria das UBS, pode-se efetuar busca ativa pois há menos cadastrados do que o limite de 4000 pessoas. Das 5 equipes que extrapolam o limite de 4000, três se deve a que os profissionais médicos são residentes e o limite reduz-se para 2500. Se a prefeitura contratasse médico ESF em tais unidades, a UBS CAS e Municípios voltariam a respeitar o limite.

Portanto, de acordo com as análises acima, algumas causas ficam evidente para a situação encontrada de cobertura parcial da população do município pelas equipes da eSF: i) investimento na formação de novas equipes da eSF abaixo da demanda populacional; ii) equipe da

<sup>43</sup> Conforme o Quadro 7, ou seja,  $17 * 4.000 / 131.727$ .

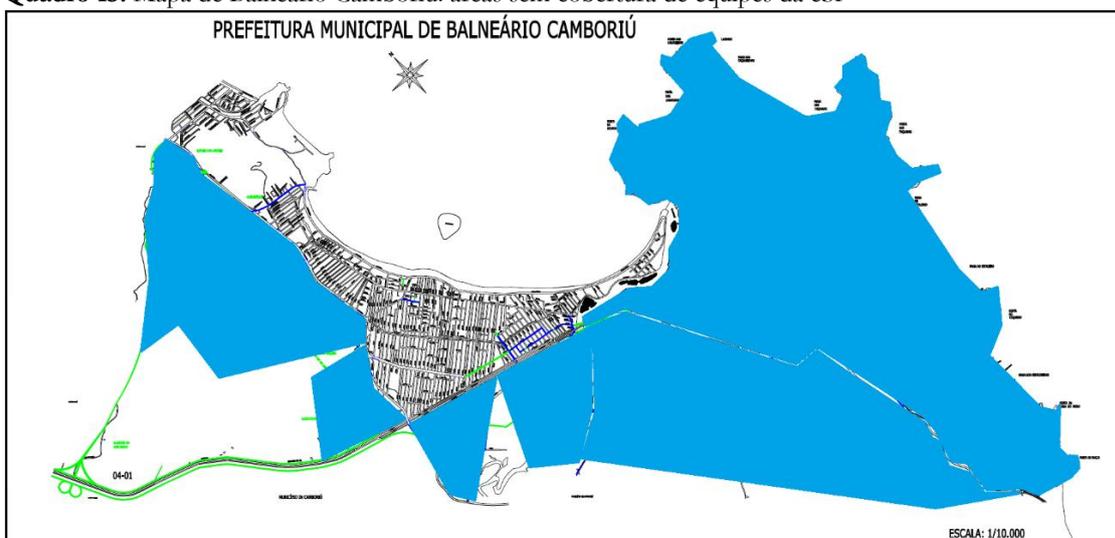
eSF incompleta (sem médico); iii) equipes com médico residente; iv) equipes de UBSs com possibilidade de melhor aproveitamento; e v) inexistência de equipes de eSF na UBS Central.

Este último fator merece destaque especial, uma vez que, conforme o Quadro 6 mostrado anteriormente, a UBS Central é responsável por 63.764 pessoas. Trata-se de 48% da população do município. Estes moradores vivem nos bairros Centro, Praia dos Amores e Pioneiros e não contam com equipes da eSF. A SMSS informou que, apesar de não existir equipe da eSF na UBS Central, há estudos para implementar a Estratégia de Saúde da Família no local. Entretanto, afirmam, o prédio é federal, sem planta física e, possivelmente, não adaptado às exigências do Ministério da Saúde. A argumentação formalizada da SMSS em relação a esta questão consta na resposta ao Of. TCE/DAE N° 3.068/17, de 05/04/2017, item 9 (fl. 148):

Não consta no Plano Municipal de Saúde 2013-2017 a perspectiva para transição da Unidade Básica Central para Estratégia de Saúde da Família. A atual gestão municipal está realizando estudos e levantamentos referentes aos critérios para credenciamento da área do centro (população adstrita) e seu perfil. Esta área concentra o maior número de pessoas em relação aos demais bairros. Encontra-se em avaliação a estrutura física conforme Portaria n° 2488/10/2011, Portaria n° 1903/09/2013 e demais legislações quanto aos ambientes necessários por equipes de ESF a serem formadas pois nessa edificação há prestação de outros serviços complementares especializados. Trata-se, ainda, de edificação federal sem planta física. (fl. 209)

No Quadro 13, as áreas do mapa de Balneário Camboriú que não foram pintadas de azul representam as áreas sem cobertura de equipes da eSF. Como já mencionado, trata-se dos bairros Centro, o mais populoso do município, Pioneiros e Praia dos Amores.

**Quadro 13:** Mapa de Balneário Camboriú: áreas sem cobertura de equipes da eSF



Fonte: TCE/SC, a partir do mapa do município disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú.

Outra forma de analisar a cobertura das equipes de eSF de Balneário Camboriú em cada bairro é calcular um índice de cadastramento para as áreas abrangidas pelas UBSs com equipes

de eSF. Trata-se do mesmo indicador calculado no Quadro 11 para todo o município, onde foi visto que o percentual da população cadastrada pelas equipes da eSF é de apenas 43,09% considerando todo o município de Balneário Camboriú.

Esse mesmo cálculo foi feito para os bairros cobertos por cada UBS. Utilizou-se a equação 3 abaixo e os resultados são apresentados na coluna H do Quadro 14. Verifica-se, inicialmente, índices de população cadastrada significativamente superiores ao índice de cobertura populacional agregado do município, o que evidencia o impacto negativo na cobertura ao se considerar a extensa população que habita áreas com UBSs sem equipes da eSF, como o bairro Centro.

Entretanto, com exceção da área coberta pela UBS Barra, ainda há bastante espaço para ampliar o cadastramento nos bairros com equipes eSF, com destaque para os bairros Nações e Ariribá, onde a população cadastrada representa apenas 67,80% dos moradores. Os bairros Estados e Várzea do Ranchinho têm, conjuntamente, 84,75% dos habitantes cobertos, Municípios, 87,21%, Vila Real, 88,73% e Nova Esperança, 92,10%.

$$\text{Índice de População Cadastrada} = \frac{\text{pop. cadastrada pela UBS}}{\text{pop. total da área da UBS}} \quad (3)$$

Este índice de População Cadastrada dado pela equação 3 pode ser desagregado em dois sub-índices, um índice de Percentual (%) de Cobertura das Equipes eSF (limite da antiga PNAB) (Equação 4) e um índice de Cadastro das Equipes na UBS (Equação 5), segundo a fórmula da equação 6. Esta equação diz que o índice de População Cadastrada (Equação 3) é igual ao índice de Percentual de Cobertura das Equipes eSF (limite da antiga PNAB) (Equação 4) multiplicado pelo índice de Cadastro das Equipes na UBS (Equação 5). Os resultados dos cálculos do Percentual de Cobertura das Equipes eSF (limite da antiga PNAB) e do índice de Cadastro das Equipes na UBS são apresentados nas colunas I e J do Quadro 12, respectivamente. É importante ressaltar que para aquelas equipes da eSF cujo médico é residente o limite de cobertura por equipe utilizado nas fórmulas abaixo foi 2.500 pessoas, em vez de 4.000, conforme as já citadas Portarias nº 703/11 e 3.147/12 do Ministério da Saúde.

$$\begin{aligned} & \text{Percentual (\%) de Cobertura das Equipes eSF (limite da antiga PNAB)} \quad (4) \\ & = \frac{\text{n}^\circ \text{ de equipes eSF} * 4000}{\text{Pop. Total}} \end{aligned}$$

$$\text{Índice de Cadastro das Equipes na UBS} = \frac{\text{Pop. cadastrada}}{\text{n}^{\circ} \text{ de equipes eSF} * 4000} \quad (5)$$

$$\frac{\text{Pop. Cadastrada}}{\text{Pop. Total}} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de equipes eSF} * 4000}{\text{Pop. Total}} * \frac{\text{Pop. Cadastrada}}{\text{n}^{\circ} \text{ de equipes eSF} * 4000} \quad (6)$$

O índice “Percentual de Cobertura das Equipes eSF das UBSs” estabelece uma relação entre a população total dos bairros de uma UBS e o potencial de cobertura das equipes de eSF daquela UBS dado pelo número de equipes multiplicado pela cobertura máxima por equipe (4.000 para equipes sem residente e 2.500 pessoas para equipes com residente). Espera-se que cada bairro ou região tenha equipes eSF suficientes para cobrir toda sua população. Além disso, recomenda-se que este índice seja superior a 100% (aproximadamente 125%), uma vez que aqui utilizou-se, conservadoramente, o fator máximo de cobertura por equipe, isto é, 4.000. Segundo a própria PNAB, o recomendável é uma média de 3.000 pessoas por equipe, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias do território adstrito, menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe.

**Quadro 14:** Índice de cobertura populacional desagregado

UBS (A)	Bairros Cobertos (B)	Código da Equipe (C)	População Cadastrada pela UBS (D)	População Estimada da Área de Abrangência em 2016 (E) ***	Limite da população da UBS (F)	Excedente populacional (G=F-E)	Índice de População Cadastrada (H=D/E)	Percentual de Cobertura das Equipes eSF das UBSS (I=C*4000/E)	Índice de Cadastro das Equipes na UBS (J=D/C*4000)
Barra	Barra + São Judas Tadeu + Praias Agrestes	03 / 05 / 12	11.696	11.287	12.000	713	103,62%	106%	97,47%
CAS + Ariribá **	Nações + Ariribá	07* / 08* / 13 / 06 / 16	16.661	24.575	17.000	-7.575	67,80%	69%***	98,01%
Estados	Estados + Várzea do Ranchinho	14	1.854	2.188	12.000	9.812	84,75%	183%	46,35%
Municípios	Municípios	01* / 02 / 11	11.234	12.882	10.500	-2.382	87,21%	82%***	106,99%
Vila Real	Vila Real + Iate Clube	09 / 10 / 15	9.611	10.832	12.000	1.168	88,73%	111%	80,09%
Nova Esperança	Nova Esperança	04 / 17	5.710	6.199	12.000	5.801	92,10%	129%	71,38%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do IBGE, da SMSS e da Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú.

\* Equipes cujo o médico é residente. Quando há médico residente como responsável pela equipe eSF, o limite populacional da área de abrangência da equipe reduz para 2500 habitantes.

\*\* A UBS Ariribá (Equipes 6 e 16) cobre os bairros Ariribá e Nações. Como não foi possível desagregar a população de cada bairro coberto por esta UBS, a população coberta (coluna D) e estimada (coluna E) da UBS Ariribá foram somadas à UBS CAS e analisadas conjuntamente, pois a UBS CAS cobre somente o bairro Nações e este é vizinho ao bairro Ariribá.

Dessa forma, analisando-se os resultados da coluna I do Quadro 14, pode-se inferir que:

1. A UBS Estados apresenta oportunidade de melhoria, ou seja, uma equipe eSF é suficiente para atender a população dos bairros Estados e Várzea do Ranchinho. Logo, áreas adjacentes poderiam entrar na área de cobertura dessa UBS.
2. O bairro Nações (aqui visto agregado ao bairro Ariribá) possui o excedente populacional de 7.575, ao passo que o bairro Municípios tem excedente populacional de 2.382. Com a substituição de médicos residentes por médicos eSF ou a contratação de segundo residente, tais excedente se reduziriam. No entanto, ainda assim, seria necessária a redistribuição do território combinada com a criação de duas equipes para atender os bairros Nações e Ariribá e uma equipe para atender o bairro Municípios.
3. Os bairros cobertos pela UBS Vila Real e, principalmente, pela UBS Barra, estão próximo do limite de margem de cobertura pelas equipes de eSF.

Já o índice de Cadastro das Equipes na UBS (equação 5) estabelece uma relação entre a cobertura das equipes de eSF da UBS dado pelo número de equipes multiplicado pela cobertura máxima por equipe (4.000 para equipes sem residente e 2.500 pessoas para equipes com residente) e a população cadastrada pela UBS. Neste caso, recomenda-se um índice próximo de 100%, isto é, que a equipe consiga efetuar o cadastro da população adstrita próximo do limite do seu potencial. Nota-se, pelos resultados da coluna J do Quadro 14, que as UBS Estados, Vila Real e Nova Esperança apresentaram um índice de eficiência relativamente baixo. Nestes casos há espaço para aumentar tal índice, isto é, aumentar a população cadastrada pelas equipes dessas UBSs em relação ao seu potencial. Embora, nestes casos, não se espera que atinjam 100%, uma vez que a população da área de abrangência dessas UBSs é inferior ao limite de cobertura de equipes prevista na antiga PNAB (4000 pessoas). Já as UBSs CAS e Ariribá, por exemplo, apresentaram um bom índice de Cadastro das Equipes na UBS, embora tenham parte significativa da população ainda não cadastrada. Neste caso, a análise revela que as equipes existentes já estão no limite de cadastramento, sendo, portanto, necessário aumentar a cobertura populacional com a ampliação do número de equipes da eSF nessa região.

Diante deste cenário, resta à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Manter completas as equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item I, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (PNAB).**

Além disso, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Adequar o número de equipes da Estratégia da Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde para atingir a cobertura de, no mínimo, 75,34% da população do município até 2019, com base no índice “Cobertura de Equipe de Saúde da Família” do Anexo “Indicadores” do Plano Nacional de Saúde 2016-2019.**
- **Readequar a territorialização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de diminuir o excedente populacional daquelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (eSF) que já atingiram o limite de 4000 pessoas previsto no Anexo I, “Especificidades da equipe de saúde da família”, item III, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e aumentar a área de abrangência nas equipes eSF em que haja tal possibilidade.**

- **Implantar a Estratégia da Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde na área dos bairros Centro, Pioneiros e Praia dos Amores.**

#### 2.1.3.1 Comentários do Gestor

A Secretaria de Saúde se compromete em utilizar todos os recursos disponíveis para manter completo o quadro funcional das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (item 3.1.1.1 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595) .

Ainda, “a recomendação de adequação no número de equipes de ESF de modo a atingir cobertura de no mínimo 75,34% da população até 2019, é objeto de análise no âmbito da Secretaria de Saúde, considerando o perfil do município, onde principalmente a região do centro apresenta território extremamente verticalizado e com número acentuado de prédios de difícil acesso para as equipes, e/ou com apartamentos que recebem turistas apenas em determinados períodos do ano. Nesse contexto há que se pensar em equipes de Atenção Básica diferenciadas, que atendam às necessidades da população e as especificidades do território” (item 3.1.2.3 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595) .

Sobre a recomendação 3.1.2.4., a Secretaria de Saúde afirma que estão “readequando o cadastramento de usuários pelas Equipes 006, 016, 004, 017, 009, 010 e 015. Quanto às equipes que já ultrapassaram o teto” alega que deve se “considerar o item 3.1.2.1 (fl. 601), uma vez que as estruturas existentes não comportam mais equipes” (item 3.1.2.4 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595) .

Para a implantação da Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde na área dos bairros Centro, Pioneiros e Praia dos Amores, considerar o exposto nos itens anteriores 3.1.2.1, 3.1.2.2 e 3.1.2.3 (fls. 601 e 602) (item 3.1.2.5 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595), conforme segue:

Item 3.1.2.1 - Quanto à adequação do número de Unidades Básicas de Saúde, a Secretaria de Saúde está realizando estudo de viabilidade para contemplar os bairros São Judas Tadeu, Pioneiros, Praia dos Amores, Região Central e das Praias Agrestes até 2019. Cabe ressaltar que tal estudo já foi realizado anteriormente e uma das principais dificuldades encontradas em algumas dessas regiões, refere-se à ausência de terrenos com metragem adequada para construção de Unidade, bem como de imóveis para locação que atendam as determinações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Nesse momento o estudo concentra esforços para contornar essa dificuldade.

Item 3.1.2.2 - Atualmente o município já possui autorização do Ministério da Saúde para implementar mais duas equipes de ESF e estamos planejando as demais ampliações de acordo com as prioridades de cada localidade, bem como de acordo com o exposto no item anterior, uma vez

que nas regiões prioritárias, a estrutura física existente não comporta ampliações de equipes.

Item 3.1.2.3 - mencionado no segundo parágrafo deste tópico. (fl. 602)

#### 2.1.3.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

Quanto às especificidades da Equipe de Saúde da Família, a PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17) definiu que esta deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (Anexo 1 do Anexo XXII, item 3.4 “Tipos de equipes”).

Recomendou, ainda, a população adscrita por Equipe de Saúde da Família de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, com possibilidade de definir outro parâmetro populacional de acordo com as especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária (Anexo 1 do Anexo XXII, item 3.3 “Funcionamento”).

Igualmente, no parágrafo único do art. 53, estipulou que a cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na Política Nacional de Atenção Básica.

A partir das alterações definidas pela nova PNAB, passa-se a avaliar os comentários do gestor para cada conclusão deste item.

Na auditoria, identificou-se a carência de três médicos (um médico ESF na UBS Ariribá, um médico na UBS CAS-Nações e um médico na UBS Municípios) e um enfermeiro na UBS Barra. Quanto à sugestão de determinação para manter as Equipes da Estratégia da Saúde da Família completas, o Gestor manifestou-se favorável a corrigir a situação encontrada, que será acompanhada durante a fase de monitoramento. Logo, mantém-se a sugestão de determinação, apenas atualizando a legislação correspondente.

Para as demais conclusões, considerou-se relevante refazer os cálculos da cobertura do município por equipes ESF, com base nos novos parâmetros trazidos pela PNAB. Assim, tem-se que:

**Quadro 15:** Cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família de Balneário Camboriú

Parâmetros	PNAB - Portaria nº 2.488/11	PNAB - Portaria nº 2/17
(1) Número de equipes de ESF (completa) sem residente	13	13
(2) Critério PNAB (população máxima por equipe)	4.000	3.500
(3) Sub-total [(3)=(1)*(2)]	52.000	45.500
(4) Número de equipes de ESF (completa) com residente	3	3
(5) Critério PNAB/ Portaria nº 3.147/12 (MS)	2.500	2.000
(6) Sub-total [(6) = (4)*(5)]	7.500	6.000
(7) População coberta estimada [(7) = (3) + (6)]	59.500	51.500
(8) População total estimada (IBGE 2016)	131.727	131.727
(9) Percentual da população coberta [(9) = (7) / (8)*100]	45,17%	39,10%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE, coletados durante a execução da auditoria.

A partir dos resultados obtidos, nota-se que o percentual de população coberta por ESF, considerando o teto máximo de 3.500 pessoas por equipe, diminuiu em seis pontos percentuais.

Ainda, para verificar o percentual de capacidade das equipes ESF, a partir dos novos critérios, reelaborou-se o seguinte quadro:

**Quadro 16:** Utilização da Capacidade de Cobertura das Equipes de Saúde da Família

Parâmetros				PNAB - Portaria nº 2.488/11			PNAB - Portaria nº 2/17		
Código da Equipe no CNES (A)	UBS (B)	População Cadastrada pela Equipe (C)	Tipo do Médico (D)	Limite por Equipe (E)	Margem Absoluta (F=E-C)	% de Utilização da Capacidade (G)	Limite por Equipe (E)	Margem Absoluta (F=E-C)	% de Utilização da Capacidade (G)
6	Ariribá	3.006	Médico ESF	4.000	994	75,15%	3.500	494	85,89%
16	Ariribá	1.931	Médico ESF	4.000	2.069	48,28%	3.500	1.569	55,17%
3	Barra	4.248	Médico ESF	4.000	-248	106,20%	3.500	-748	121,37%
5	Barra	3.498	Médico ESF	4.000	502	87,45%	3.500	2	99,94%
12	Barra	3.950	Médico ESF	4.000	50	98,75%	3.500	-450	112,86%
7	CAS	3.846	Residente	2.500	-1.346	153,84%	2.000	-1.846	192,30%
8	CAS	3.960	Residente	2.500	-1.460	158,40%	2.000	-1.960	198,00%
13	CAS	3.918	Médico ESF	4.000	82	97,95%	3.500	-418	111,94%
14	Estados	1.854	Médico ESF	4.000	2.146	46,35%	3.500	1.646	52,97%
1	Municípios	3.727	Residente	2.500	-1.227	149,08%	2.000	-1.727	186,35%
2	Municípios	3.451	Médico ESF	4.000	549	86,28%	3.500	49	98,60%
11	Municípios	4.056	Médico ESF	4.000	-56	101,40%	3.500	-556	115,89%
9	Vila Real	2.753	Médico ESF	4.000	1.247	68,83%	3.500	747	78,66%
10	Vila Real	3.707	Médico ESF	4.000	293	92,68%	3.500	-207	105,91%
15	Vila Real	3.151	Médico ESF	4.000	849	78,78%	3.500	349	90,03%
4	Nova Esperança	3.237	Médico ESF	4.000	763	80,93%	3.500	263	92,49%
17	Nova Esperança	2.473	Médico ESF	4.000	1.527	61,83%	3.500	1.027	70,66%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE, coletados durante a execução da auditoria.

Considerando o teto mínimo (para residentes) de 2.000 pessoas e máximo de 3.500 pessoas, recomendado pela nova PNAB, das 17 equipes, oito (47%) extrapolam o limite máximo; enquanto que com os parâmetros antigos, eram cinco (29%) equipes.

Tendo em vista o exposto, para a sugestão de recomendação com o objetivo de adequar o número de equipes da Estratégia da Saúde da Família nas UBSs para atender a cobertura de, no mínimo, 75,34% da população do município até 2019, o Gestor informou que esta conclusão

está em análise na SMSS, uma vez que o bairro Centro necessita de equipes de Atenção Básica diferenciadas, em razão da verticalização do território, prédios de difícil acesso e grande número de moradores sazonais por causa do grande fluxo de turistas na região.

Embora a PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17) reconheça outras estratégias de Atenção Básica, estas devem observar os princípios e diretrizes previstos na Política e ter caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (parágrafo único do art. 4º do Anexo XXII).

Além do mais, a maior população de Balneário Camboriú se concentra no Centro, com população estimada de 58.184 pessoas para o ano de 2016. Também cabe mencionar que nem toda a região central é verticalizada.

Também, como o índice de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família no município diminuiu de 45,17% para 39,10%, em razão dos novos parâmetros da PNAB, e sendo a ESF a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (art. 4º do Anexo XXII), conclui-se por manter a sugestão de recomendação. Caso a Secretaria entenda necessário adotar equipes de Atenção Básica diferenciadas, deve apresentá-las no Plano de Ação para que se possa fazer a devida avaliação na etapa de monitoramento.

Já a readequação da territorialização das UBSs com o objetivo de diminuir o excedente populacional das equipes da Estratégia da Saúde da Família, a SMSS informou que está readequando o cadastramento de usuários pelas Equipes 006 e 016 (Ariribá), 004 e 017 (Nova Esperança), 009, 010 e 015 (Vila Real). Para as equipes que já ultrapassaram o teto, irão considerar a adequação do número de UBSs pois as estruturas existentes não comportam mais equipes. Com o novo critério da PNAB (Quadro 16), a capacidade de cobertura das eSF alterou. Observa-se que a equipe 010 da UBS Vila Real já ultrapassou sua capacidade e que a UBS Estados precisa ter sua territorialização readequada. Caberá, então, à SMSS atualizar as ações quanto a esta conclusão no Plano de Ação. Sendo assim, mantém-se a conclusão inicial, atualizando apenas a legislação correspondente.

Quanto à implantação da Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde na área dos bairros Centro, Pioneiros e Praia dos Amores, em razão de todo o exposto, mantém-se a conclusão inicial.

Logo, atualiza-se a legislação do item 3.1.1.1; altera-se o item 3.1.2.4 e mantém-se as conclusões dos itens 3.1.2.3 e 3.1.2.5 (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

Desse modo, resta à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- Manter completas as equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o item 3.4 “Tipos de Equipes”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde.

Além disso, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- Readequar a territorialização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de diminuir o excedente populacional daquelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (eSF) que já atingiram os limites previstos com base no art. 53, parágrafo único do Anexo XXII, e no item 3.3 “Funcionamento”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde e aumentar a área de abrangência nas equipes eSF em que haja tal possibilidade.

#### 2.1.4. Cobertura parcial da população do município pelos Agentes Comunitários de Saúde

O Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item I, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (antiga PNAB), estabelece que os agentes comunitários de saúde (ACS) são membros indispensáveis na equipe da eSF, conforme depreende-se da leitura deste dispositivo:

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) 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;

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi institucionalizado como política oficial do Governo Federal no início dos anos 1990. Mas foi somente a partir de dezembro de 1997, a partir da Portaria nº 1.886 do Ministério da Saúde, que foram instituídas as normas e diretrizes operacionais desse Programa, que viria a se tornar parte fundamental da estratégia de

consolidação do SUS. Até final de 2017, o PACS era regido para Portaria nº 2.488/11 e faz parte da Política Nacional de Atenção Básica<sup>44</sup>.

As responsabilidades dos ACSs estão dispostas no Anexo I, título “Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica”, da Portaria nº 2.488/11 do MS. Entre elas, pode-se destacar: i) trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; ii) cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; iii) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; e iv) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Já os critérios para determinação da quantidade de ACSs que deve compor cada equipe da eSF e o limite de pessoas que cada ACS deve ser responsável estavam dispostos no Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item II, da Portaria nº 2.488/11 do MS:

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;

Ou seja, o ACS deveria cobrir um máximo de 750 pessoas residentes na microárea de sua responsabilidade. Outro documento do Ministério da Saúde recomendava que o ACS deve ser responsável por um número de pessoas entre 400 e 750, dependendo das necessidades locais<sup>45</sup>. Além disso, cada equipe da eSF devia ser ter, no máximo, 12 ACSs na sua composição. Por fim, a PNAB estabelece que o número de ACSs no município deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada.

Com relação à Balneário Camboriú, apenas 34,92% da população era coberta pelos ACSs em março de 2017, segundo a base de dados do E-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>46</sup>. O cálculo desta cobertura é detalhado na Nota Metodológica do indicador “Cobertura populacional estimada pelos Agentes Comunitários de Saúde”<sup>47</sup> e segue a equação 7.

<sup>44</sup> Conforme o site disponibilizado pelo Ministério da Saúde:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1187-sgtes-p/agentes-comunitarios-de-saude-e-agentes-de-combate-as-endemias/l3-acs-e-ace/19757-historia>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

<sup>45</sup> Programa agentes comunitários da saúde (PACS). Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 5.

<sup>46</sup> Disponível em

<<http://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>>

Acesso em: 13 jun. 2017.

<sup>47</sup> Idem.

$$\text{Cobertura populacional estimada pelos ACSs} = \frac{n^{\circ} \text{ ACS} * 575}{\text{Estimativa pop.}} \quad (7)$$

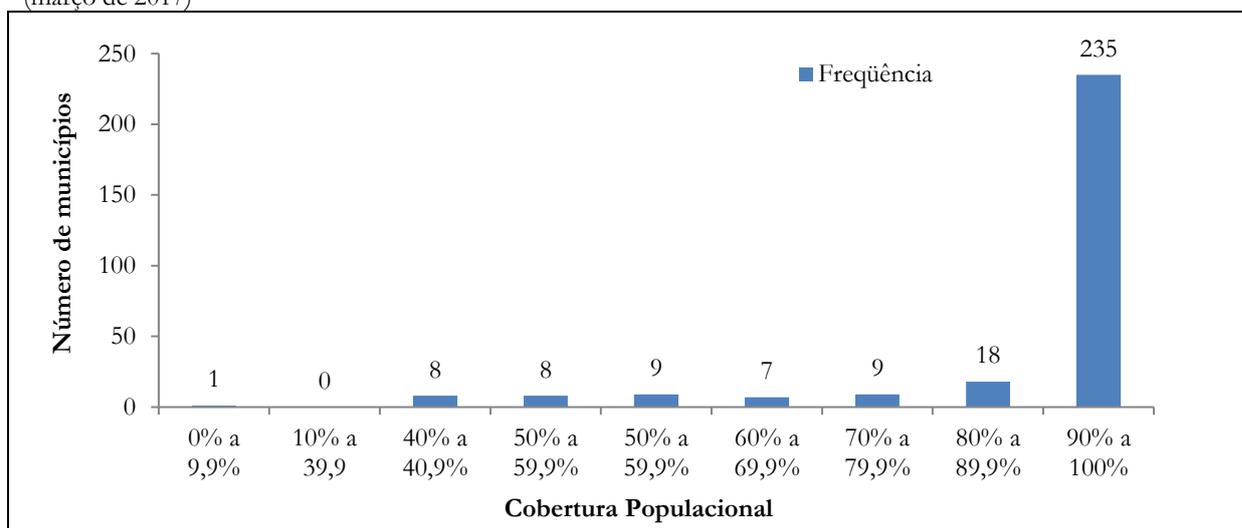
Onde:

$n^{\circ}$  ACS: somatório da carga horária ambulatorial de Agentes Comunitários de Saúde (CBO: 515105) dividido por 40.

Estimativa pop.: estimativa da população do ano anterior.

De acordo com esta metodologia, entre os 295 municípios de Santa Catarina, Balneário Camboriú ocupava a quinta pior posição com relação ao critério cobertura de ACSs, também com referência em março de 2017<sup>48</sup>. Por outro lado, conforme observado no Gráfico 2, a grande maioria dos municípios tinha uma alta cobertura de ACS neste mesmo período: dos 295 municípios, 235 tinham cobertura superior a 90%, sendo que 223 deles (75,59%) já possuíam ACSs suficientes para cobrir 100% da população.

**Gráfico 2:** Quantidade de municípios de Santa Catarina por faixa de cobertura populacional estimada pelos ACSs (março de 2017)



Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do E-Gestor Atenção Básica, Ministério da Saúde. (fls. 539-541v)

Dois comentários fazem-se necessários neste ponto. Primeiro, nota-se que o E-Gestor utiliza como critério a cobertura por ACS de, em média, 575 pessoas. Portanto, trata-se de um

<sup>48</sup> Cobertura de ACSs menores que Balneário Camboriú em março de 2017 no Estado de Santa Catarina, segundo os critérios do E-Gestor Atenção Básica, foram observados apenas em São José do Cerrito (0%), Videira (31,26%), Itaipava (32,73%) e Joinville (33,01%).

número intermediário entre 400 e 750 pessoas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, e abaixo dos 750, limite máximo estabelecido na antiga PNAB. Segundo, para chegar ao resultado de cobertura dos ACSs de 34,92% em março de 2017, havia cadastrado no site do E-Gestor uma quantidade de 80 ACSs em Balneário Camboriú.

Ocorre que, em relação a este último ponto, há uma divergência no número de ACSs lotados nas equipes da eSF do município de acordo com cada fonte consultada. Segundo a planilha “Anexo05\_Rel. profissionais ESF por equipe(2).xls” entregue pela SMSS em CD-ROM no dia 28/04/17 (juntado ao processo – fl. 163), em resposta ao Of. DAE N° 3.068, de 05/04/17, apêndice B, item 10 (fl. 148), a quantidade de ACSs era 86 em abril de 2017. Já a planilha “Anexo 11\_Rel. funcionáriosUBS.xls”, encontrada na mesma pasta do CD acima referido, em resposta ao item 28 do apêndice B do mesmo ofício, mostra 79 ACSs também em abril de 2017. Já o Portal da Transparência de Balneário Camboriú indicava 88 vagas ocupadas de ACSs em maio de 2017 (fl.547). Buscando confirmar esta informação, um e-mail foi enviado à SMSS (com resposta no dia 22/05/17), sendo então confirmada uma quantidade de 75 ACSs em atividade no município em abril de 2017 (fl. 527).

Dessa forma, pode-se calcular qual é a cobertura populacional de ACSs considerando que existem 75 ACSs em atividade. Utilizar-se-á, conservadoramente, o critério máximo de cobertura por ACS, isto é, um ACS para 750 pessoas. O resultado é mostrado no Quadro 17. Nota-se que a quantidade de ACSs trabalhando no município em abril de 2017 era suficiente para cobrir somente 42,70% da população.

**Quadro 17:** Cobertura populacional pelos ACSs em Balneário Camboriú

Parâmetros	
(1) Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	75
(2) Critério (max) PNAB	750
(3) Sub-total [(3) = (1) * (2)]	56.250
(4) População de Balneário (IBGE 2016)	131.727
(5) % da População Coberta [5=(3)/(4)*100]	42,70%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

Em seguida, é possível analisar qual a população cadastrada pelos ACSs no período em análise. Assumindo que toda a população cadastrada em cada UBS seja acompanhada pelos ACSs, pode-se dizer que os ACSs acompanham 43,09% da população de Balneário Camboriú, conforme observado no Quadro 18.

**Quadro 18:** População cadastrada pelos ACSs em Balneário Camboriú

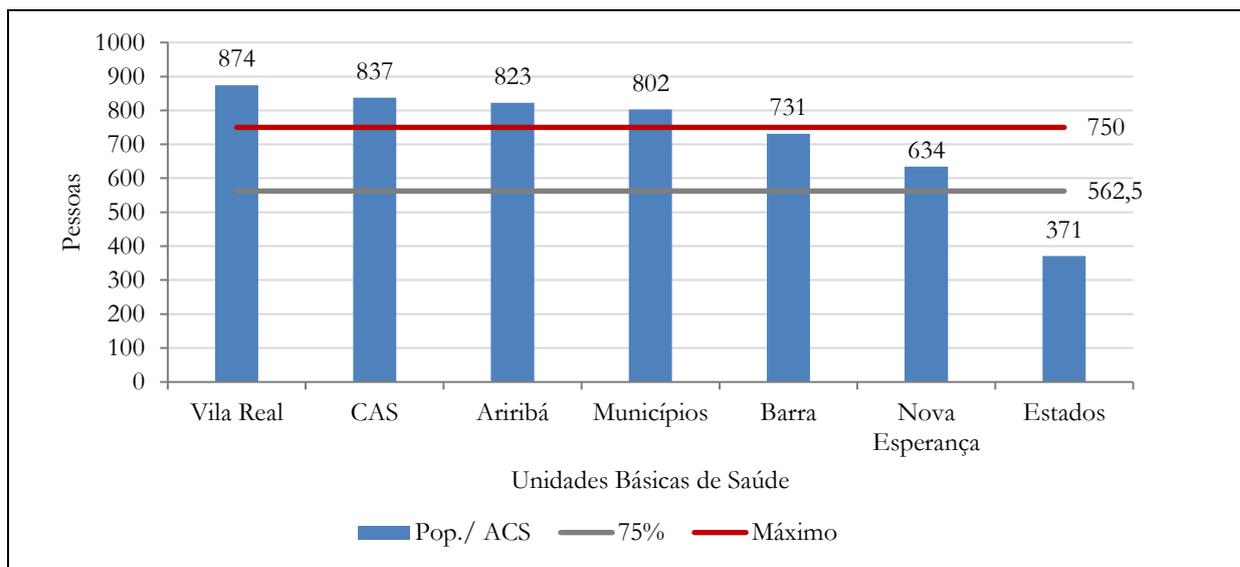
Centro de Saúde – UBS (A)	População cadastrada nas UBS (B)	Número de ACS (C)
Ariribá	4.937	6
Barra	11.696	16
CAS	11.724	14
Estados	1.854	5
Municípios	11.234	14
Vila Real	9.611	11
Nova Esperança	5.710	9
Total	56.766	75
(1) População coberta (REAL)	56.766	
(2) População de Balneário (IBGE 2016)	131.727	
(3) % da População Coberta [ $3=(1)/(2)*100$ ]	43,09%	

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS e do IBGE.

Os últimos dois quadros permitem chegar a duas conclusões. Em primeiro lugar, Balneário Camboriú tem uma baixa cobertura populacional pelos ACSs. Em segundo, a população cadastrada ultrapassava a cobertura populacional estimada conforme o limite máximo previsto na antiga PNAB. A baixa cobertura pode ser explicada principalmente pela inexistência de Estratégia de Saúde da Família na UBS Central, a qual, conforme o Quadro 6 apresentado anteriormente, é responsável por 63.764 pessoas. Logo, ali não há equipes da eSF e, por consequência, também não são contratados ACSs. Já a segunda conclusão pode ser explicada pelo fato de que os ACSs são responsáveis, em média, por mais de 750 pessoas, ou seja, que o limite máximo estabelecido na antiga PNAB. Dividindo-se o total da população cadastrada nas UBSs (56.766 pessoas) pelo número total de ACSs (75), conforme o Quadro 18, tem-se que cada ACS cobre, em média, 757 habitantes.

No que tange ao fato de os ACSs serem responsáveis por mais de 750 pessoas, em média, é possível analisar esta questão com um nível maior de detalhamento ao se calcular a média com base na população adscrita na UBS e na população cadastrada por equipe da eSF. No Quadro 19, dividindo-se os dados da coluna B pela coluna C, obtém-se o número médio de pessoas pelas quais um ACS é responsável em cada UBS. Este resultado é apresentado no Gráfico 3.

**Gráfico 3:** População Cadastrada por ACS nas UBSs de Balneário Camboriú



Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

Nota-se que os ACSs lotados nas UBSs Vila Real, CAS, Ariribá e Municípios são responsáveis, em média, por um número de pessoas acima do limite estabelecido na PNAB (750 pessoas, indicado pela linha vermelha). Já a UBS Estados apresenta a mesma relação com resultado abaixo de 75% do limite máximo<sup>49</sup> (linha cinza). Neste caso, há indício de que há mais ACSs do que o necessário para a população cadastrada na UBS Estados, ao passo que as outras UBSs anteriormente citadas necessitariam ampliar a quantidade de ACSs de que dispõem.

Por fim, conforme observado no Quadro 19, dividindo-se a população cadastrada por cada equipe da eSF de Balneário Camboriú (coluna C) pelo número de ACSs lotados nestas equipes (D), tem-se o número médio efetivo de pessoas por que cada ACS é responsável (E). O resultado mostra que na maioria das equipes do município os ACSs são responsáveis, em média, por mais do que 750 pessoas. Em quatro equipes, são responsáveis por mais de 1.000 pessoas, chegando a 1.236 pessoas, em média, na equipe 10. Já a coluna F mostra os quantitativos de carência, suficiência e excesso de ACSs para cada equipe.

**Quadro 19:** Cobertura média por ACS nas equipes da eSF de Balneário Camboriú

Centro de Saúde - UBS (A)	Código Equipe no CNES (B)	População cadastrada pela Equipe (C)	Número de ACS por Equipe (D)	População/nº ACS (E=C/D)	Carência de ACS (F=D-C/750)
Vila Real	10	3.707	3	1.236	-2
Vila Real	15	3.151	3	1.050	-1
Municípios	11	4.056	4	1.014	-1
Ariribá	6	3.006	3	1.002	-1
CAS	7	3.846	4	962	-1
Barra	3	4.248	5	850	-1
CAS	8	3.960	5	792	0

<sup>49</sup> Utilizado o mesmo critério percentual que a PNAB estabelece para o número de pessoas cadastradas por equipe da eSF. Neste critério, o máximo de pessoas por equipe é 4000, enquanto recomenda-se um número médio de 3000 pessoas, portanto, 75% em relação ao limite máximo.

Centro de Saúde - UBS (A)	Código Equipe no CNES (B)	População cadastrada pela Equipe (C)	Número de ACS por Equipe (D)	População/nº ACS (E=C/D)	Carência de ACS (F=D-C/750)
Barra	12	3.950	5	790	0
CAS	13	3.918	5	784	0
Municípios	1	3.727	5	745	0
Municípios	2	3.451	5	690	0
Nova Esperança	4	3.237	5	647	1
Ariribá	16	1.931	3	644	0
Nova Esperança	17	2.473	4	618	1
Barra	5	3.498	6	583	1
Vila Real	9	2.753	5	551	1
Estados	14	1.854	5	371	3
Total	-	56.766	75	757	
Total de carência					-7

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

\* Total de carência apresenta o somatório dos números negativos da coluna.

Entre as possíveis causas que levaram à situação encontrada de cobertura parcial da população do município pelos ACS destaca-se a contratação de novos ACSs abaixo da demanda populacional. Adicionalmente, pode-se citar a existência de ACSs em algumas equipes com possibilidade de ampliar o número de cadastramento, como pode-se notar no Quadro 19 para as equipes 14, 9 e 5. Já como consequências dessa situação podem ser citados o cadastramento parcial da população.

Isto posto, resta à Prefeitura de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Adequar o número de Agentes Comunitários de Saúde para respeitar o limite máximo de 750 pessoas por ACS nas equipes da eSF, com base no Anexo I, inciso II do item 4.4.1. “Especificidades da Equipe da Saúde da Família”, Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (antiga PNAB).**

Outrossim, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Adequar o número de Agentes Comunitários de Saúde para alcançar a cobertura de 100% da população do município segundo o indicador “Cobertura populacional estimada pelos Agentes Comunitários de Saúde” disponível no site do E-Gestor Atenção Básica.**

- **Aumentar a proporção de pessoas cadastradas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Estados por meio da adequação do número de ACS ou do aumento do território de abrangência da UBS.**

Com a adoção dessas medidas espera-se uma melhoria nos indicadores de saúde do município, bem como um maior acesso da população aos serviços de saúde ofertados pelas UBSs.

#### 2.1.4.1 Comentários do Gestor

A Secretaria de Saúde se compromete em utilizar todos os recursos disponíveis para adequar o número de ACS - Agentes Comunitários de Saúde, de modo que tenham sob sua responsabilidade não mais que 750 pessoas (item 3.1.1.2 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

Para as áreas consideradas vulneráveis, a Secretaria de Saúde se compromete conforme exposto no item 3.1.1.2. Entretanto, para algumas regiões do Centro, há que se considerar o item 3.1.2.3, bem como as atualizações na Política Nacional de Atenção Básica no item 3.4 – Tipos de Equipes (item 3.1.2.6 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

Item 3.1.2.3 - A recomendação de adequação no número de equipes de ESF de modo a atingir cobertura de no mínimo 75,34% da população até 2019, é objeto de análise no âmbito da Secretaria de Saúde, considerando o perfil do município, onde principalmente a região do centro apresenta território extremamente verticalizado e com número acentuado de prédios de difícil acesso para as equipes, e/ou com apartamentos que recebem turistas apenas em determinados períodos do ano. Nesse contexto há que se pensar em equipes de Atenção Básica diferenciadas, que atendam às necessidades da população e as especificidades do território (item 3.1.2.3 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

A adequação do território de abrangência da Unidade dos Estados está programada para o início de 2018 (item 3.1.2.7 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

##### 2.1.4.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

As principais modificações da PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17) com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são descritas a seguir.

Quanto à composição da equipe de Saúde da Família (Anexo 1 do Anexo XXII, item 3.4 “Tipos de Equipes”):

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

As atribuições dos ACSs na nova Política encontram-se dispostas no item 4 “Atribuições dos profissionais da Atenção Básica”. Constituem aquelas elencadas no item 4.1, comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica; no item 4.2.6 “a”, específicas do trabalho conjunto realizado pelo Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias; e no item 4.2.6 “b”, atribuições específicas do ACS.

Já os critérios para determinação da quantidade de ACSs que deve compor cada equipe da eSF e o limite de pessoas que cada ACS deve ser responsável estão dispostos no item 3.4 da PNAB:

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Observa-se que a PNAB antiga limitava o máximo de 12 ACSs por equipe, enquanto que a nova PNAB define que este número deve ser estipulado conforme certos parâmetros, como população, epidemiologias, fatores sociais e econômicos.

Além disso, a Política vigente recomenda a cobertura de 100% da população para áreas com dispersão territorial, risco e vulnerabilidade social. A Política revogada recomendava a cobertura de 100% da população do município por ACSs.

Convém mencionar que embora haja um limite de 750 pessoas por ACS para as áreas citadas no parágrafo anterior, o subitem 5 “e” (Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS) do item 3.4 (Tipos de equipes) dispõe: “cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

Desse modo, entende-se que permanece o teto máximo de 750 pessoas por ACS.

Com base na exposição inicial, passa-se à análise dos comentários do Gestor.

Quanto à adequação do número de Agentes Comunitários de Saúde para respeitar o limite máximo de 750 pessoas por ACS, a SMSS se manifestou favorável a adequar a situação apontada. Salienta-se, também, que a nova Política prevê outras maneiras de organização da Atenção Básica, além das equipes de Saúde da Família (eSF), pois adotou a modalidade de equipes da Atenção Básica (eAB). A eSF deve ser composta por Agente Comunitário de Saúde; já a agregação de ACS na eAB é facultativa. Logo, é necessário alterar a sugestão de determinação, assim como a legislação correspondente.

No que se refere à adequação do número de Agentes Comunitários de Saúde para alcançar a cobertura de 100% da população do município, a Secretaria se propôs a atingir a

cobertura total para as áreas consideradas vulneráveis, uma vez que a nova PNAB não exige mais a cobertura de ACS para 100% da população do município. Afirmou, ainda, em resposta ao item 3.1.2.3 que o bairro Centro necessita de equipes de Atenção Básica diferenciadas, em razão da verticalização do território, prédios de difícil acesso e grande número de moradores sazonais por causa do grande fluxo de turistas na região. Assim, caso a Secretaria decida por adotar equipes de Atenção Básica diferenciadas para a região central, deve informar no Plano de Ação para que se possa fazer a devida avaliação na etapa de monitoramento. Com base no exposto, verifica-se a necessidade de alterar a sugestão de recomendação para este tópico.

Por fim, em relação ao aumento da proporção de pessoas cadastradas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Unidade Básica de Saúde Estados, a SMSS acatou a sugestão de recomendação, pois informou que esta adequação estava programada para início de 2018. Dessa forma, mantém-se a conclusão inicial.

Logo, alteram-se os itens 3.1.1.2 e 3.2.1.6 e mantém-se a conclusão do item 3.1.2.7 (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Assim, resta à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Adequar o número de Agentes Comunitários de Saúde para respeitar o limite máximo de 750 pessoas por ACS nas equipes de Saúde da Família ou em equipes da Atenção Básica a serem definidas pelo Município, conforme o subitem 5 “Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, letra “e”, do item 3.4 “Tipos de equipes”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde.**

Outrossim, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Definir as áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social do município de Balneário Camboriú e compor as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica com quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que alcance a cobertura de 100% da população destas áreas, com número máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde, conforme item 3.4 “Tipos de Equipes” do**

**Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde.**

**2.1.5. Cobertura parcial da população do município pela Saúde Bucal da Atenção Básica**

O “Brasil Sorridente” (Política Nacional de Saúde Bucal) é o programa do governo federal para a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. Compõe-se de medidas que visam garantir a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde bucal da população, bem como reúne ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas de suas principais linhas de ação são:

- Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;
- Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Na Atenção Especializada encontra-se também a Assistência Hospitalar<sup>50</sup>.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal orientam a reorganização da Atenção em Saúde Bucal no âmbito do SUS. O documento apresenta os pressupostos para a reorientação do modelo de Atenção em Saúde Bucal, dentre os quais destacam-se:

- 2.1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
- 2.2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
- 2.3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
- [...]
- 2.5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- [...]
- 2.7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;

<sup>50</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php). Acesso em: 20 jun. 2017.

[...] <sup>51</sup>

Ainda, define os princípios de gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, além daqueles contidos no texto constitucional.

Quanto ao acesso, estabelece: “buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, [...] e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. [...]” <sup>52</sup>.

Diante desse contexto, buscou-se verificar o índice de cobertura da Saúde Bucal na Atenção Básica do município de Balneário Camboriú, como uma das condições para a garantia do acesso aos serviços de saúde bucal à população.

A análise contempla dois enfoques: **a Saúde Bucal na Atenção Básica**, que inclui as equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (eSB) e as equipes de Saúde Bucal equivalentes e parametrizadas na Atenção Básica tradicional; e **a Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família**, que contempla exclusivamente as equipes eSB, já que a legislação aponta para a priorização dessa estratégia.

Após, encontram-se as considerações finais e proposta de ação referente a esse tópico.

### **Saúde Bucal na Atenção Básica**

Foi visto anteriormente que a Resolução nº 08/16 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) define as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para os anos de 2017-2021, com o intuito de fortalecer o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

No anexo da referida Resolução, o indicador 19 refere-se a “cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica”.

Nesse sentido, é possível acessar os relatórios de cobertura de Saúde Bucal no *site* e-Gestor Atenção Básica <sup>53</sup>, do Ministério da Saúde. Assim, o índice de cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica é dado pelo “percentual da população coberta por equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Saúde Bucal equivalentes

---

<sup>51</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2017.

<sup>52</sup> *Id.* **Portal do Departamento de Atenção Básica**.

<sup>53</sup> E\_Gestor Atenção Básica. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

e parametrizadas na Atenção Básica tradicional em relação à estimativa populacional<sup>54</sup>. Esse indicador é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica.

A nota metodológica do Ministério da Saúde<sup>55</sup> apresenta o método de cálculo para esse índice:

$$\text{Cobertura populacional estimada de SB na AB} = \frac{(\text{n}^\circ \text{eSB} * 3.450) + (\text{n}^\circ \text{eSB equivalentes} * 3.000)}{\text{Estimativa populacional}} \quad (8)$$

Onde:

- n° eSB: número de equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal
- n° eSB equivalentes: número de equipes de Atenção Básica parametrizadas com saúde bucal (códigos 19, 20 e 21, na base do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES). As equipes de 19 a 21 serão ponderadas conforme Portaria n° 576/11 do Ministério da Saúde (19 = 1 equipe; 20 = 2 equipes; 21 = 3 equipes). A cada 40 horas de carga horária ambulatorial de cirurgiões-dentistas na Atenção Básica equivale a uma equipe.

Nota-se que o indicador calcula a cobertura da Saúde Bucal da Atenção Básica, considerando tanto as equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (eSB) quanto as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica organizadas de maneira diferente da eSB, equivalentes e parametrizadas conforme os critérios da nota metodológica do Ministério da Saúde.

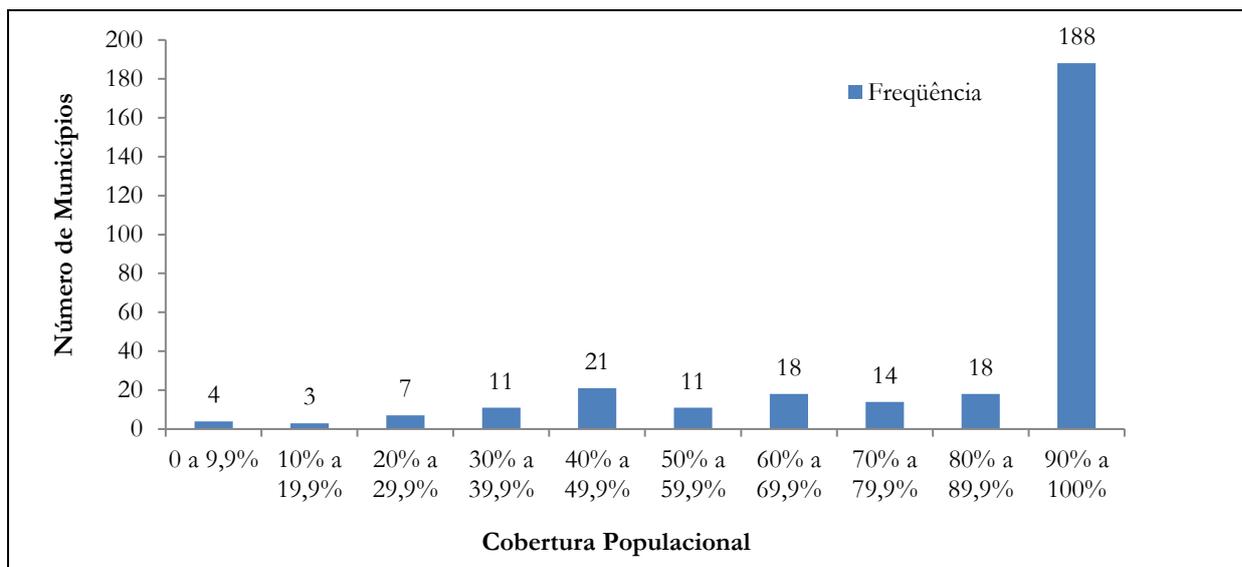
O resultado da fórmula apresentada (equação 8) para o mês de março de 2017 encontra-se no site e-Gestor Atenção Básica<sup>56</sup>. Segundo os dados, Balneário Camboriú possuía somente 39,51% de “Cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica” no mês em questão. Por outro lado, nesta mesma base de dados, verificou-se que 170 de 295 municípios em Santa Catarina (58%) alcançaram o patamar de 100% de cobertura no mesmo período. Nota-se, no que tange a esse quesito, que Balneário Camboriú ocupava a 25ª pior posição em Santa Catarina nesse período. A distribuição dos municípios do Estado com relação a esse indicador pode ser visualizada no Gráfico 4.

**Gráfico 4:** Quantidade de municípios de Santa Catarina por faixa de cobertura populacional pela Saúde Bucal na Atenção Básica (março de 2017)

<sup>54</sup> Nota Técnica Explicativa contida no *site* e\_Gestor Atenção Básica. Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_tecnica\\_relatorio\\_de\\_cobertura\\_SB.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_SB.pdf)>. Acesso em 08 jun. 2017.

<sup>55</sup> Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_metodologica\\_SB.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_SB.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2017.

<sup>56</sup> Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>. Acesso em: 08 jun. 2017.



Fonte: TCE/SC, a partir do *site* e-Gestor Atenção Básica (fls. 542-546). Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

Além disso, realizou-se análise dos dados da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica, referente ao mês de março/2017, também extraídos do *site* e-Gestor Atenção Básica, para o município de Balneário Camboriú. O Quadro 20 subsequente resume a situação encontrada.

**Quadro 20:** Dados da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica de Balneário Camboriú, no período de abril/2016 a março/2017.

Mês (A)	População (B)	Nº eSB (C)	Estim. Pop. Cob. eSB (D)	Cob. Pop. Estimada eSB (E)	CH Dentista AB (F)	Nº eSB equivalente (G)	Nº eAB parametrizada com SB (H)	Estim. Pop. Cob. SB na AB (I)	Cob. Pop. Estimada SB na AB (J)
Mar/2017	131.727	4	13.800	10,48%	510	12,75	0	52.050	39,51%

Fonte: TCE/SC, a partir do *site* e-Gestor Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

Ao considerar que 58% dos municípios catarinenses atingiram 100% de cobertura nesse quesito em março/2017, infere-se que Balneário Camboriú apresenta baixa cobertura em Saúde Bucal na Atenção Básica.

### Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família

O Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item I, da antiga Política Nacional da Atenção Básica (antiga PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488/11, do Ministério da Saúde, dispõe que os profissionais (cirurgião dentista generalista ou especialista em

saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal) podem participar da equipe da saúde da família.

O item III da antiga PNAB, referente ao mesmo título, estabelece o número de pessoas pelas quais cada equipe de saúde da família deve ser responsável, isto é, no máximo, 4000 pessoas, e estende tal padrão às equipes de saúde bucal.

A antiga PNAB também estabelece sobre as “Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família”:

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de saúde da família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB).

[...]

Independente da modalidade adotada, **recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF** e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe **tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra**, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (Grifou-se).

A Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento informou a relação de profissionais da Saúde Bucal que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família do município (fls. 515-517). A composição das eSBs é apresentada no Quadro 21.

**Quadro 21:** Composição das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família do município de Balneário Camboriú em junho /2017

UBS	Quantidade de Profissionais	Código da Equipe no SCNES	Carga horária semanal
Ariribá*	01 cirurgião-dentista	Equipe 06	40 horas
	01 técnico em saúde bucal		40 horas
	01 técnico em saúde bucal		40 horas
Nova Esperança	01 cirurgião-dentista	Equipe 04	40 horas
	01 técnico em saúde bucal		40 horas
	01 técnico em saúde bucal		40 horas
Vila Real	01 cirurgião-dentista	Equipe 09	40 horas
	01 auxiliar em saúde bucal		40 horas
	01 auxiliar em saúde bucal		40 horas
Barra	01 cirurgião-dentista	Equipe 05	40 horas
	01 auxiliar em saúde bucal		40 horas

\* A UBS Ariribá possui duas equipes eSF e uma destas equipes possui Saúde Bucal.

Fonte: TCE/SC, a partir das informações enviadas pela SMSS.

Assim, verificou-se que existem apenas quatro equipes de Saúde Bucal na ESF do

município e que todas estão completas, considerando o critério definido na antiga PNAB (Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família).

A partir dos critérios apontados e das informações sobre as eSBs encaminhadas pela SMSS (Quadro 21), pode-se calcular a cobertura de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família no município de Balneário Camboriú.

Primeiramente, verificou-se a cobertura populacional. Para tal cálculo, é necessário conhecer o número de equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família (eSB); o critério definido na antiga PNAB referente ao número máximo de pessoas pelas quais uma equipe deve se responsabilizar (4.000 pessoas); e a população total do município estimada para o ano de 2016, conforme dados do IBGE (131.727 pessoas). O Quadro 22 apresenta os resultados.

**Quadro 22:** Cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família

Parâmetros	
(1) Número de equipes de eSB completas	4
(2) Critério antiga PNAB (população máxima por equipe)	4.000
(3) Sub-total ( $3=1*2$ )	16.000
(4) População total estimada (IBGE 2016)	131.727
(5) <b>Percentual da população coberta</b> ( $5 = 3 / 4*100$ )	<b>12,15%</b>
(6) Carência de equipes de eSFSB	<b>29</b>

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do SCNES, IBGE e do critério da PNAB.

Na sequência, verificou-se a população cadastrada pelas eSBs, com base no informado pela Secretaria Municipal de Saúde de Saneamento (fl. 362), e as informações contidas no (Quadro 21). Os resultados são apresentados no Quadro 23.

**Quadro 23:** População cadastrada pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família

Centro de Saúde - UBS	Bairros / Áreas abrangidas	Nº da Equipe	Total da população cadastrada por equipe	Número de equipes
Ariribá	Ariribá + Nações	06	3.006	1
Barra	Barra + São Judas Tadeu + Praias Agrestes	05	3.498	1
Vila Real	Vila Real + Iate Clube	09	2.753	1
Nova Esperança	Nova Esperança	04	3.237	1
Total da População Registrada por equipe			<b>12.494</b>	<b>4</b>
(1) População cadastrada			12.494	
(2) População total estimada (IBGE 2016)			131.727	
(3) Percentual da população cadastrada ( $3=1/2*100$ )			<b>9,48%</b>	

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do SCNES, IBGE e da SMSS.

Por fim, verificou-se o índice de cobertura populacional estimada por equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, dado pelo “percentual da população coberta por essas

equipes em relação à estimativa populacional”<sup>57</sup>, conforme nota técnica contida no *site* e-Gestor da Atenção Básica, do Ministério da Saúde.

A partir nota metodológica<sup>58</sup> que apresenta o método de cálculo para a cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica (equação 8), desagregou-se essa fórmula para a composição do indicador de cobertura populacional estimada por equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família:

$$\text{Cobertura populacional estimada de SB da ESF} = \frac{(\text{n}^\circ \text{eSB} * 3.450)}{\text{Estimativa populacional}} \quad (9)$$

Onde: n° eSB: número de equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal

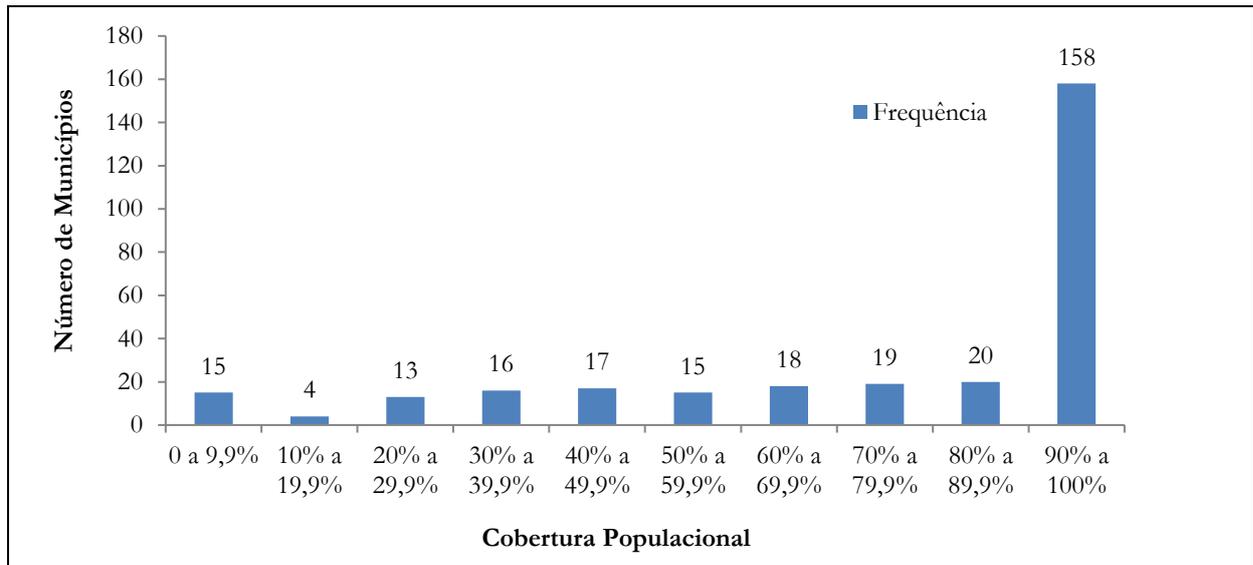
O resultado da fórmula apresentada (equação 9) para o mês de março de 2017 encontra-se no site e-Gestor Atenção Básica<sup>59</sup>. Segundo os dados, Balneário Camboriú possuía 10,48% [(4 equipes x 3450 pessoas)/131727] de cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família no mês em questão, enquanto que 136 de 295 municípios (46%) alcançaram o patamar de 100% no mesmo período. Ressalta-se que Balneário Camboriú ocupou a 16ª pior posição em Santa Catarina nesse período. A distribuição dos municípios do Estado com relação a esse indicador pode ser visualizada no gráfico a seguir.

**Gráfico 5:** Quantidade de municípios de Santa Catarina por faixa de cobertura populacional por equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (março de 2017)

<sup>57</sup> Nota Técnica Explicativa contida no *site* e\_Gestor Atenção Básica. Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_tecnica\\_relatorio\\_de\\_cobertura\\_SB.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_SB.pdf)>. Acesso em 09 jun. 2017.

<sup>58</sup> Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_metodologica\\_SB.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_SB.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2017.

<sup>59</sup> Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: 08 jun. 2017.



Fonte: TCE/SC, a partir do *site* e-Gestor Atenção Básica (fls. 542-546). Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

Assim, ao considerar que o município necessitaria criar 29 equipes de Saúde Bucal para atingir 100% da população, ao mesmo tempo que 46% dos municípios catarinenses atingiram 100% nesse quesito e que Balneário Camboriú obteve a 16ª pior posição em relação aos 295 municípios do Estado, infere-se que há uma baixa cobertura populacional estimada por equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família no município de Balneário Camboriú.

### **Considerações finais e proposta de ação**

A partir das análises efetuadas, conclui-se que o município de Balneário Camboriú apresenta baixos índices de cobertura na Saúde Bucal da Atenção Básica e que não tem priorizado a Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, pois também apresenta baixos índices de cobertura neste quesito. Esse resultado indica que estão sendo realizados investimentos abaixo da demanda populacional em relação à contratação de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal. Isto, por sua vez, implica no acesso parcial da população aos serviços odontológicos da Atenção Básica.

Portanto, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento:

- **Ampliar a cobertura da população estimada em Saúde Bucal na Atenção Básica para atingir 100% da população do município, com observância da nota metodológica do indicador de Cobertura de Saúde Bucal constante no**

site e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde, priorizando a Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

Com a adoção dessa medida almeja-se a melhoria da cobertura da Saúde Bucal da Atenção Básica de Balneário Camboriú, o que refletirá em maior acesso da população aos serviços básicos odontológicos ofertados pelo município. Além disso, ao priorizar a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, o município atenderá ao preconizado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que elegem a ESF como fundamental à Atenção Básica do SUS.

#### 2.1.5.1 Comentários do Gestor

A ampliação da cobertura em Saúde Bucal na Atenção Básica acontecerá assim que for realizado concurso público para provimento dos cargos e de acordo com as prioridades de cada localidade (item 3.1.2.8 da conclusão do Relatório DAE 009/2017) (fls. 593-595).

##### 2.1.5.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

O Gestor informou que ampliará a cobertura em Saúde Bucal do município com o provimento de cargos, a partir da realização de concurso público.

Quanto à nova PNAB, as principais mudanças que ocorreram com relação à Saúde Bucal foram: população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica (item 3.3 – Funcionamento); e a preferência por cirurgião-dentista especialista em saúde da família (item 3.4 - Tipos de equipes).

Assim, o limite máximo de usuários recomendado por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da família (eSF) passou de 4.000 para 3.500.

**Quadro 24:** Cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

Parâmetros	Parâmetro PNAB – Portaria nº 2.488/11	Parâmetro PNAB – Portaria nº 2/17
(1) Número de equipes de eSB completas	4	4
(2) Critério PNAB (população máxima por equipe)	4.000	3.500
(3) Sub-total (3=1*2)	16.000	14.000
(4) População total estimada (IBGE 2016)	131.727	131.727
(5) <b>Percentual da população coberta</b> (5 = 3 / 4*100)	<b>12,15%</b>	<b>10,63%</b>
(6) Carência de equipes de eSFSB	<b>29*</b>	<b>32*</b>

\*Considerando a ESF como modelo prioritário.

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados do SCNES e IBGE coletados durante a auditoria.

Conforme se observa no quadro, a diminuição do parâmetro máximo, reduziu o percentual da população coberta por equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, de 12,15% para 10,63%.

Logo, como a ampliação da cobertura em Saúde Bucal depende de ações futuras por parte da SMSS, mantém-se a posição inicial do item 3.1.2.8 (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

## **2.2. ANÁLISE DOS ACHADOS RELATIVOS À 2ª QUESTÃO DE AUDITORIA**

A segunda questão da auditoria é: “A população do município tem acesso ‘funcional’ à Atenção Básica que facilite a entrada do cidadão aos serviços de saúde?”

Para responder a esta questão, foram também analisados os documentos, informações e planilhas requisitados por meio do OF.TCE/DAE N° 2.269, de 06/03/2017, (fls. 29-30-V) e do Of. DAE N° 3.068, de 05/04/17, (fls. 146-161). Adicionalmente, fez-se uma verificação *in loco* da presença efetiva de servidores das equipes da eSF, aplicou-se um questionário aos usuários das UBSs para avaliar sua percepção sobre o processo de marcação de consultas e verificou-se, por meio de inspeção *in loco*, a disponibilidade de consultórios médicos e ginecológicos em quantidades suficientes, bem como se estes consultórios continham instalações, equipamentos e materiais em condições de uso e nos quantitativos adequados ao atendimento da demanda de acordo com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Conforme visto na introdução desse relatório, “o acesso funcional envolve a entrada propriamente dita aos serviços de que o cidadão necessita, incluindo-se os tipos de serviços oferecidos, os horários previstos e a qualidade do atendimento”.<sup>60</sup> Trata-se, obviamente, de um conceito amplo, e formas variadas de definições podem ser encontradas na literatura. Com o intuito de delimitar a auditoria com relação a esta questão, algumas análises foram propostas na etapa de planejamento que impactassem diretamente no acesso funcional.<sup>61</sup> Através dessas análises, procurou-se verificar se as equipes da eSF estavam completas, se havia filas para a marcação de consultas de cirurgões dentistas e médicos da eSF, se o tempo de espera entre agendamento e

---

<sup>60</sup> RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva Lima. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan.-fev., 2003.

<sup>61</sup> Conforme definido na Matriz de Planejamento (fls 139 a 145v)

consulta com médico ESF era superior a sete dias úteis e se os consultórios das UBSs possuíam os equipamentos para atendimento à população.

A análise das informações coletadas e dos procedimentos realizados na fase de execução resultou em três Achados de Auditoria, o quais serão detalhados a seguir. Eles derivam das respostas às indagações feitas no parágrafo anterior. Resumidamente, elas podem ser respondidas conforme segue: i) havia uma carência de profissionais em algumas das equipes da eSF; ii) não havia filas expressivas para marcação de consultas com médicos e cirurgiões dentistas da eSF; iii) 46% das consultas agendadas nas UBSs com eSF entre outubro/16 e março/17 tiveram tempo de espera entre agendamento e consulta com médico ESF superior a sete dias úteis e; iv) encontrou-se uma infraestrutura deficiente nas UBS, resultado de insuficiência de consultórios ginecológicos, insuficiência de equipamentos e materiais, manutenção deficiente de equipamentos e das instalações físicas e solicitações de aquisição e manutenção de equipamentos/materiais não atendidas pela SMSS.

Portanto, ao responder a esta questão, a equipe de auditoria identificou as seguintes situações:

**2.2.1. Carência de profissionais nas equipes da ESF, em discordância com o Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item I, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (PNAB), bem como o art. 4º, parágrafo único, da Portaria nº 3.147/12 do Ministério da Saúde combinada com o Anexo I, item IV, da Portaria nº 703/11 do Ministério da Saúde.**

O Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item I, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (antiga PNAB), já mencionado anteriormente, estabelece que a equipe de saúde da família deve possuir, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, além de outros profissionais explicitados na norma.

A resposta da SMSS ao OF.TCE/DAE Nº 2.269, de 06/03/2017, item 1.1 (fl. 29), apresentou o número de equipes da ESF e a quantidade de profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, etc.) por cada UBS de Balneário Camboriú (fl. 33). O quadro a seguir apresenta os dados para médicos e enfermeiros:

**Quadro 25:** Quantidade de equipes da ESF, médicos e enfermeiros por UBS

Centro de Saúde - UBS	Número de Equipes da ESF	Quantidade de Médicos	Quantidade de Enfermeiros
Ariribá	2	1	2
Barra	3	3	2
CAS	3	3*	3
Estados	1	1	1
Municípios	3	3**	3
Vila Real	3	3	3
Nova Esperança	2	2	2

\* Dois médicos residentes. \*\* Um médico residente.

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

Confrontando-se os números apresentados no Quadro 25 com o critério apontado, identifica-se a carência de três médicos (um médico ESF na UBS Ariribá, um médico na UBS CAS-Nações e um médico na UBS Municípios) e um enfermeiro na UBS Barra.

Como a UBS Ariribá possui duas equipes da ESF, deve ter também dois médicos ESF. Já a UBS Barra possui três equipes da ESF e deve ter pelo menos três enfermeiros. Em ambos os casos, há um profissional a menos do que o determinado na PNAB.

A situação de carência acima mencionada foi confirmada na inspeção *in loco* e já foi também apontada pela própria SMSS na resposta ao OF.TCE/DAE N° 2.269, de 06/03/2017, item 1.2 (fl. 29), onde ela reconhece a carência dos profissionais nas UBSs Ariribá e Barra acima citados (fl. 33).

Não obstante, foi também constatada carência de um médico na UBS CAS – Nações e um médico na UBS Municípios em razão da utilização de médicos residentes nas equipes da eSF. Nestas duas UBSs há três equipes da eSF cujo único médico de cada equipe está em período de residência médica, conforme planilha (“Anexo05\_Rel. profissionais ESF por equipe(2).xls) entregue pela SMSS em CD-ROM no dia 28/04/17 (juntado ao processo – fl. 163), em resposta ao Of. DAE N° 3.068, de 05/04/17, apêndice B, item 10 (fl. 148).

De acordo com o art. 4º, parágrafo único, da Portaria n° 3.147/12 do Ministério da Saúde, a cobertura populacional da Equipe da ESF com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na PNAB, considerando as diversas modalidades previstas de equipes. Em complemento a esta norma, o item 4 do Anexo 1 da Portaria n° 703/11 do Ministério da Saúde, ao dispor sobre as modalidades de equipe, considera como população adscrita (registrada) mínima recomendada para uma equipe da ESF a quantidade de 2.500 pessoas. Desse modo, conforme entendimento obtido através da análise conjunta dessas duas Portarias do Ministério da Saúde, uma

equipe da eSF cujo único médico seja residente deve cobrir uma população de, no máximo, 2.500 pessoas.

Ressalta-se que existe um critério mais restritivo recomendado pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM). Conforme dispõe o art. 26, parágrafo único, da resolução CNRM nº 1/2015, nas situações em que médicos residentes compuserem equipes de Saúde da Família, é recomendado que a relação seja de 2.000 pessoas adscritas por médico residente. Entretanto, como o CNRM tem uma recomendação sobre o assunto ao passo que o Ministério da Saúde estabelece uma determinação, embora menos restritiva, adotar-se-á o critério do Ministério da Saúde de um limite máximo de 2.500 pessoas adscritas para equipes da ESF cujo único médico seja residente.

Com relação à UBS CAS – Nações, conforme planilha recebida da SMSS na resposta ao OF.TCE/DAE nº 2.269/17, de 06/03/2017, item 1.1 (fl. 29 – requisição – e fl. 33 – resposta), e o complemento ao mesmo item recebido da SMSS por e-mail no dia 16/05/2017 (fl. 362), tem-se que tal UBS possuía uma população adscrita de 11.724 pessoas. A equipe 13, composta por um médico ESF, cobre 3.918. Já as outras duas equipes, 7 e 8, são compostas por médicos residentes, sendo que a equipe 7 cobre 3.846 pessoas e a equipe 8 cobre 3.860 pessoas. Percebe-se, portanto, que as equipes compostas por residentes (equipes 7 e 8) são responsáveis por um número significativamente superior ao máximo determinado pelo Ministério da Saúde (isto é, 2.500 pessoas).

No que tange à UBS Municípios, conforme a planilha e o e-mail referidos no parágrafo anterior, tem-se que tal UBS possui uma população adscrita de 11.234 pessoas. As equipes 2 e 13, compostas por médicos ESF, cobrem, respectivamente, 3.451 e 4.056 pessoas. Já a equipe 1 é composta por médico residente e cobre 3.727 pessoas. Nota-se, assim, que esta equipe (equipe 1) também é responsável por um número significativamente superior ao máximo determinado pelo Ministério da Saúde.

Ainda em relação à equipe 1 da UBS Municípios, há uma informação relevante que vem a reforçar a evidência apresentada no parágrafo anterior. Tal informação foi obtida na reunião do dia 10/03/2017 na UBS Municípios com representantes dos funcionários das UBSs, quando foi aplicado o procedimento de auditoria Grupo Focal. Nesta oportunidade, soube-se que a equipe 1, além de ser responsável por 3.727 pessoas regularmente cadastradas no programa ESF (chamados pacientes “vinculados”), ainda possui cerca de 2.700 usuários cadastrados informalmente (chamados pacientes “não vinculados”) para atendimentos não acompanhados pelo programa ESF. Isto apenas reforça o fato de que a equipe 1, cujo médico é residente, é responsável por um número de pessoas acima daquele determinado pelas Portarias já mencionadas do Ministério da Saúde.

Desta forma, uma vez respeitada a determinação do Ministério da Saúde de limitar a no máximo 2.500 pessoas a cobertura de uma equipe cujo único médico é residente, restará evidente a falta de um médico ESF na UBS CAS – Nações e um médico ESF na UBS Municípios. Essa análise é resumida no Quadro 26.

**Quadro 26:** Carência de médicos em UBSs com médicos residentes

UBS	Equipe	População Coberta (A)	Limite de Cobertura - Médico Residente (B)	População excedente (C = A - B)	Espaço para aumento de população cadastrada (4.000 - A)
Municípios	01	3.727	2.500	1.227	-
	02	3.451	-	-	549
	11	4.056	-	-	-56
CAS-Nações	07	3.846	2.500	1.346	-
	08	3.860	2.500	1.360	-
	13	3.918	-	-	82

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

A coluna C mostra que, após aplicado o limite de 2.500 pessoas de cobertura na equipe 01, o atendimento a 1.227 pessoas deveria ser transferido para outra equipe. No entanto, há um limite de 4.000 pessoas de população cadastrada por equipe da eSF, conforme o Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item III, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (antiga PNAB). Assim, a equipe 02 não têm mais espaço para receber essa transferência de cadastro e a equipe 11 já ultrapassou o limite de 4.000 pessoas. A situação é similar na UBS CAS – Nações. Limitando-se o cadastro das equipes 07 e 08 a 2.500 pessoas, o atendimento a 2.706 pessoas (1.346 na equipe 07 + 1.360 na equipe 08) deveria ser transferido para outra equipe. Porém, a 3ª equipe desta UBS (equipe 13) já está praticamente no limite de população cadastrada.

Cabe aqui um adendo sobre a questão dos atendimentos aos pacientes vinculados e não vinculados nas UBSs. Quando o Ministério da Saúde recomenda na Portaria 2.488/11 (PNAB) que cada equipe da eSF deve ser responsável por, em média, 3.000 pessoas, a depender do grau de vulnerabilidade das famílias do território, e determina o máximo de 4.000 pessoas, está considerando o nível adequado de atendimento que essa equipe pode oferecer à população. Ou seja, um determinado número de pessoas sob responsabilidade de uma equipe tende a gerar um certo número de atendimentos ao longo do ano. Estes parâmetros podem ser encontrados no Anexo da Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, na qual o Ministério da Saúde informa que, no Brasil, um habitante faz, em média, duas a três consultas médicas por ano. Deste total,

segundo a mesma Portaria, em média 63% são consultas básicas<sup>62</sup>. Assim, por exemplo, espera-se que uma UBS com 3 equipes eSF, com o máximo de cadastramento, isto é, 4.000 pessoas adscritas, atenda entre 15.120 e 22.680 pessoas em um ano. Acima disto, a qualidade do acesso à saúde tende a reduzir-se, tornando evidente a necessidade de ampliação das equipes (e/ou da infraestrutura).

Conforme visto acima, na Equipe 01 havia 3.727 usuários vinculados e outros 2.700 pacientes não vinculados cadastrados em abril de 2017. É natural, assim, esperar que o número de atendimentos anuais seja superior àquele considerado adequado para o trabalho eficiente daquela equipe. Ao levar esta análise do nível da equipe para as UBS, nota-se que esta questão se repete em praticamente todos os Centros de Saúde de Balneário Camboriú, conforme apresentado no Quadro 27.

**Quadro 27:** Atendimento a pacientes vinculados e não vinculados nas UBSs de Balneário Camboriú em 2016

UBS	Qtde Atendimentos em 2016 - Pacientes Vinculados (A)	Qtde Atendimentos em 2016 - Pacientes Não- Vinculados (B)	Qtde Atendi- mentos em 2016 - Total (C=A+B)	% Atendimento de Não- Vinculados (D=B/C)	Qtde Equipes eSF (E)	Qtde Atendimentos Max Esperado (F)
Ariribá	12.525	3.460	15.985	22%	1*	7.560
Estados	12.487	2.520	15.007	17%	1	7.560
Municípios	16.763	10.353	27.116	38%	3**	19.845
Barra	26.707	4.324	31.031	14%	3	22.680
CAS	19.073	7.287	26.360	28%	3***	17.010
Nova Esperança	17.681	6.328	24.009	26%	2	15.120
Vila Real	22.384	5.249	27.633	19%	3	22.680
UBS Central	3.538	39.842	43.380	92%	0	-

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS<sup>63</sup>.

\* Uma equipe completa em abril de 2017. \*\* Uma equipe cujo médico é residente. \*\*\* Duas equipes cujos médicos são residentes.

A coluna A mostra a quantidade de atendimentos a pacientes vinculados nas UBSs em 2016. Já coluna B deixa evidente como é significativo o número de atendimentos a pacientes não vinculados nas UBSs do município. Assim como calculado na coluna D para cada UBSs, tem-se que em média 23% dos atendimentos a pacientes nas UBSs com eSF são pessoas não vinculadas. Uma vez que o número de equipes e de profissionais são dimensionados para atendimentos a pacientes cadastrados vinculados à eSF, esse percentual elevado de atendimento a não vinculados pode ser um indicativo de equipes sobrecarregadas e um fator de limitação nas condições de acesso à saúde da população adstrita às UBSs.

<sup>62</sup> Disponível em

<<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2017.

<sup>63</sup> Constantes na planilha “Anexo03\_Dados Olostech-1.xls” entregue pela SMSS em CD-ROM no dia 28/04/17 (juntado ao processo – fl. 163), em resposta ao Of. DAE N° 3.068, de 05/04/17, apêndice B, item 10 (fl. 148).

Por fim, ainda em relação ao Quadro 27, pode-se comparar a quantidade teórica máxima de atendimentos esperados em cada UBS (coluna F) com a quantidade de atendimentos efetivos, considerando só os pacientes vinculados (coluna A) e o total de pacientes (coluna C), em 2016. Ao calcular o número de atendimentos máximo esperados, na coluna F, utilizou-se o já mencionado critério do Ministério da Saúde de 3 atendimentos por habitante em um ano, sendo 63% na Atenção Básica. Adicionalmente, considerou-se o limite máximo estabelecido na antiga PNAB de 4.000 pessoas cadastradas por equipe completa da eSF, o critério do Ministério da Saúde de no máximo 2.500 pessoas cadastradas em equipes cujo único médico é residente, e o número de equipes completas da eSF em cada UBS<sup>64</sup>. Assim, comparando-se a coluna A com a coluna F, nota-se que a quantidade de atendimentos somente aos pacientes vinculados já é maior que a quantidade de atendimentos teóricos máximo esperado nas UBSs Ariribá, Estados, Barra e CAS. Por outro lado, considerando os atendimentos somados de vinculados e não vinculados nas UBSs com eSF (coluna C), todas apresentaram um número total de atendimentos em 2016 superior ao máximo esperado para a quantidade de equipes disponíveis.

Entre as causas para a situação encontrada de carência de profissionais nas equipes da eSF, elencam-se algumas possíveis: i) alta rotatividade dos médicos; ii) falta de ações de acompanhamento e controle da rotatividade dos profissionais da atenção básica; iii) demora no processo seletivo de profissionais para o preenchimento dos cargos vagos; iv) médicos residentes substituindo médicos ESF em equipes com população adscrita superior a 2.500 pessoas e; v) alto índice de atendimento à pessoas não vinculadas à ESF.

Com relação à rotatividade elevada, conforme pode ser visto no Quadro 28, 87,5% dos médicos ESF de Balneário Camboriú em abril de 2017 (14 dos 16 profissionais) foram admitidos entre março e dezembro de 2016. Isto, somado à informação obtida nas visitas às UBSs de que neste mesmo período houve médicos que foram contratados e exonerados, resultará num índice de rotatividade (ou índice de *turnover*) dos médicos ESF significativamente elevado<sup>65</sup>. Entretanto, conforme e-mail da SMSS no dia 10/05/2017 (fl. 299), em resposta ao Of. TCE /DAE

<sup>64</sup> Por exemplo, na UBS Ariribá, com uma equipe da eSF completa, o cálculo é:  $[1 * 4000 * 3 * 0,63]$ . Já na UBS CAS, com uma equipe completa e duas equipes cujos médicos são residentes, o cálculo é:  $[(1 * 4000 * 3 * 0,63) + (2 * 2500 * 3 * 0,63)]$ .

<sup>65</sup> Conforme pode-se inferir através de uma das fórmulas existentes para o cálculo do índice de rotatividade (ou índice de *turnover*), de acordo com Lacombe, 2011\*, apud Hammes, Santos e Melim, 2015, p. 26\*\*:

$$\text{Rotatividade} = \frac{\text{Total de empregados admitidos} + \text{Total de empregados que saíram do órgão}}{\text{Total de funcionários no final do período}}$$

\* Lacombe, Francisco J. M. (2011). **Recursos humanos: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 515 p.

\*\* Hammes, Carla. C. F.; Santos, Antonio J.; Melim, José M. (2016). **Os impactos do turnover para as organizações**. Espacios, Vol. 37 (Nº 03).

Nº 2.269/17, de 06/03/2017, item 1.6 (fl. 147), a SMSS não dispõe de mecanismo para controle da rotatividade, o que, por sua vez, tende a impactar negativamente no gerenciamento desta situação.

**Quadro 28:** Data de admissão dos médicos da ESF de Balneário Camboriú

Médico (Nº folha)	Equipe ESF	UBS	Data de Admissão
141697	Equipe 06	Arribá	01/03/2015
34987	Equipe 03	Barra	10/10/2016
34687	Equipe 12	Barra	19/07/2016
34309	Equipe 05	Barra	01/04/2016
34124	Equipe 13	CAS-Nações	01/03/2016
34126	Equipe 08	CAS-Nações	05/04/2016
141948	Equipe 07	CAS-Nações	01/04/2016
34707	Equipe 14	Estados	25/07/2016
34138	Equipe 11	Municípios	01/03/2016
35044	Equipe 02	Municípios	16/11/2016
141950	Equipe 01	Municípios	04/04/2016
27260	Equipe 04	Nova Esperança	29/05/2013
35068	Equipe 17	Nova Esperança	05/12/2016
32249	Equipe 10	Vila Real	18/07/2016
34307	Equipe 15	Vila Real	01/04/2016
35042	Equipe 09	Vila Real	16/11/2016

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados constantes à fl. 247 e fls 353-360.

Com relação aos concursos e processos seletivos para a contratação de médicos e enfermeiros, a situação atual é descrita a seguir. O último concurso (Edital Nº 005/2015 – fls 349-352v) para contratação de médicos foi homologado em dez/2015 e tem validade até dez/2017, prorrogável por mais dois anos. No entanto, toda a lista de aprovados já foi chamada, haja vista que o aprovado na última posição já se encontra empregado como médico ESF numa das UBSs do município (fl. 352-V). Ademais, em 2017 a SMSS iniciou um processo de seleção (3ª Chamada Pública da SMSS – fl. 348) de quatro médicos ESF com vistas à admissão em caráter temporário. A entrega de documentos e inscrição para o processo ocorreu no dia 17/02/2017 e o resultado não fora publicado até abril de 2017. Já por meio da 2ª Chamada Pública da SMSS (fl. 247), abriu-se um processo seletivo para admissão em caráter temporário de 1 enfermeiro. A entrega de documentos estava prevista para o dia 16 de fevereiro de 2017, mas este processo também não estava concluído no momento de execução desta auditoria, em abril de 2017.

A carência de profissionais nas equipes da eSF tende a sobrecarregar os outros profissionais das UBSs. Por fim, a rotatividade tem um “impacto [negativo] na qualidade dos serviços prestados à população, ferindo um dos princípios da continuidade e do cuidado, ou seja,

a necessidade do vínculo entre o paciente e o médico, e também o da longitudinalidade, que se refere ao acompanhamento do paciente, pelos médicos, ao longo do tempo”<sup>66</sup>.

Diante do exposto, resta à Prefeitura de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Manter completas as equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o Anexo I, título “Especificidades da equipe de saúde da família”, item I, da Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde (PNAB).**
- **Limitar a cobertura das equipes da ESF, cujo único médico seja residente, a 2.500 usuários, de acordo com o art. 4º, parágrafo único, da Portaria nº 3.147/12 do Ministério da Saúde, combinado com o item 4, Anexo 1, da Portaria nº 703/11 do Ministério da Saúde.**

Além disso, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Medir a rotatividade anual dos médicos da atenção básica e adotar ações para reduzi-la.**
- **Identificar os motivos que levam o profissional da equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal a deixar a Atenção Básica e adotar mecanismos que promovam a alocação e a permanência de seus profissionais.**
- **Implementar ações voltadas à redução do índice de atendimento de pessoas não vinculadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).**

Espera-se, com a adoção dessas medidas, uma ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, seja através da maior oferta de consultas nos postos de saúde, seja através da redução no tempo de espera por consultas. Por fim, uma menor rotatividade dos médicos e outros profissionais tende a aumentar o vínculo da população com os profissionais, contribuindo com a continuidade das ações de saúde, a longitudinalidade do cuidado e aumento de eficácia das intervenções clínicas.

#### 2.2.1.1 Comentários do Gestor

---

<sup>66</sup> Souza, Mariléa; Girardi, Dante M.; Pereira, Juliana. (2012) **Estudo da Rotatividade dos Médicos Lotados nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Centro da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**. Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 5, p. 129.

A Secretaria de Saúde se compromete em utilizar todos os recursos disponíveis para manter completo o quadro funcional das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (item 3.1.1.1 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Atualmente permanecem na rede duas médicas residentes lotadas na USF Municípios. Elas desenvolvem suas atividades sob a responsabilidade de um preceptor, mas não assumem nenhuma área como titulares, pois todas as áreas da Unidade possuem um médico ESF, ou seja, o item já foi adequado (item 3.1.1.3 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Foi determinado ao Departamento de Atenção Básica juntamente com uma profissional Analista em Recursos Humanos, que monitorem e analisem os motivos que levam à rotatividade dos médicos e das demais categorias da Atenção Básica, trazendo os dados para discussão e planejamento da gestão, visando reduzir esse índice (itens 3.2.1.1 e 3.2.1.2 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Quanto à redução do índice de atendimento de pessoas não vinculadas às equipes de ESF, informamos que a gestão executa ações de monitoramento e orientação às equipes, visando esse controle. Entretanto, há outro ponto que merece apreciação e diz respeito aos cadastros realizados na Unidade de Pronto Atendimento da Barra e do Hospital Ruth Cardoso, uma vez que essas unidades devem atender os usuários sem que este apresente comprovante de residência; nesse quesito aguardamos retorno da empresa *Olostech* quanto à solicitação de diferenciação desses cadastros, pois inúmeros cadastros são realizados diariamente, com endereços que supostamente pertencem às áreas de ESF e muitas vezes não são verdadeiros. Semanalmente, os Agentes Comunitários de Saúde gerenciam esses cadastros. Cabe ainda destacar que o município recebe muitos turistas, e que mesmo que estes não residam na região e estejam sintomáticos, as Unidades devem prestar o atendimento (item 3.2.1.3 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

#### 2.2.1.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

Quanto às especificidades da Equipe de Saúde da Família, a PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17) definiu que esta deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (Anexo 1 do Anexo XXII, item 3.4 “Tipos de equipes”).

Recomendou, ainda, a população adscrita por Equipe de Saúde da Família de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território (Anexo 1 do Anexo XXII, item 3.3 “Funcionamento”).

Igualmente, no parágrafo único do art. 53, estipulou que a cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na Política Nacional de Atenção Básica.

Considerando o apresentado, observa-se que o quantitativo mínimo e máximo de pessoas adscritas por Equipe de Saúde da Família foi modificado. Na PNAB antiga recomendava-se a média de 3.000 e no máximo 4.000 pessoas. Já na nova PNAB, o mínimo é de 2.000 e no máximo 3.500 pessoas, com possibilidade de definir outro parâmetro populacional de acordo com as especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária.

A partir das alterações definidas pela nova PNAB, passa-se a avaliar os comentários do gestor para cada conclusão deste item.

Na auditoria, identificou-se a carência de três médicos (um médico ESF na UBS Ariribá, um médico na UBS CAS-Nações e um médico na UBS Municípios) e um enfermeiro na UBS Barra. Quanto a este achado, a SMSS se manifestou no sentido de utilizar os recursos disponíveis para manter completas as Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Assim, esta situação deve ser revista na fase de monitoramento. Logo, mantém-se sugestão de determinação, apenas atualizando a legislação correspondente.

Em relação à cobertura das equipes da ESF, cujo único médico seja residente, o Gestor informou que este item já foi adequado, pois embora haja duas médicas residentes na rede, ambas lotadas na UBS Municípios, todas as áreas da Unidade possuem um médico ESF.

Uma vez que a nova PNAB mudou o limite da cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente para, no máximo, 2.000 pessoas, e considerando a alta rotatividade de profissionais na Atenção Básica, convém aguardar a fase de monitoramento para verificar como se encontrará esta situação no futuro. Neste caso, mantém-se a sugestão de determinação, atualizando a legislação correspondente.

No que refere às sugestões de recomendação relativas à mensuração da rotatividade anual dos médicos da Atenção Básica; e identificação dos motivos que levam os profissionais da equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal a deixar a AB, o Gestor informou que os respectivos dados serão monitorados e analisados, com vistas a embasar o planejamento da gestão e reduzir o índice de rotatividade. Como se trata de ação ainda a ser executada, sem resultados conclusivos, mantêm-se as posições iniciais para que possam ser analisadas no monitoramento.

Por fim, uma das ações para a redução do índice de atendimento a pessoas não vinculadas às equipes de ESF diz respeito à diferenciação de cadastro no sistema Olostech. Para tanto, a SMSS está aguardando posicionamento da empresa responsável. Assim, como não foi

encaminhado documento referente ao acompanhamento deste índice, com a comprovação de redução, mantém-se a posição inicial.

Logo, atualiza-se a legislação dos itens 3.1.1.1 e 3.1.1.3; e mantém-se as conclusões dos itens 3.2.1.1, 3.2.1.2 e 3.2.1.3 (conclusão do Relatório DAE 009/2017, fls. 593-595).

Portanto, resta à Prefeitura de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Manter completas as equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o item 3.4 “Tipos de equipes”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica), da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde.**
- **Limitar a cobertura das equipes da ESF, cujo único médico seja residente, a 2.000 usuários, de acordo com o art. 53, combinado com o item 3.3 “Funcionamento”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica), da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde.**

#### **2.2.2. Tempo de espera para consultas com médicos ESF superior a 7 dias úteis.**

Abaixo são citados dois critérios a serem observados em consultas médicas básicas no que tange ao tempo máximo de espera entre o dia da marcação da consulta com um médico e o dia do atendimento ao paciente. São critérios relevantes e, ao mesmo tempo, similares, podendo ser tomados como referência para o caso aqui tratado, uma vez que não existe uma norma unificada no SUS que disponha sobre essa questão.

O primeiro foi estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar através da Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, a qual dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Segundo o art. 3º, inciso I, desta Resolução, as operadoras deverão garantir o atendimento a consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia) em até 7 (sete) dias úteis.

O segundo critério foi estabelecido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, através da Portaria nº 22/16 da Secretaria Municipal de Saúde, a qual aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde. O parágrafo 3º, inciso II, do art. 15 desta Portaria dispõe que:

II - O tempo de espera entre a procura do usuário pelo sistema e a efetiva execução do atendimento na Atenção Primária à Saúde não deve ser superior a 7 dias, sendo recomendado, em situações adequadas, atendimento em no máximo 2 dias após a procura.

Conforme visto, ambos estabelecem o tempo máximo de 7 dias de espera para uma consulta básica, sendo que a ANS utiliza sete dias úteis e a Prefeitura de Florianópolis utiliza sete dias corridos. Para efeito da análise que se segue em relação aos médicos ESF, adotar-se-á o critério que limita o tempo de espera por consulta em sete dias úteis.

Analisando-se os dados específicos de Balneário Camboriú, observou-se uma situação onde o tempo de espera por 46% das consultas com médicos ESF foi superior a sete dias úteis, considerando o intervalo entre o dia da marcação e o dia do atendimento para uma amostra que abrange todos os agendamentos com esses médicos nos seis meses entre 1º de outubro de 2016 e 31 de março de 2017. Esses dados constam na planilha “Anexo 07 - Dados Olostech-2.xls”, enviada pela SMSS entregue em CD-ROM no dia 28/06/2017 (juntado ao processo – fl. 163), em resposta ao Of. TCE/DAE N° 3.068, de 05/04/2017, apêndice B, item 18 (fl. 149).

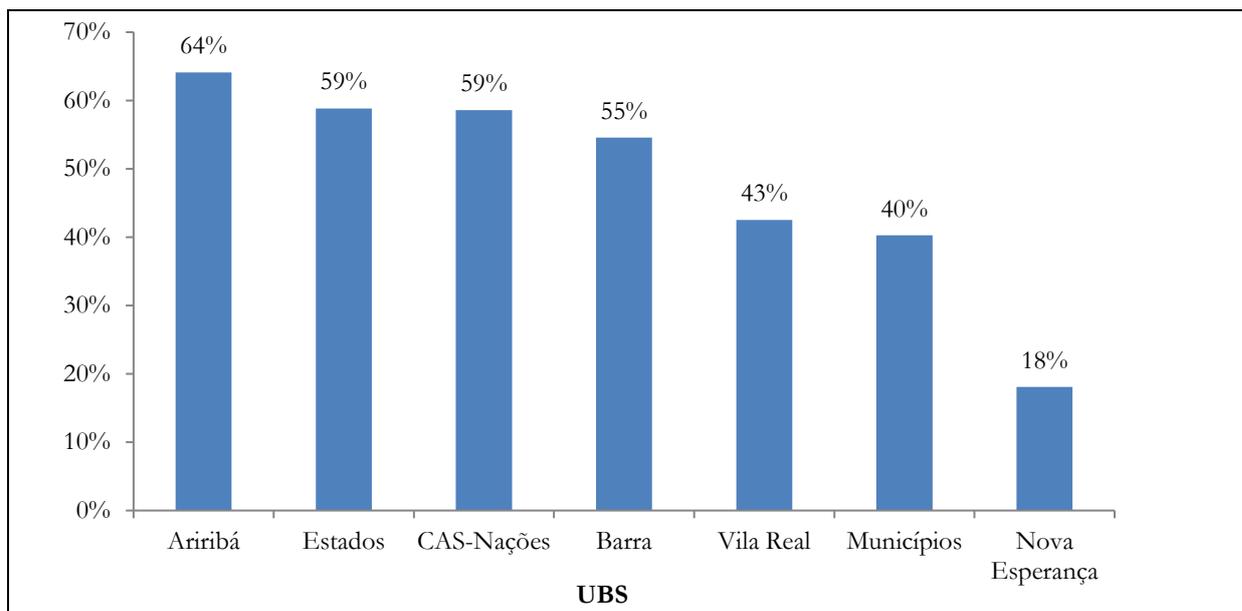
Nesta planilha foram enviados os dados extraídos do sistema Olostech<sup>67</sup> referentes a agendamentos de consultas de pacientes com médicos da Atenção Básica do município desde julho de 2016. Estão preenchidas 31.525 linhas, ou seja, esta mesma quantidade de agendamentos. Para obter os dados dos agendamentos dos seis meses entre outubro de 2016 e março de 2017, conforme definido na matriz de planejamento (fl. 142) e objeto da requisição de documentos constante no Of. DAE N° 3.068, item 18 (fl. 149), os seguintes procedimentos foram realizados em arquivo cópia desta planilha, nesta ordem: i) deletou-se as linhas referentes a agendamentos anteriores a outubro (1.199 linhas); ii) deletou-se as linhas referentes a agendamentos cancelados (1.673 linhas); iii) deletou-se as linhas referentes a absenteísmo (6.372 linhas); iv) deletou-se as linhas restantes referentes à UBS Central (39 linhas), e v) deletou-se as linhas referentes a agendamentos com médicos que não fazem parte da ESF, segundo a planilha enviada pela SMSS em resposta ao Of. DAE N° 3.068 no mesmo CD-ROM do dia 28/06/17 chamada “Anexo 5\_Rel.profissionais ESF por equipe(2).xls” (1.431 linhas)<sup>68</sup>.

Restaram 22.459 agendamentos no período entre outubro de 2016 e março de 2017 com médicos ESF em Balneário Camboriú que resultaram em consulta neste mesmo período (isto é, desconsiderando-se situações de cancelamento e absenteísmo). Deste total, 46% (10.248 dos 22.459) dos agendamentos resultaram em espera superior a sete dias úteis. O detalhamento deste resultado para cada UBS pode ser visto no Gráfico 6.

**Gráfico 6:** Proporção das consultas nas UBSs com tempo de espera acima de 7 dias úteis

<sup>67</sup> Sistema web para informatização e gestão da saúde pública municipal utilizado pela Prefeitura de Balneário Camboriú.

<sup>68</sup> Neste caso, foram deletas as consultas com as médicas Samira K. e Larissa B.

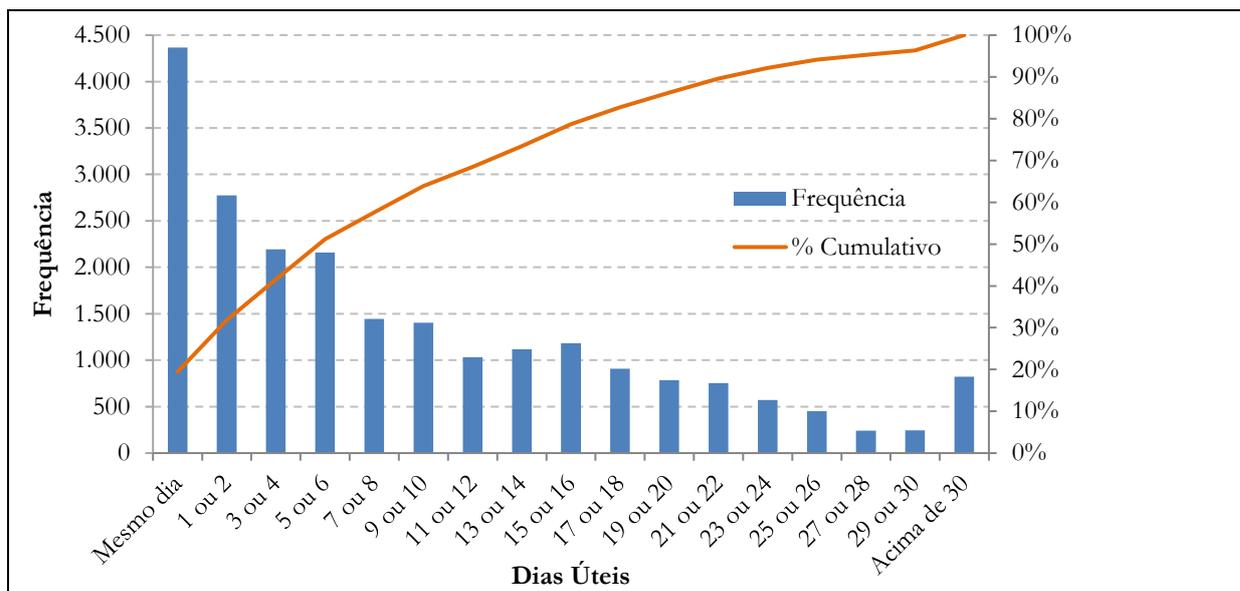


Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

Nota-se que na UBS Ariribá 64% das consultas com médico ESF tiveram um tempo de espera entre marcação e atendimento superior a sete dias úteis no período entre outubro de 2016 e março de 2017. Nas UBSs Estados e CAS – Nações este percentual atingiu 59% das consultas. Na UBS Barra, 55% das consultas demoraram mais do que sete dias úteis, reduzindo-se para 43% na UBS Vila Real e 40% na UBS Municípios. Já na UBS Nova Esperança, esse percentual foi de 18% no mesmo período.

A situação encontrada pode ser ilustrada também pelo Gráfico 7, o qual apresenta um histograma com a frequência dos dias úteis de espera para consulta com médico ESF para as UBSs do município (com exceção da UBS Central). Conforme já dito anteriormente, em média 46% (10.248) dos agendamentos resultaram em espera maior do que sete dias úteis. Considerando apenas estes pacientes (isto é, aqueles cuja espera foi superior a sete dias úteis), a média de tempo de espera foi 18 dias úteis. Nota-se, ainda, que 5.968 agendamentos levaram os pacientes a aguardar mais do que 15 dias úteis e 823 resultaram em mais de 30 dias de espera pela consulta com um médico ESF.

**Gráfico 7:** Quantidade de agendamentos com médicos ESF em Balneário Camboriú entre outubro de 2016 e março de 2017 por tempo de espera entre a data da marcação da consulta e a data do atendimento



Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

Adicionalmente, no período de execução desta auditoria (dias 24 a 28 de abril de 2017), esta equipe aplicou um questionário com 35 questões a 48 usuários dos serviços de saúde de quatro UBSs de Balneário Camboriú: Ariribá, Vila Real, Barra e CAS - Nações (fls. 366-383). A pergunta de número 22 questionava ao paciente quantos dias a frente, após a data da marcação, ele conseguiu agendar sua última consulta (fl. 377). Neste caso, a pergunta abrangia todos os médicos da Atenção Básica que atendem naquelas UBSs. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1:** Tempo de espera pela última consulta médica, segundo questionário aplicado a 48 pacientes das UBSs Ariribá, Vila Real, Barra e CAS – Nações.

Respostas	Quantidade Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
Menos de 2 dias	6	13%	13%
Entre 2 e 4 dias	3	6%	19%
Entre 5 e 7 dias	10	21%	40%
Entre 8 e 10 dias	4	8%	48%
Entre 11 e 20 dias	8	17%	65%
Entre 21 e 30 dias	9	19%	83%
Acima de 30 dias	6	13%	96%
Não me recordo	0	0%	96%
Sem resposta	2	4%	100%
Total	48	100%	

Fonte: TCE/SC, a partir do Questionário (fl. 377).

Nota-se que 56% dos usuários entrevistados afirmaram que o tempo de espera entre a marcação da consulta e o seu atendimento foi superior a 7 dias. Sabe-se que a amostra é pouco representativa estatisticamente, mas, juntamente com os dados fornecidos pela SMSS dos agendamentos, mostrados anteriormente, levam à mesma conclusão de que um número significativo de consultas tem tido uma espera superior a sete dias úteis.

Algumas possíveis causas para a situação encontrada e relatada nos parágrafos anteriores podem ser apontadas. Em primeiro lugar<sup>69</sup>, é importante mencionar as alterações ocorridas nos últimos meses na sistemática para marcação de consultas nas UBSs de Balneário Camboriú. Até setembro de 2016, o sistema adotado compreendia a distribuição de um número limitado de fichas em um dia específico para marcação de consultas para a semana e/ou o mês a frente.

Conforme resposta ao Of. DAE N° 3.068, de 05/04/2017, item 16 (fl. 149), enviado pela SMSS por e-mail no dia 10/05/2017 (fl. 300), houve uma “conversa informal” (nos termos da resposta) entre os gestores da saúde do município com o Promotor de Justiça titular da 6ª Promotoria de Justiça da Comarca de Balneário Camboriú. A partir dessa conversa, a SMSS decidiu alterar a sistemática para marcação de consultas nas UBSs. Adotou-se, então, um sistema de livre marcação de consultas, conforme exemplificado pelo aviso fotografado na UBS CAS-Nações mostrado no Quadro 29.

**Quadro 29:** Aviso colocado na parede da recepção da UBS CAS – Nações sobre a mudança na sistemática de agendamento de consultas médicas.

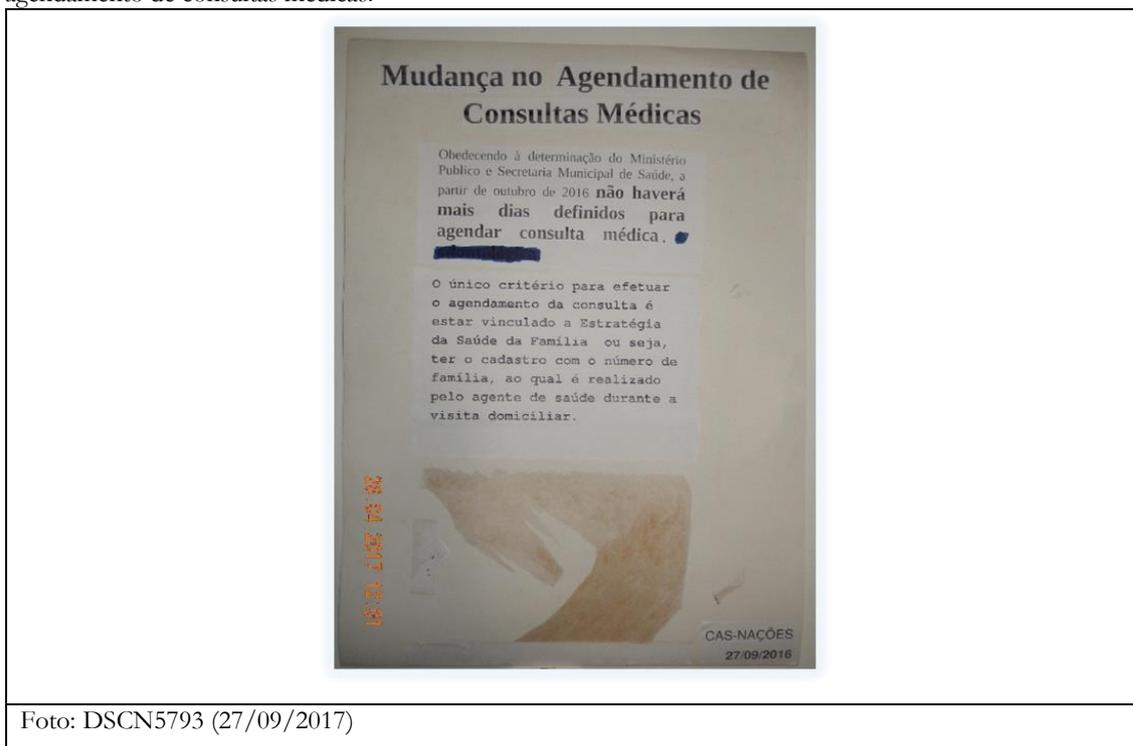


Foto: DSCN5793 (27/09/2017)

Fonte: TCE-SC.

Ou seja, todos os pacientes que procurassem as UBSs, a qualquer momento do dia, deveriam ter uma consulta agendada, independentemente da disponibilidade médica e, por conseguinte, independentemente do tempo de espera. Como resultado, a demanda por consultas

<sup>69</sup> Ressalta-se que a ordem dos argumentos não guarda necessariamente relação direta com a ordem de importância das causas.

revelou-se superior à oferta de agendamentos e as filas de espera para consultas começaram a aumentar.

Em janeiro de 2017 assumiu uma nova administração na prefeitura de Balneário Camboriú e uma nova equipe assumiu a gestão da Atenção Básica de Saúde do município. Esta equipe tomou a decisão, no 1º trimestre de 2017, de interromper a sistemática recém adotada de livre marcação de consultas e voltar ao sistema anterior, conforme o aviso fotografado dia 28/04/2017 na porta da UBS CAS – Nações e mostrado no Quadro 30.

**Quadro 30:** Aviso colocado na parede da recepção da UBS CAS – Nações sobre a mudança na sistemática de agendamento de consultas médicas.



Foto: DSCN5906 (28/04/2017)

Fonte: TCE-SC.

Assim, neste caso específico (e similar às outras UBSs), as consultas com clínico geral serão agendadas todas às sextas-feiras, a partir das 07:00hs, para a semana seguinte, enquanto a consulta com o pediatra terá seu agendamento feito todas as manhãs das quintas-feiras.

Outra possível causa para a presente situação encontrada trata-se da quantidade de agendamentos inferior à oferta de vagas com médicos da Atenção Básica nas UBSs do município, conforme pode-se observar no Quadro 31.

**Quadro 31:** Utilização da capacidade de agendamentos nas consultas básicas

Unidade	jan/17			fev/17			mar/17		
	Oferta	Agend.	U.C.	Oferta	Agend.	U.C.	Oferta	Agend.	U.C.
Arribá	843	732	87%	708	613	87%	1.602	1.301	81%
Estados	496	422	85%	525	480	91%	800	678	85%
Municípios	2.298	1.796	78%	2.592	2.042	79%	3.163	2.622	83%
Barra	2.591	2.296	89%	2.355	1.983	84%	3.645	3.205	88%
CAS - Nações	1.818	1.426	78%	1.660	1.367	82%	1.556	1.411	91%
Nova Esperança	1.410	1.093	78%	1.553	1.336	86%	2.421	1.935	80%
Vila Real	2.576	1.945	76%	1.985	1.587	80%	2.679	2.042	76%
Total	12.032	9.710	81%	11.378	9.408	83%	15.866	13.194	83%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

Agend. = Agendamentos. / UC = Utilização da Capacidade

Os dados foram gerados através do sistema Olostech e enviados pela SMSS a esta Corte através de e-mail no dia 10/05/2017 (fl. 316). Em média, ao longo do 1º trimestre de 2017, as UBSs apresentaram uma utilização da capacidade de agendamento de 82%. Assumindo que esta oferta informada reflete o tempo real disponível dos médicos para consultas, acredita-se que, em razão da demanda por consultas que se pôde observar com o sistema de livre marcação<sup>70</sup>, uma gestão mais eficiente dos agendamentos possa elevar a utilização dessa capacidade com consequente redução do tempo de espera e/ou aumento do número de atendimentos à população.

No mesmo documento em que a SMSS forneceu as informações acima, também estão presentes os dados sobre absenteísmo dos pacientes às consultas básicas, conforme resposta ao Of. DAE Nº 3.068, item 23 (fl. 149), enviado pela SMSS por e-mail no dia 10/05/2017 (fl. 316). O Quadro 32 apresenta esses dados referentes às UBSs de Balneário Camboriú.

**Quadro 32:** Absenteísmo de pacientes às consultas básicas

Unidade	jan/17			fev/17			mar/17		
	Agend.	Absent.	%	Agend.	Absent.	%	Agend.	Absent.	%
Arribá	732	158	22%	613	121	20%	1.301	249	19%
Estados	422	117	28%	480	125	26%	678	173	26%
Municípios	1.796	267	15%	2.042	438	21%	2.622	608	23%
Barra	2.296	316	14%	1.983	280	14%	3.205	497	16%
CAS - Nações	1.426	302	21%	1.367	308	23%	1.411	437	31%
Nova Esperança	1.093	154	14%	1.336	193	14%	1.935	239	12%
Vila Real	1.945	258	13%	1.587	284	18%	2.042	325	16%
Total	9.710	1.572	16%	9.408	1.749	19%	13.194	2.528	19%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

<sup>70</sup> Trata-se da demanda revelada por consultas. O sistema de livre marcação de consultas revelou a demanda potencial por consultas da população no último trimestre de 2016. Percebeu-se, assim, que a demanda potencial é maior que a oferta atual e, por conseguinte, o tempo de espera pela consulta começou a aumentar. Ao voltar a adotar o sistema de marcação em uma única manhã da semana, com um número limitado de fichas distribuídas, a demanda observada tende a esconder parte da procura potencial, pois serão marcadas tantas consultas quanto há fichas disponíveis. Aqueles que chegarem às UBSs e não conseguirem fichas, terão de voltar na semana seguinte para tentar novamente um agendamento.

Agend. = Agendamentos. / Absent. = Absenteísmo

Ao longo do primeiro trimestre de 2017, o absenteísmo médio dos pacientes às consultas básicas ficou em 18%. Nesse mesmo Of. DAE N° 3.068, item 24 (fl. 149v), esta equipe solicitou à SMS que informasse as ações adotadas por cada UBS para a redução do absenteísmo, explicitando, no mínimo: a) as ações adotadas para confirmar o agendamento com o paciente em cada UBS; b) como é realizada a substituição dos pacientes que cancelam a consulta. A resposta a este item foi enviada pela SMSS através de Ofício no e-mail do dia 10/05/2017 (fl. 300) e diz que a SMSS não dispõe “de nenhuma estratégia para diminuição dos índices de absenteísmo”. A falta de uma estratégia para diminuição dos índices de absenteísmo e a não substituição dos pacientes que cancelam a consulta pode ser vista também como uma causa para a presente situação encontrada. Ou seja, a adoção dessas medidas tende a gerar uma otimização das agendas dos médicos e conseqüente redução do tempo médio de espera por consultas.

Outra análise consistiu em verificar se os médicos ESF do município cumprem a carga horária contratada, haja vista que uma possível incompatibilidade entre a carga horária contratada e a carga horária registrada poderia ser um indício de causa para o tempo encontrado de espera por consultas. A carga horária registrada foi analisada através do controle de frequência do ponto eletrônico dos profissionais no período de 1º de janeiro de 2017 a 31 de março de 2017 (fls. 248-288 e fls. 353-360v). Por outro lado, sabe-se que a carga horária contratada dos médicos ESF é 40 horas semanais, conforme a planilha “Anexo 05\_Rel. profissionais ESF por equipe” entregue pela SMSS por e-mail no dia 28/04/2017 e CD-ROM, constante no processo à fl. 163.

Em resumo, a análise do ponto eletrônico dos médicos ESF não apresentou inconsistência. As horas trabalhadas ficaram, em média, próximas de 8 horas por dia e, por conseqüência, muito próximas de 40 horas semanais, conforme mostrado no Quadro 33.<sup>71</sup>

**Quadro 33:** Média de horas diárias trabalhadas pelos médicos no 1º trimestre de 2017

Médicos ESF							
Médico	Janeiro	Fevereiro	Março	Médico	Janeiro	Fevereiro	Março
1	08:25	08:09	08:18	13	06:39	05:37	06:04
2	08:12	08:14	08:01	14	07:59	08:20	07:52
3	08:19	07:56	08:20	15	07:58	07:15	08:05

<sup>71</sup> Eventuais pequenos desvios negativos poderiam ser compensados por horas extras em meses diversos, possivelmente fora do período analisado.

4	08:24	08:51	08:45	16	07:57	06:25	04:52*				
5	07:57	08:22	07:24	Médicos – Residentes e Programa Mais Médicos							
6	08:04	07:54	07:54								
7	08:06	08:03	08:35								
8	08:13	08:36	08:33								
9	09:23	09:37	09:32								
10	08:13	08:09	08:02								
11	08:07	08:05	08:58								
12	08:14	08:06	08:02								
								* Erros de registro justificados manualmente no registro de ponto (fl. 356).			
Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú.											

Do mesmo modo, os registros de frequência dos médicos participantes do Programa Mais Médicos e em período de residência médica não apresentaram grandes inconsistências. Nestes casos, ressalta-se, os profissionais têm uma carga horária diferenciada e reduzida em relação aos médicos ESF.

Na sequência, foi analisado se há compatibilidade entre a carga horária registrada (no ponto eletrônico) e a carga horária efetivamente trabalhada utilizando como amostra a última semana de março de 2017, conforme definido na matriz de planejamento (fl. 143).

Com relação à carga horária trabalhada, foram solicitados através do Of. TCE/DAE Nº 3.068/17, de 08/04/2017, itens 19 e 20, respectivamente (fl. 149), a agenda dos médicos ESF da última semana do mês de março de 2017 e um relatório das atividades dos médicos ESF não relacionadas a consultas<sup>72</sup>, neste mesmo período. O item 19 foi respondido pela SMSS através de e-mail no dia 23/05/2017 (fls. 320-346) e o item 20, embora incompleto<sup>73</sup>, consta na planilha “Anexo 08 – Dados Olostech-2.xls” contida no CD-ROM entregue pela SMSS no dia 28/04/2017 (fl. 163).

A quantidade de horas trabalhadas foi obtida através do registro do ponto eletrônico, desta vez somando-se apenas as horas da última semana de março, com resultado mostrado na coluna “E” do Quadro 34.

Através dos documentos enviados pela SMSS no e-mail do dia 23/05/2017, isto é, os relatórios de “Acompanhamento Situação Atendimento nas Unidades de Saúde” (fls. 320-346v), extraídos do sistema Olostech, foi possível obter a lista diária de consultas dos médicos e o tempo de duração de cada consulta. A quantidade total de consultas para cada médico nesta semana (dias 27 a 31 de março) e o tempo total de duração dessas consultas encontram-se nas colunas “A” e “B” do Quadro 34, respectivamente. A coluna “C” mostra o tempo médio por consulta, obtida através da divisão do tempo total (coluna “B”) pela quantidade total de consultas no período

<sup>72</sup> Incluindo visita domiciliar, visita a escola, residência de Medicina, cursos, etc.

<sup>73</sup> Não apresenta, por exemplo, as atividades dos médicos residentes não relacionadas a consultas.

(coluna “A”). Já a coluna “D” traz o tempo total das consultas na semana mostradas em horas, possibilitando assim uma comparação direta com a coluna “E”, que mostra a quantidade de horas registradas nessa semana.

**Quadro 34:** Média de horas diárias registradas pelos médicos entre os dias 27 a 31 de março de 2017.

Médico (matrícula)	Quantidade de Consultas (A)	Tempo Total das Consultas (min) (B)	Tempo Médio das Consultas (min) (C = B/A)	Tempo Total das Consultas (horas) (D = B/60)	Quantidade de Horas Registradas (E)	Tempo das consultas em relação às horas registradas (F)
<b>Médicos ESF</b>						
1 (34987)	111	2277	20,5	38,0	41,3	92,01%
2 (34309)	53	493	9,3	8,27	41,6	19,88%
3 (34687)	148	1293	8,7	21,6	37,0	58,38%
4 (34124)	123	1351	11,0	22,5	35,4	63,56%
5 (34707)	70	914	13,1	15,2	39,8	38,19%
6 (35044)	72	698	9,7	11,6	40,5	28,64%
7* (34138)	-	-	-	-	-	
8 (35042)	79	1317	16,7	22,0	42,6	51,64%
9* (32249)	-	-	-	-	-	
10 (34307)	76	960	12,6	16,0	41,0	39,02%
11* (27260)	-	-	-	-	-	
12 (34068)	31	115	3,7	1,9	40,5	4,69%
<b>Médicos - Residentes e Programa Mais Médicos</b>						
13 (1411697)	66	361	5,5	6,0	20,9	28,71%
14 (141948)	88	1084	12,3	18,1	31,9	56,74%
15 (34126)	67	1235	18,4	20,6	16,2**	127,16%
16 (141960)	42	769	18,3	12,8	14,5	88,28%

Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

\* Agenda não disponibilizada pela SMSS.

\*\* Conflito entre os dados fornecidos.

No Quadro 34 destaca-se o resultado mostrado na coluna “D”, isto é, o baixo tempo total registrado na semana dedicado às consultas nas UBSs por parte de alguns médicos, seja em virtude de uma quantidade relativamente baixa de consultas na semana ou de um baixo tempo médio por consultas. Esta é, possivelmente, uma das causas para a situação encontrada de tempo de espera por consulta acima de sete dias úteis, qual seja, o baixo número de horas semanais do médico ESF dedicado às consultas: em média, apenas 17,5 horas das 40 horas semanais contratadas (43,75%) foram registradas como sendo dedicadas às consultas nas UBSs.

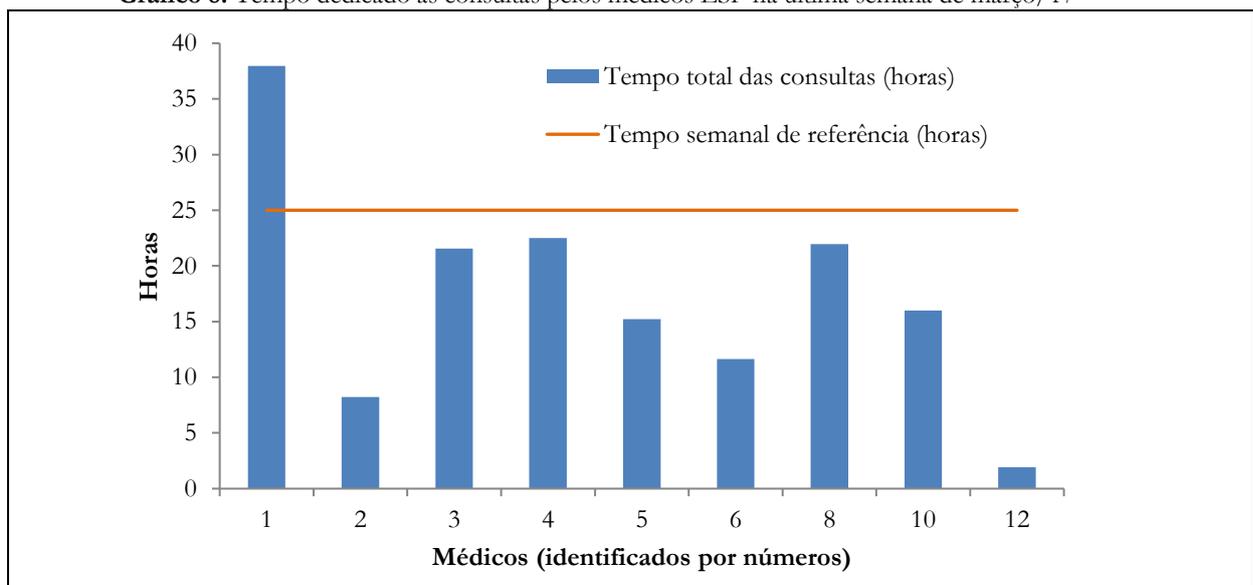
É verdade que não há uma norma unificada sobre este tema, isto é, como deve ser a agenda e a distribuição das horas trabalhadas. Ao se buscar uma referência em prefeituras que possuem propostas de organização do serviço semanal das equipes de saúde, temos o “Documento Norteador – Compromissos das Unidades Básicas com a População”<sup>74</sup>, da Coordenação da

<sup>74</sup> Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/55445592/Documento-Norteador-Compromisso-das-Unidades-Basicas-de-Saude-com-a-Populacao>. Acesso em: 20 jun. 2017.

Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que na página 43 traz uma proposta de organização da agenda semanal do médico da Atenção Básica. Das 40 horas semanais deste médico, cinco horas devem ser dedicadas a reunião com a equipe (cinco reuniões na semana), dez horas devem ser dedicadas a visita domiciliar/grupo educativo (10 a 20 visitas domiciliares por semana) e 25 horas devem ser dedicadas a consultas médicas (em média 100 consultas semanais com tempo médio de 15 minutos por consulta. Caso haja programação de educação continuada na semana, seria feita uma redistribuição dessas horas.

Dessa forma, é notável como em Balneário Camboriú o tempo dedicado às consultas pelos médicos ESF na última semana de março foi, em geral, abaixo do tempo de referência de 25 horas por semana, conforme critério adotado pela Prefeitura de São Paulo. Esse resultado pode ser visualizado no Gráfico 8.

**Gráfico 8:** Tempo dedicado às consultas pelos médicos ESF na última semana de março/17



Fonte: TCE/SC, a partir dos dados da SMSS.

Entre os efeitos da situação encontrada de um tempo de espera entre a data da marcação da consulta e a data do efetivo atendimento acima do recomendado pelos estudos da Agência Nacional de Saúde Suplementar para atendimentos básicos estão: a demora no atendimento às necessidades de saúde da população com a possibilidade de que condições de saúde evoluam de um nível de necessidade de atendimento básico para níveis mais complexos, aumentando o risco para o paciente, bem como o custo do tratamento para o erário público; e, também, o aumento do nível de absenteísmo de pacientes às consultas médicas na Atenção Básica.

Tendo em vista a situação apresentada, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Limitar o tempo de espera entre a marcação de consulta médica na Estratégia Saúde da Família e o atendimento a no máximo 7 dias úteis.**
- **Padronizar, por meio de norma, a sistemática de marcação de consultas nas Unidades Básicas de Saúde e implementá-la com ampla divulgação à sociedade.**
- **Padronizar, por meio de norma, uma proposta de organização do serviço semanal dos médicos e adotar ações para o cumprimento efetivo das horas a serem dedicadas a consultas.**

A adoção dessas medidas implicará na redução do tempo de espera por consultas médicas; na maior agilidade do atendimento e no acesso continuado aos serviços de saúde, sendo que a maior agilidade pode ser um fator de aumento da resolutividade da AB; e no não crescimento dos gastos com saúde por complicações que poderiam ter sido resolvidas com atendimentos tempestivos na Atenção Básica.

#### 2.2.2.1 Comentários do Gestor

Em relação ao tempo de espera entre a marcação de consulta e o atendimento, informamos que a gestão alterou a forma do agendamento, sendo que na maioria das Unidades, este acontece semanalmente, exceto nas Unidades Central e Nova Esperança, que é conforme a demanda do dia. Sendo assim, o tempo de espera fica entre 1 e 7 dias (item 3.2.1.4 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Quanto à padronização por meio de norma, da sistemática de marcação de consultas, informamos que quase todos os bairros têm realizado reuniões com a Associação de Moradores para definir com a comunidade a forma de agendamento de acordo com as especificidades de cada região. Para evitar as longas filas, cada equipe de ESF, inclusive pertencendo à mesma Unidade, tem dias diferentes para o agendamento. Já em relação à divulgação, esta será feita pela Associação de Moradores, Agentes Comunitários, Portal da Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e mídia local (item 3.2.1.5 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Com vistas a padronizar, por meio de norma, a organização do serviço semanal de médicos e adotar ações para o cumprimento efetivo das horas a serem dedicadas a consultas médicas, a gestão está se organizando, inclusive com a participação de um profissional da categoria médica, para a construção da proposta, uma vez apreciado o modelo sugerido de Florianópolis (item 3.2.1.6 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

#### 2.2.2.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

No que se refere à limitação do tempo de espera entre a marcação de consulta médica na Estratégia Saúde da Família e o atendimento, o gestor informou a alteração na forma do agendamento na maioria das Unidades Básicas de Saúde e que o tempo de espera fica entre 1 e 7 dias. Todavia, como não foi anexado nenhum documento comprobatório e tendo em vista a necessidade de verificação *in loco* desta situação, a equipe de auditoria deve confirmá-la na fase de monitoramento. Logo, mantém-se a sugestão de recomendação inicial.

Já com relação à definição e implementação de uma sistemática de marcação de consultas nas Unidades Básicas de Saúde, com ampla divulgação à sociedade, a Secretaria mencionou que têm sido feitas reuniões com a comunidade para definir a forma de agendamento e que o Município pretende realizar a divulgação correspondente.

Ainda, sobre a organização do serviço semanal de médicos e o cumprimento efetivo das horas a serem dedicadas a consultas médicas, a Secretaria objetiva elaborar proposta para atender ao recomendado neste item do Relatório.

Para as duas últimas situações supracitadas, a nova PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17) recomenda a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes e que reforcem práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS (Anexo 1 do Anexo XXII - item 2 “A Atenção Básica na rede de atenção à saúde”).

Além disso, a Política define que “a oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras” (Anexo 1 do Anexo XXII - item 3.3 “Funcionamento”). Tendo em vista a atualização da PNAB, observa-se a importância de definição de sistemática de marcação de consultas nas UBSs e de organização e controle do serviço semanal dos médicos, especialmente no que diz respeito às consultas, além de ampla divulgação da oferta de serviços aos usuários. Ações nesse sentido podem, inclusive, aumentar a capacidade clínica das equipes, de acordo com a Política.

Desse modo, mantém-se a posição inicial do item 3.2.1.4 e alteram-se as conclusões dos itens 3.2.1.5 e 3.2.1.6 para adequá-las à legislação vigente (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

Portanto, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Definir, por meio de norma, a sistemática de marcação de consultas nas Unidades Básicas de Saúde e/ou por Equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, e implementá-la com ampla divulgação à sociedade.**
- **Definir, por meio de norma, uma proposta de organização do serviço semanal dos médicos nas Unidades Básicas de Saúde e/ou por Equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, e adotar ações para o cumprimento efetivo das horas a serem dedicadas a consultas.**

### **2.2.3. Infraestrutura deficiente nas Unidades Básicas de Saúde**

A Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde, que aprovou a antiga Política Nacional de Atenção Básica (antiga PNAB), no Anexo I, título “Das responsabilidades”, estabelece como atribuição comum a todas as esferas de governo: “garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades” (inciso III).

No mesmo título, a antiga PNAB define como competência das Secretarias Municipais de Saúde: “garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas” (inciso XI).

Já no item “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica”, também constante da antiga PNAB, estão elencadas as medidas necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios:

- I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS;
- III - manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde.

Considerando, assim, a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde em prover as UBSs de estrutura adequada à oferta de serviços de saúde aos usuários, buscou-se verificar, por meio de inspeção *in loco* em quatro UBSs (Ariribá, CAS-Nações, Vila Real e Barra), no período de 25 a 28/04/17, se essas unidades dispunham de consultórios médicos e ginecológicos em quantidades suficientes, bem como se estes consultórios continham instalações, equipamentos e materiais em condições de uso e nos quantitativos adequados ao atendimento da demanda.

Para a definição do número de consultórios médicos e ginecológicos por UBS, utilizou-se como critério o manual do Ministério da Saúde “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)”, do 1º Ciclo<sup>75</sup>, referente ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde<sup>76</sup>.

O quadro abaixo resume o parâmetro definido nesses dois documentos:

**Quadro 35:** Critério para a quantidade de consultórios por UBS

<b>Consultório ginecológico</b>	1 consultório para 1 e 2 equipes de Atenção Básica/Saúde da Família
	2 consultórios para 3 equipes de Atenção Básica/ Saúde da Família
	3 consultórios para 4 e 5 equipes de Atenção Básica/ Saúde da Família
<b>Consultório médico</b>	1 consultório para 1 equipe de Atenção Básica/Saúde da Família
	3 consultórios para 2 e 3 equipes de Atenção Básica/ Saúde da Família
	4 consultórios para 4 equipes de Atenção Básica/Saúde da Família
	5 consultórios para 5 equipes de Atenção Básica/Saúde da Família

**Fonte:** TCE/SC, adaptado da AMAQ 1º (Anexo A), com parâmetros extraídos do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (p. 16).

A situação encontrada em relação ao número de consultórios por UBS está demonstrada na sequência, com base no critério estabelecido no quadro 35:

**Quadro 36:** Número de consultórios por UBS

UBS	Números de Equipes	Qtde. de consultórios ginecológicos	Déficit de consultórios ginecológicos	Qtde. de consultórios médicos	Superávit de consultórios médicos
<b>Arribá</b>	2 eSF	1	0	3	0
<b>CAS-Nações</b>	3 eSF	1	1	3	0
<b>Vila Real</b>	3 eSF	1	1	4	1
<b>Barra</b>	3 eSF	1	1	4	1

**Fonte:** TCE/SC, a partir da situação encontrada na inspeção *in loco*.

Nota-se que em três das quatro UBSs vistoriadas, falta um consultório ginecológico em cada.

Na sequência, para a definição do rol de equipamentos/materiais e respectivas quantidades por consultório médico e ginecológico, adotou-se, como parâmetro, o manual do Ministério da Saúde “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”

<sup>75</sup> BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Anexo A, p. 91-99. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2017.

<sup>76</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 16. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2017.

(AMAQ), do 1º Ciclo<sup>77</sup> e do 3º Ciclo<sup>78</sup>, referente ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). As listagens da infraestrutura, equipamentos e materiais para a UBS, de ambos os ciclos, encontram-se às fls. 385-401.

Estas listas foram adaptadas em razão da análise da acessibilidade, objeto da auditoria e com base no teste piloto realizado no dia 18/04/17 em UBS de Florianópolis, com o objetivo de adequá-las à realidade das Unidades Básicas de Saúde. Também, utilizou-se o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde<sup>79</sup>.

Desse modo, a lista final com o critério de quantidade mínima de instalações, equipamentos e materiais para o **consultório ginecológico** é apresentada no Quadro 37:

**Quadro 37:** Instalações, equipamentos e materiais mínimos por consultório ginecológico

Consultório Ginecológico		
Nº	Descrição	Quantidade para um consultório (Critério: AMAQ 1º Ciclo/Manual de Estrutura Física das UBSs/Teste Piloto)
1	Balança antropométrica (Capacidade mínima 150 kg)	1
2	Balança infantil *	1
3	Detector fetal (Sonar)	1
4	Esfigmomanômetro	1
5	Estetoscópio	1
6	Foco de luz	1
7	Glicosímetro	1
8	Lanterna clínica	1
9	Negatoscópio	1
10	Otoscópio	1
11	Mesa para exames ginecológicos com perneira *	1
12	Sanitário anexo ao consultório **	1
13	Computador com acesso à internet***	1
14	Rouparia (papel lençol descartável ou lençol)***	Quant. suficiente
15	Lavatório - torneira que dispense uso das mãos	1

Todos os itens constam da versão AMAQ 1º Ciclo, com exceção aos listados abaixo:  
 \* 2 e 11 - Equipamentos/materiais constantes da versão AMAQ 3º Ciclo. No item 11, a mesa para exames ginecológicos já constava da AMAQ 1º Ciclo, no entanto, a perneira foi adicionada na versão do 3º Ciclo.  
 \*\* 12 - Item definido no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, p. 37.  
 \*\*\* 13 e 14 - Equipamentos/materiais não constam do rol da AMAQ. Porém, foram adicionados em virtude do teste piloto realizado em UBS de Florianópolis.

**Fonte:** TCE/SC, adaptado da AMAQ 1º e 3º Ciclos (Anexo A), com parâmetros extraídos do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (p. 37), e do teste piloto realizado em UBS de Florianópolis.

<sup>77</sup> BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Anexo A, p. 91-99. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2017.

<sup>78</sup> *Id.* **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Anexo A (versão preliminar).

<sup>79</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 37. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2017.

Como cada UBS vistoriada possuía um consultório ginecológico, a partir do critério estabelecido no Quadro 37, a inspeção *in loco* apontou a quantidade de equipamentos e materiais encontrados nesses consultórios, conforme registrado no Quadro 38.

**Quadro 38:** Equipamentos e materiais encontrados nos consultórios ginecológicos das UBSs inspecionadas

Nº	Descrição	Critério	Quantidade encontrada por UBS				Total de itens faltantes
			Ariribá C1	CAS-Nações C1	Vila Real C1	Barra C1	
1	Balança antropométrica - (Capacidade mínima 150 kg)	1	0	0	0	0	4
2	Balança infantil	1	0	0	0	0	4
3	Detector fetal (Sonar)	1	1	1	1	2	0
4	Esfigmomanômetro	1	0	0	0	0	4
5	Estetoscópio	1	1	1	0	1	1
6	Foco de Luz	1	1	1	1	1	0
7	Glicosímetro	1	0	0	0	0	4
8	Lanterna clínica	1	0	0	0	0	4
9	Negatoscópio	1	0	0	0	0	4
10	Otoscópio	1	0	1	0	0	3
11	Mesa para exames ginecológicos com perneira	1	1	1	1	1	0
12	Sanitário anexo ao consultório	1	1	1	1	1	0
13	Computador com acesso à internet	1	1	1	0	1	1
14	Rouparia (papel lençol descartável ou lençol)	Suficiente	Sim	Sim	Sim	Sim	0
15	Lavatório - torneira que dispense uso das mãos*	1	1	0	0	1	2

\*Os lavatórios encontrados possuíam torneiras que necessitavam ser abertas e fechadas com o uso das mãos.

Fonte: TCE/SC, a partir da situação encontrada na inspeção *in loco* (fls. 518-525).

Importante mencionar que os itens encontrados nos consultórios ginecológicos estavam funcionando e em condições de uso, com exceção de um detector fetal na UBS Barra. Na UBS CAS-Nações, em razão da falta de energia elétrica, não foi possível testar o funcionamento do foco de luz e do computador.

Quanto ao consultório médico, a listagem final, com o critério de quantidade mínima de equipamentos e materiais, encontra-se no Quadro 39:

**Quadro 39:** Equipamentos e materiais por consultório médico

Consultório Médico		
Nº	Descrição	Quantidade para um consultório (Critério: AMAQ 1º Ciclo/Manual de Estrutura Física das UBSs/Teste Piloto)
1	Balança antropométrica (Capacidade mínima 150 kg)	1
2	Esfigmomanômetro	1
3	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal*	1
4	Estetoscópio	1
5	Foco de luz	1

Consultório Médico		
Nº	Descrição	Quantidade para um consultório (Critério: AMAQ 1º Ciclo/Manual de Estrutura Física das UBSs/Teste Piloto)
6	Glicosímetro	1
7	Lanterna clínica	1
8	Negatoscópio	1
9	Otoscópio	1
10	Computador com acesso à internet**	1
11	Lavatório - torneira que dispense uso das mãos	1
12	Rouparia (papel lençol descartável ou lençol)**	Quant. suficiente
13	Régua antropométrica	1
14	Fita métrica**	1

Todos os itens constam da versão AMAQ 1º Ciclo, com exceção aos listados abaixo:  
 \* 3 - Equipamento/material constante da versão AMAQ 3º Ciclo.  
 \*\* 10, 12 e 14 - Equipamentos/materiais não constam do rol da AMAQ. Porém, foram adicionados em virtude do teste piloto realizado em UBS de Florianópolis.

**Fonte:** TCE/SC, adaptado da AMAQ 1º e 3º Ciclos (Anexo A), com parâmetros também definidos no teste piloto realizado em UBS de Florianópolis.

Assim, com base no critério definido no Quadro 39, o resultado da inspeção demonstrou o número de equipamentos e materiais encontrados nos **consultórios médicos**. Convém reforçar que as quatro UBSs inspecionadas possuem mais de um consultório médico em suas instalações: Ariribá - 3 consultórios; CAS-Nações - 3 consultórios; Viça Real - 4 consultórios e Barra - 4 consultórios. O Quadro 40 evidencia a situação encontrada nas unidades:

**Quadro 40:** Equipamentos e materiais encontrados nos consultórios médicos das UBSs inspecionadas

Nº	Descrição	Critério	Quantidade encontrada por UBS																Total de itens faltantes
			Ariribá			CAS-Nações			Vila Real				Barra						
			C 1	C 2	C 3	C 1	C 2	C 3	C 1	C 2	C 3	C 4	C 1	C 2	C 3	C 4			
1	Balança antropométrica Capacidade mín. 150 kg	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	
2	Esfigmomanômetro	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	
3	Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	
4	Estetoscópio	1	0	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	4		
5	Foco de luz	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	12		
6	Glicosímetro	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14		
7	Lanterna clínica	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	12		
8	Negatoscópio	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	4		
9	Otoscópio	1	0	2	1	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1		
10	Computador com acesso à internet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		
11	Lavatório - torneira que dispense uso das mãos*	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		
12	Rouparia (papel lençol descartável ou lençol)	Suficiente	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	S	Falta em 2 consultórios		
13	Régua antropométrica	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	12		
14	Fita métrica	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	3		

Legenda: S – Sim/ N- Não

Nº	Descrição	Critério	Quantidade encontrada por UBS												Total de itens faltantes
			Ariribá			CAS-Nações			Vila Real				Barra		
			C 1	C 2	C 3	C 1	C 2	C 3	C 1	C 2	C 3	C 4	C 1	C 2	

\*Os lavatórios encontrados possuíam torneiras que necessitavam ser abertas e fechadas com o uso das mãos.

Fonte: TCE/SC, a partir da situação encontrada na inspeção *in loco* (fls. 518-525).

Convém registrar que na UBS CAS-Nações, em razão da falta de energia elétrica, não foi possível testar o funcionamento dos negatoscópios e computadores. Quanto aos equipamentos que puderam ser testados, encontraram-se itens sem funcionamento e/ou em más condições de uso nos **consultórios médicos**:

- Um estetoscópio na UBS CAS-Nações;
- Duas lanternas clínicas na UBS Vila Real;
- Cinco otoscópios: um na UBS Ariribá, três na UBS CAS-Nações e um na UBS Barra;
- Um computador na UBS Barra;
- Um lavatório na UBS Vila Real.

O exame de documentos emitidos pelas UBSs demonstrou a necessidade de manutenção constante de equipamentos das UBSs, conforme se observa no Pedido de Manutenção 003/2017, da UBS Barra, no qual solicita a manutenção de autoclave com deficiências (fl. 405); e nas Solicitações de Compra de Material ou Serviço da UBS CAS-Nações, de março e abril de 2017, que apontam esfigmomanômetros danificados (fls. 407-408).

Além disso, verificou-se a demora da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento em atender as demandas de manutenção das Unidades Básicas de Saúde. No Ofício nº 0150/2017, de 04/04/17, da UBS CAS-Nações à SMSS, relata-se problemas de manutenção sem resolução desde janeiro de 2017, embora já tenham sido encaminhados e-mails com solicitações de manutenção e pedido de compras (fl. 404). O planejamento anual de 2017 da mesma unidade indica problemas recorrentes com a autoclave (fl. 419).

Ainda, na inspeção *in loco* nos consultórios médicos e ginecológicos, constatou-se a falta de pilhas, o que impedia o uso de equipamentos como otoscópios e lanternas clínicas. Na UBS Barra, verificou-se a falta de cones limpos e a existência de modelos de cones que não cabiam nos otoscópios da unidade. Igualmente, detectou-se que todos os lavatórios necessitavam do uso

das mãos para manuseio, enquanto o critério define a utilização de torneira que dispensa o uso das mãos.

Os profissionais das UBSs também relataram a existência de detectores fetais (Sonar) de má qualidade e/ou antigos que geram interferências na escuta. Constatou-se, durante a inspeção *in loco*, que as autoclaves da UBS Barra, Vila Real e Aririba estavam sem funcionamento. Na UBS CAS-Nações foi informado que há apenas um esfigmomanômetro para toda a UBS.

Convém citar, também, que a equipe de auditoria verificou a existência de equipamentos e materiais (contidos nos Quadros 37 e 39 – utilizados como critério) nas salas de acolhimento das quatro UBSs vistoriadas, embora alguns deles não estivessem nos consultórios médicos e/ou ginecológicos. A listagem abaixo aponta os equipamentos/materiais encontrados.

- Balança antropométrica - uma em cada sala de acolhimento da respectiva UBS (na UBS CAS-Nações, a régua estava desregulada);
- Balança infantil - uma em cada sala de acolhimento da respectiva UBS;
- Esfigmomanômetro - um em cada sala de acolhimento das UBSs Ariribá, Vila Real e Barra;
- Aparelho de pressão pediátrico ou neonatal – um na sala de acolhimento das UBSs Ariribá e CAS-Nações;
- Glicosímetro - um em cada sala de acolhimento das UBSs Ariribá, Vila Real e Barra; dois na sala de acolhimento da UBS CAS-Nações;
- Lanterna clínica - uma na sala de acolhimento da UBS Ariribá, porém estava sem pilha;
- Régua antropométrica - uma na sala de acolhimento das UBSs Ariribá e CAS-Nações.

Embora tenha sido verificada a existência desses itens na sala de acolhimento, o critério utilizado (AMAQ - 1º e 3º Ciclos - e Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde) indica a necessidade de existência desses equipamentos/materiais nos consultórios. Ademais, a quantidade registrada na sala de acolhimento não é suficiente para atendimento da demanda, como se depreende da análise de documentos das UBSs.

O planejamento anual de 2017 da UBS Barra, remetido por meio do Ofício SMSS/ESFBB nº 198, de 29/12/16, apontou como necessidade de alta prioridade: dois computadores com impressoras para dois consultórios; instalação de rede de *internet* nos consultórios das praias; quatro negatoscópios; três balanças portáteis; quatro sonares de boa

qualidade; quatro otoscópios, sete esfigmomanômetros - cinco adultos/um infantil/um obeso (os existentes foram reprovados pelo técnico do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO)); cinco estetoscópios (fls. 409-415).

O ofício SMSS/ESFCAS nº 36, de 31/01/17, da UBS CAS-Nações, informa a inexistência de balança adulto na unidade (fl. 402). Já o planejamento anual de 2017 da mesma unidade, recebido em 09/01/17 pela Secretaria Municipal de Saúde, informou as necessidades de alta prioridade: duas balanças digital adulto e uma balança digital portátil; três focos de luz para exames; doze esfigmomanômetros - dez adulto/ dois obeso; oito estetoscópios; seis otoscópios (existem apenas dois antigos e enferrujados na UBS); uma autoclave (sempre ocorre problemas com o equipamento e quando este é enviado para a manutenção, a UBS fica sem autoclave) (fls. 416-421).

Outro problema detectado, durante a inspeção *in loco*, foi a manutenção deficiente das instalações físicas das Unidades Básicas de Saúde. Nas unidades Nova Esperança, Ariribá e Barra foi observada a existência de umidade excessiva e mofo; na UBS Vila Real, há rachaduras nas paredes; na UBS CAS-Nações existem infiltrações no teto e a área externa está em mau estado de conservação. Durante a vistoria foi realizado o registro fotográfico dessas situações, conforme pode ser observado no Quadro 41.

**Quadro 41:** Registro Fotográfico - Infraestrutura deficiente das Unidades Básicas de Saúde





Foto DSCN5695: Goteira na recepção da UBS CAS-Nações



Foto DSCN5694: Goteira na recepção da UBS CAS-Nações



Foto DSCN5670: Mofo na porta do antigo almoxarifado Ubs Aririba



Foto DSCN5701: Área externa da UBS CAS-Nações



Foto DSCN5986: Mofo na UBS Barra



Foto DSCN5569: Mofo na UBS Nova Esperança

**Fonte:** TCE/SC, com base na situação encontrada na inspeção *in loco* realizada no período de 25 a 28/04/17, nas Unidades de Saúde de Balneário Camboriú.

As UBSs registraram a necessidade de manutenção da infraestrutura em escritórios, pedidos de manutenção e nos planejamentos anuais. No ofício nº 0151/2017, de 12/04/17, a UBS CAS-Nações comunica à SMSS sobre a dificuldade em relação à limpeza da grama, pois não se consegue atendimento no setor responsável. Inclusive, a população vem reclamando da situação

(fls. 406). No Pedido de Manutenção 001/2017, da UBS Barra, registrou-se infiltração na parede da sala de vacinas (fl. 403).

Nesse sentido, na entrevista realizada na Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, na data de 10/03/16, foi informado que a administração está ciente dos problemas existentes na infraestrutura das UBSs. Até mesmo foi mencionado que as infiltrações podem danificar aparelhos médicos e computadores.

Em resumo, concluiu-se que a infraestrutura deficiente nas Unidades Básicas de Saúde é ocasionada, principalmente, por:

- Insuficiência de consultórios ginecológicos;
- Insuficiência de equipamentos e materiais;
- Manutenção deficiente de equipamentos e das instalações físicas;
- Solicitações de aquisição e manutenção de equipamentos/materiais não atendidas pela SMSS.

Essas condições dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde ofertados pelas UBSs. Também, podem causar prejuízo ao patrimônio da unidade, à medida que equipamentos médicos e computadores estão expostos à umidade e infiltrações.

Portanto, com base no que foi relatado, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Realizar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, conforme dispõe o Anexo I da Portaria nº 2.488/11 (Política Nacional de Atenção Básica), inciso III do título “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica”.**
- **Dotar as Unidades Básicas de Saúde com consultórios ginecológicos mobiliados, equipados e em quantidade proporcional ao número de equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme o item “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica”, II, “b”, do Anexo I da Portaria nº 2.488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica) c/c o capítulo 3, p.15-16, do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde.**

- **Prover os consultórios médicos das Unidades Básicas de Saúde com equipamentos e materiais em condições de uso e quantidades, segundo as orientações do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde, e o Anexo “A” do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.**

Desse modo, espera-se que as Unidades Básicas de Saúde contem com estrutura compatível às orientações do Ministério da Saúde, além de equipamentos e materiais, em quantidade e bom estado de conservação, que garantam o atendimento aos usuários e ampliem o acesso da população aos serviços de saúde ofertados.

#### 2.2.3.1 Comentários do Gestor

Para realizar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, estamos em vias de licitação de empresas de engenharia clínica e de manutenção da infraestrutura (item 3.2.1.7 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

A adequação das UBSs com consultórios ginecológicos está sendo planejada de acordo com as especificidades de cada localidade (item 3.2.1.8 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

A adequação das UBSs com equipamentos e materiais segundo o Manual do PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica é objeto do planejamento/2018 (item 3.2.1.9 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

##### 2.2.3.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

A PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17) trouxe algumas modificações em relação à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Estabeleceu como responsabilidade comum a todas as esferas de governo: “garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes” (art. 7º, III - Anexo XXII).

Quanto às Secretarias Municipais, definiu como uma das competências: “garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes para a execução do conjunto de ações propostas” (art. 10, XV - Anexo XXII).

No item Infraestrutura, Ambiência e Funcionamento (item 3 - Anexo 1 do Anexo XXII), dispôs o seguinte:

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. [...]

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal. [...]

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

Para as Unidades Básicas de Saúde, recomendou os ambientes:

a. Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

Diante das sugestões de recomendações contidas neste item do Relatório, a Secretaria Municipal de Saúde se manifestou favorável em realizar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde; bem como adequar as UBSs com consultórios ginecológicos, materiais e equipamentos. Contudo, as ações ainda estão sendo planejadas para execução futura, o que deverá ser acompanhado na fase de monitoramento da auditoria.

Diante da situação apresentada, mantêm-se as conclusões dos itens 3.2.1.7, 3.2.1.8 e 3.2.1.9 (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595), atualizando somente a legislação correspondente, visto que a PNAB foi modificada.

Portanto, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Realizar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, conforme dispõe o art. 7º,**

III, do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde.

- Dotar as Unidades Básicas de Saúde com consultórios ginecológicos mobiliados, equipados e em quantidade proporcional ao número de equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme o item 3.2 “Tipos de unidades e equipamentos de saúde”, letra “a”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde, c/c o capítulo 3, p.15-16, do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde.
- Prover os consultórios médicos das Unidades Básicas de Saúde com equipamentos e materiais em condições de uso e quantidades, segundo as orientações do item 3.1 “Infraestrutura e ambiência” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde; do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde; e do Anexo “A” do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

### 2.3. ANÁLISE DOS ACHADOS RELATIVOS À 3ª QUESTÃO DE AUDITORIA

A terceira questão da auditoria é: “A coordenação das Unidades Básicas de Saúde e a utilização do prontuário eletrônico interferem na organização das UBS?”

Para responder a esta questão, foram analisados os documentos, as informações e as planilhas, todos requisitados por meio do OF.TCE/DAE Nº 2.269, de 06/03/2017 (fls. 29-30v) e do Of. DAE Nº 3.068, de 05/04/17 (fls. 146-161). Adicionalmente, foi feita uma inspeção *in loco* para analisar os prontuários eletrônicos de uma amostra de pacientes e aplicar um questionário aos profissionais que trabalham nas UBSs.

Através desses procedimentos, foi verificado se médicos e cirurgiões-dentistas da Atenção Básica e Especializada (média e alta complexidade) do município de Balneário Camboriú realizam a evolução de pacientes nos prontuários eletrônicos. Ademais, buscou-se avaliar se a ausência de coordenador formalmente designado em cada unidade de saúde impacta na organização da UBS.

Em linhas gerais, foi encontrada deficiência na evolução dos pacientes nos prontuários eletrônicos. Dentro da amostra consultada, nenhuma das consultas registradas por médicos da AB, não pertencentes à equipe da eSF, continha a evolução dos pacientes, e apenas 18% das consultas registradas por médicos da Atenção Especializada continham esta evolução. Em relação à saúde bucal, nenhum dos procedimentos/consultas registrados por cirurgiões-dentistas, tanto da AB como da Atenção Especializada, continham a evolução dos pacientes.

Em relação à coordenação nas unidades básicas, notou-se falta de unidade de comando para o gerenciamento das UBSs. O resultado do questionário demonstrou que, em geral, os servidores têm dificuldade de reconhecer a unidade de comando no seu ambiente de trabalho. Não há, no município, a formalização da função de Coordenador das UBSs. Esta função tem sido exercida de forma compartilhada pelos enfermeiros.

Dessa forma, ao responder a esta questão, a equipe de auditoria identificou as seguintes situações:

### 2.3.1. Deficiência na evolução de pacientes nos prontuários eletrônicos

A Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde, que aprova a antiga Política Nacional de Atenção Básica (antiga PNAB), no Anexo I, título “Das funções na Rede de Atenção à Saúde”, inciso III, explicita o prontuário eletrônico como ferramenta necessária à coordenação do cuidado.

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, **é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como:** gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), **prontuário eletrônico em rede**, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade (Grifou-se).

A Resolução nº 07/16 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na Atenção Básica. O art. 1º, § 1º, dessa norma dispõe:

Art. 1º Definir que o registro das informações relativas às ações da atenção básica deverá ser realizado por meio de prontuários eletrônicos do paciente.

§ 1º Entende-se como prontuário eletrônico um repositório de informação mantida de forma eletrônica, onde todas as informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo estão armazenadas, e suas características principais são: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; recuperação de informações clínicas; sistemas de apoio à decisão e outros recursos.

Compreende-se, assim, a importância da utilização do prontuário eletrônico para o armazenamento do histórico de saúde dos pacientes, bem como o registro dos procedimentos realizados e de outras informações relevantes. Se preenchido e utilizado de forma correta pelos profissionais da saúde dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o prontuário eletrônico pode trazer inúmeros benefícios, tais quais:

- Facilidade de acesso às informações do paciente, evitando a perda de documentos físicos;
- Auxílio nos diagnósticos;
- Impedimento de duplicidade de exames e outros procedimentos;
- Agilidade na resolutividade dos problemas de saúde do paciente.

Nesse sentido, cabe breve esclarecimento acerca da organização das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), para melhor entendimento das análises a serem realizadas nesse tópico.

O art. 2º, VI, do Decreto (federal) nº 7.508/11 define a Rede de Atenção à Saúde como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”.

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção: básica, média complexidade e alta complexidade. Essa estrutura busca direcionar o planejamento das ações e serviços de saúde, porém, nenhum desses níveis deve ser considerado mais relevante que outro<sup>80</sup>.

Nessa perspectiva, a Atenção Básica à Saúde é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. É desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações

---

<sup>80</sup> Brasil. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p. 40-41. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2017.

de territórios bem delimitados. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Já na média complexidade, estão as ações e serviços que demandam disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Por sua vez, a alta complexidade refere-se ao conjunto de procedimentos que abrange alta tecnologia e alto custo, proporcionando acesso a serviços qualificados<sup>81</sup>.

A antiga e a nova PNAB definem a Atenção Básica como a principal porta de entrada do SUS, que tem como função acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Desse modo, as UBSs são a entrada para os serviços de maior complexidade. Se necessário, o usuário atendido na unidade básica é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional da saúde 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.

É importante mencionar que Balneário Camboriú oferta serviços municipais de saúde nos três níveis de atenção: básica, média complexidade e alta complexidade. Além das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), o município conta com Ambulatório de Especialidades Ruth Cardoso, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Diagnose, Centro Odontológico Especializado (COE), Laboratório Municipal, Unidade de Atendimento 24 horas, Núcleo de Atenção à Mulher (NAM), Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), Posto de Atenção Infantil (PAI), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Municipal e Maternidade Ruth Cardoso, entre outras estruturas (fl. 502).

Assim, com base no fluxo apresentado, buscou-se avaliar se médicos e cirurgiões-dentistas da Atenção Básica e Especializada (média e alta complexidade) do município de Balneário Camboriú realizam a evolução de pacientes nos prontuários eletrônicos.

---

<sup>81</sup> Brasil. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p. 32-33; 43-44; 206-207. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2017.

Ressalta-se que a Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento (SMSS) utiliza, dentre outros, o sistema informatizado denominado Olostech (fl. 32) e, na entrevista realizada na SMSS, no dia 10/03/17, afirmou-se que o prontuário eletrônico dos pacientes é preenchido nesse sistema.

Para definição da amostra dos prontuários eletrônicos verificados na fase de execução da auditoria, estabeleceram-se, primeiramente, as quatro UBSs que seriam inspecionadas: Ariribá, CAS-Nações, Vila Real e Barra. Na sequência, a partir das planilhas fornecidas pela SMSS (fl. 163), selecionaram-se pacientes atendidos por médicos (17144 pacientes) e cirurgiões-dentistas (9103 pacientes), no período de outubro de 2016 a março de 2017, nas quatro UBSs definidas. Destes pacientes, efetivaram-se os seguintes filtros: a) classificação por ordem de antiguidade na coluna “agendamento”; b) seleção por ordem alfabética; c) seleção daqueles que haviam sido encaminhados para a Atenção Especializada (média e alta complexidade).

Ao todo, a amostra continha 21 pacientes com atendimento médico (seis da UBS Ariribá, cinco da UBS CAS-Nações, cinco da UBS Vila Real e cinco da UBS Barra) e 18 com atendimento odontológico (seis da UBS Ariribá, quatro da UBS CAS-Nações, quatro da UBS Vila Real e quatro da UBS Barra) (fls. 422-501). A análise dos prontuários eletrônicos dos 39 pacientes da amostra, abrangeu os registros de consultas médicas e consultas/procedimentos odontológicos no Sistema Olostech, no período de abril de 2016 a abril de 2017. Tal período é diferente do apontado no parágrafo anterior, pois a verificação avaliou os dados dos 12 meses de cada prontuário dos pacientes da amostra. Para cada consulta/procedimento, foi observado se o profissional da saúde havia realizado a evolução do paciente no prontuário eletrônico.

O Quadro 42 resume a situação encontrada com relação às consultas médicas na Atenção Básica (com médicos ESF e com médicos que não pertencem à ESF) e Atenção Especializada.

**Quadro 42:** Quantidade de consultas médicas *versus* quantidade de evoluções de pacientes

Consultas Médicas – abril de 2016 a abril de 2017							
Nº	UBS	Qtde. de consultas na AB com ESF	Qtde. de evoluções das consultas na AB com ESF	Qtde. de consultas na AB sem ESF	Qtde. de evoluções das consultas na AB sem ESF	Qtde. de consultas na Atenção Especializada	Qtde. de evoluções das consultas na Atenção Especializada
1	Ariribá	2	2	0	0	3	0
2	Ariribá	1	1	0	0	1	0
3	Ariribá	10	7	0	0	7	0
4	Ariribá	3	3	0	0	2	0
5	Ariribá	3	3	0	0	4	2
6	Ariribá	1	1	3	0	4	1
7	CAS	6	6	0	0	1	1
8	CAS	10	10	0	0	2	0
9	CAS	0	0	0	0	3	2
10	CAS	2	2	0	0	2	2

Consultas Médicas – abril de 2016 a abril de 2017							
Nº	UBS	Qtde. de consultas na AB com ESF	Qtde. de evoluções das consultas na AB com ESF	Qtde. de consultas na AB sem ESF	Qtde. de evoluções das consultas na AB sem ESF	Qtde. de consultas na Atenção Especializada	Qtde. de evoluções das consultas na Atenção Especializada
1	Ariribá	2	2	0	0	3	0
2	Ariribá	1	1	0	0	1	0
3	Ariribá	10	7	0	0	7	0
4	Ariribá	3	3	0	0	2	0
5	Ariribá	3	3	0	0	4	2
6	Ariribá	1	1	3	0	4	1
11	CAS	2	2	0	0	1	0
12	Vila Real	3	3	0	0	1	0
13	Vila Real	4	4	0	0	7	1
14	Vila Real	2	2	0	0	4	0
15	Vila Real	13	13	1	0	0	0
16	Vila Real	2	2	1	0	2	0
17	Barra	1	1	1	0	2	0
18	Barra	10	9	0	0	3	0
19	Barra	1	1	0	0	4	1
20	Barra	6	6	0	0	1	0
21	Barra	2	1	0	0	1	0
<b>TOTAL</b>		<b>84</b>	<b>79</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>55</b>	<b>10</b>
		<b>94%</b>		<b>0%</b>		<b>18%</b>	

Fonte: TCE/SC, a partir da análise de 21 prontuários eletrônicos de consultas médicas.

Dessa forma, o registro das consultas médicas nos 21 prontuários eletrônicos demonstrou que:

- Das 84 consultas registradas por médicos da AB, pertencentes à equipe da ESF, 94% (79) continham a evolução dos pacientes;
- Das 6 consultas registradas por médicos da AB, que não pertenciam à equipe da ESF, nenhuma continha a evolução dos pacientes;
- Das 55 consultas registradas por médicos da Atenção Especializada, apenas 18% (10) continham a evolução dos pacientes.

Quanto às consultas e procedimentos odontológicos na Atenção Básica e Atenção Especializada, verificou-se o seguinte:

Consultas e Procedimentos Odontológicos – abril de 2016 a abril de 2017					
Nº	UBS	Quantidade de consultas/procedimentos na AB	Quantidade de evoluções das consultas/procedimentos na AB	Quantidade de consultas/procedimentos na Atenção Especializada	Quantidade de evoluções das consultas/procedimentos na Atenção Especializada
1	Ariribá	9	0	2	0
2	Ariribá	2	0	0	0
3	Ariribá	2	0	4	0
4	Ariribá	3	0	0	0
5	Ariribá	1	0	0	0
6	Ariribá	5	0	0	0
7	CAS	0	0	5	0
8	CAS	0	0	4	0
9	CAS	0	0	6	0
10	CAS	0	0	6	0
11	Vila Real	0	0	4	0
12	Vila Real	2	0	2	0
13	Vila Real	0	0	1	0
14	Vila Real	2	0	0	0
15	Barra	6	0	0	0
16	Barra	3	0	0	0
17	Barra	4	0	2	0
18	Barra	5	0	1	0
<b>TOTAL</b>		<b>44</b>	<b>0</b>	<b>37</b>	<b>0</b>

Fonte: TCE/SC, a partir da análise de 18 prontuários eletrônicos de consultas e procedimentos odontológicos.

Com base no registro das consultas/procedimentos odontológicos em 18 prontuários eletrônicos, observou-se que:

- Dos 44 procedimentos/consultas registrados por cirurgiões-dentistas da AB, nenhum continha a evolução dos pacientes;
- Dos 37 procedimentos/consultas registrados por cirurgiões-dentistas da Atenção Especializada, nenhum continha a evolução dos pacientes.

As informações obtidas por meio de entrevistas realizadas na Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento e na UBS Municípios, no dia 10/03/17, confirmam a deficiência na evolução dos pacientes nos prontuários eletrônicos.

Na SMSS, esclareceu-se que alguns profissionais não realizam o registro no prontuário eletrônico ou o realizam com falhas, pois não fazem constar informações necessárias. Nesse sentido, a Secretaria afirmou, em resposta à Requisição de Documentos, que embora o sistema informatizado disponha de prontuário eletrônico, este não vem sendo utilizado pelos cirurgiões-dentistas da Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade (fl. 300v).

Na UBS Municípios, foi informado que a falta de salas e computadores, bem como a ausência de capacitação dificultava o preenchimento do prontuário eletrônico. Ainda, que alguns

profissionais da Atenção Especializada não realizavam a evolução dos pacientes no sistema e que os médicos do Núcleo de Atenção à Mulher (NAM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e outras especialidades não preenchiam o prontuário eletrônico. Também foi mencionado que, raramente, os profissionais da Média e Alta Complexidade enviavam informações na contrarreferência.

A falta de computadores apontada na entrevista realizada na UBS Municípios pode ser comprovada na inspeção *in loco* que ocorreu no período de 25 a 28/04/17. As deficiências desses equipamentos em consultórios médicos e ginecológicos estão registradas no Quadro 44:

**Quadro 44:** Deficiência de computadores em consultórios médicos e ginecológicos

Unidade de Saúde	Deficiências encontradas - computadores dos consultórios médicos e ginecológicos
UBS Vila Real	Falta de um computador em um consultório ginecológico
UBS Barra	Existência de um computador com falhas no funcionamento em um consultório médico
NAM	Falta de três computadores em três consultórios médicos/ginecológicos

**Fonte:** TCE/SC, com base na situação encontrada na inspeção *in loco* realizada no período de 25 a 28/04/17, nas Unidades de Saúde de Balneário Camboriú.

O registro fotográfico realizado durante a vistoria evidencia a falta de computadores nos consultórios médicos e ginecológicos, conforme pode-se notar no Quadro 45:

**Quadro 45:** Registro Fotográfico - Falta de computadores em consultórios médicos e ginecológicos



**Fonte:** TCE/SC, com base na situação encontrada na inspeção *in loco* realizada no período de 25 a 28/04/17, nas Unidades de Saúde de Balneário Camboriú.

Outro apontamento feito na entrevista da UBS Municípios foi a deficiência no envio de informações na contrarreferência. A Atenção básica referencia (encaminha) o paciente para a Atenção Especializada e este, após as intervenções necessárias, é contrarreferenciado (reencaminhado) para a AB pelos profissionais da Média e Alta Complexidade, sem o registro das

informações referentes às consultas e procedimentos realizados. Essa informação foi confirmada com base na análise dos 39 prontuários eletrônicos impressos (21 consultas médicas e 18 consultas/procedimentos odontológicos), pois em nenhum deles foi encontrada a notificação de contrarreferência (fls. 422-501).

Portanto, constatou-se que a deficiência na evolução de pacientes nos prontuários eletrônicos decorre, dentre outros, dos seguintes fatores:

- Não preenchimento da evolução dos pacientes por cirurgiões dentistas;
- Falta de preenchimento da evolução dos pacientes por parte dos médicos;
- Insuficiência de computadores nos consultórios.

A falta ou incompletude da evolução do paciente nos prontuários pode ocasionar a perda total ou parcial do seu histórico, o que prejudica a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Igualmente, dificulta o fluxo da informação na referência e contrarreferência e pode acarretar o aumento das despesas com saúde, em virtude da necessidade de repetição de exames pelo paciente, já que o médico da Atenção Básica, em muitos casos, não tem acesso aos procedimentos realizados na Atenção Especializada.

Desse modo, sugere-se à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Balneário Camboriú:

- **Determinar, por meio de norma municipal, o registro da evolução dos pacientes no prontuário eletrônico por todos os médicos e cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Básica, em atendimento ao art. 1º da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 07, de 24/11/2016.**
- **Determinar, por meio de norma municipal, o registro da evolução dos pacientes no prontuário eletrônico por todos os médicos e cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Especializada.**
- **Prover as Unidades de Saúde, Básicas e Especializadas, com a estrutura de tecnologia da informação (TI) necessária ao devido preenchimento do prontuário eletrônico.**

Espera-se, assim, que os prontuários eletrônicos passem a conter o histórico completo do paciente, com as devidas informações, o que garantirá, entre outros aspectos, o fluxo correto de informações na referência e contrarreferência e a redução de despesas com exames desnecessários.

#### 2.3.1.1 Comentários do Gestor

Assim que todos os consultórios estiverem equipados com computadores, impressoras e *internet* eficiente, a gestão editará norma municipal que determine o registro da evolução dos pacientes em prontuário eletrônico por todos os médicos e cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Básica e na Atenção Especializada (itens 3.2.1.10 e 3.2.1.11 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

A adequação das Unidades Básicas e Especializadas, com estrutura de tecnologia de informação necessária ao devido preenchimento eletrônico, está planejada para 2018 (item 3.2.1.12 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

##### 2.3.1.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

As informações encaminhadas pela Secretaria Municipal de Saúde confirmam a necessidade de provimento das Unidades de Saúde (Básicas e Especializadas) com infraestrutura tecnológica para o devido preenchimento do prontuário eletrônico, uma vez que a SMSS possui planejamento para implantar tal ação em 2018.

Somente após adequação das Unidades de Saúde, a Secretaria visa editar norma que determine o registro da evolução de pacientes em prontuário eletrônico, por médicos e cirurgiões dentistas, tanto da Atenção Básica quanto da Especializada.

Sendo assim, as deficiências apontadas neste item do Relatório permanecem, o que acarreta na manutenção do achado de auditoria e na conclusão dos itens 3.2.1.10, 3.2.1.11 e 3.2.1.12 (conclusão do Relatório DAE 009/2017, fls. 593-595).

Ressalta-se que o item 3.2.1.10 deve ser uma sugestão de determinação, uma vez que a obrigatoriedade do registro das informações relativas às ações da Atenção Básica no prontuário eletrônico do paciente está estabelecida no art. 1º da Resolução nº 07/16 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

#### **2.3.2. Falta de unidade de comando para o gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde**

A Portaria nº 2.488/11 do Ministério da Saúde, que aprova a antiga Política Nacional de Atenção Básica (antiga PNAB), no Anexo I, item “Das Responsabilidades”, estabelece como competência das Secretarias Municipais de Saúde (inciso 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”.

Os organogramas apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento (SMSS) (fls. 46-47/49) evidenciam os responsáveis pelo gerenciamento da Atenção Básica nos seguintes níveis: Ação Básica, Coordenação ESF e Unidade Básica Central. Constatou-se que as demais Unidades Básicas de Saúde (UBSs) - Barra, Ariribá, Nova Esperança, Vila Real, CAS-Nações, Estados e Municípios - não estavam contempladas nos referidos organogramas.

Desse modo, solicitou-se à SMSS, por meio do Ofício TCE/DAE nº 3.068/2017 (fls. 146-149), o envio da relação dos responsáveis pelo gerenciamento/coordenação das UBSs. A Secretaria informou que as Unidades Básicas de Saúde não possuem Coordenador e que os enfermeiros de cada equipe ESF são os responsáveis pelo gerenciamento de suas respectivas unidades (fl. 214).

Ainda, no Ofício supracitado, requereu-se a descrição das atribuições do Coordenador da UBS. Em resposta, a SMSS encaminhou as atribuições comuns a todos os profissionais (fl. 289) e as atribuições específicas do enfermeiro (fl. 290), elaboradas a partir do Anexo II da Lei (municipal) nº 2.776/07. Segundo o documento apresentado, compete ao enfermeiro, entre outras atribuições, “planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família”.

Importante destacar que além dos serviços de saúde ofertados pelas UBSs, existem uma série de atividades administrativas que precisam ser executadas dentro de prazo determinado para que a unidade possa operar eficientemente, como: solicitações de equipamentos/medicamentos/materiais/insumos, controle de estoque, gestão de pessoas, controle de frequência de todos os servidores da unidade, gestão de documentos, entre outras.

Portanto, com base nas informações encaminhadas pela SMSS (fl. 290), observou-se que os enfermeiros são responsáveis tanto pela execução de serviços de saúde, pois atuam em equipe ESF, quanto pelas atividades administrativas, já que a eles também compete o gerenciamento da unidade. Contudo, o documento com as atribuições dos enfermeiros não contém o rol de atividades administrativas que a eles cabe desempenhar.

Diante disso, verificou-se a necessidade de obter a percepção dos servidores que trabalham nas sete UBSs acima mencionadas, sobre a atual forma de gerenciamento dessas unidades. Para tanto, foi aplicado um questionário (fls. 215-217) a 155 profissionais (fls. 228-233), cujo índice de participação foi de 51,61%, já que a pesquisa foi respondida por 80 deles.

O resultado do questionário demonstrou que, em geral, esses servidores têm dificuldade de reconhecer a unidade de comando no seu ambiente de trabalho. Nota-se que 45% dos respondentes informaram não haver Coordenador na sua UBS (fl. 224-224v), enquanto a SMSS afirmou que os enfermeiros ESF são os responsáveis pelo gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (fl. 214). O Quadro 46 resume essa situação:

**Quadro 46:** Percepção dos respondentes quanto à existência de Coordenador na UBS onde atuam

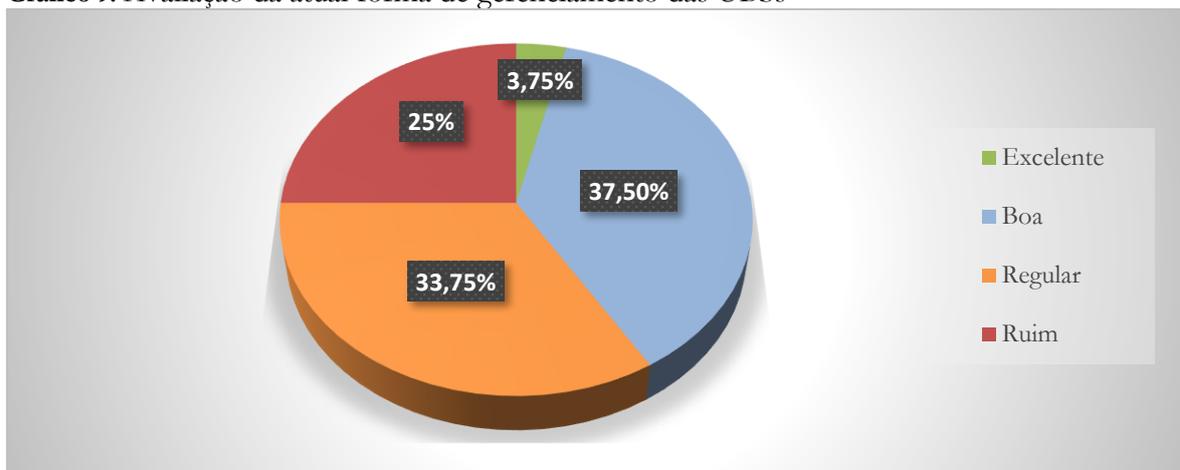
Respondentes	Percepção
36 (45%)	Não há coordenador na sua UBS.
32 (40%)	A coordenação da UBS é realizada por mais de um profissional, de forma compartilhada.
12 (15%)	A coordenação da UBS é exercida apenas por um profissional.

**Fonte:** A partir do resultado do questionário, respondido por 80 servidores das UBSs Barra, Ariribá, Nova Esperança, Vila Real, CAS-Nações, Estados e Municípios (fls. 224-224v).

Ademais, dos 44 (32+12) servidores que afirmaram haver coordenação em sua UBS, 100% informou que o(s) coordenador(es) acumulam as funções gerenciais e de atuação em equipe ESF/atendimento aos usuários (fls. 225-225v).

Quanto à avaliação da atual forma de gerenciamento das UBSs, 33,75% (27) dos respondentes a consideram regular e 25% (20) a caracterizam como ruim (fls. 226-226v), conforme mostra o Gráfico 9:

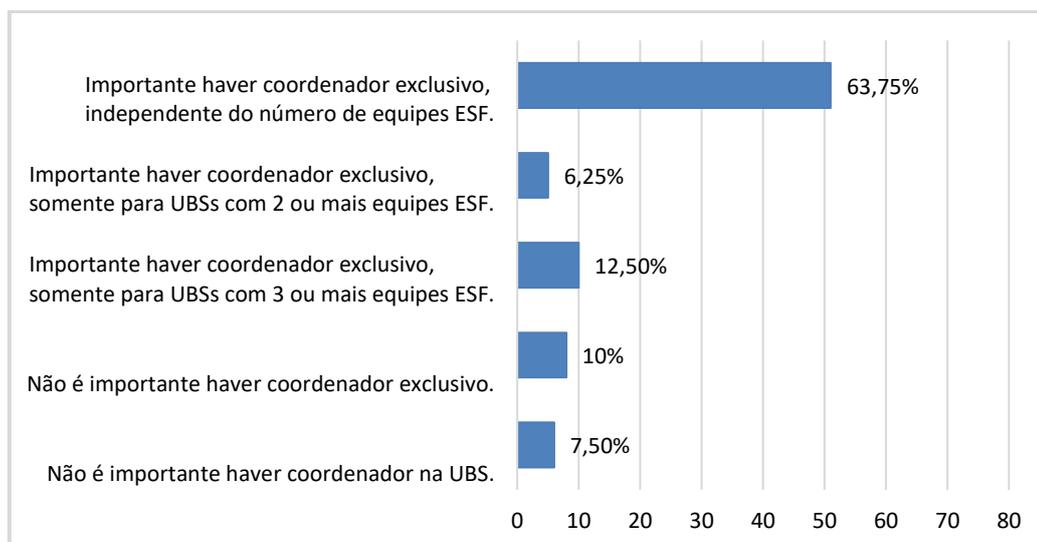
**Gráfico 9:** Avaliação da atual forma de gerenciamento das UBSs



**Fonte:** A partir do resultado do questionário, respondido por 80 servidores das UBSs Barra, Ariribá, Nova Esperança, Vila Real, CAS-Nações, Estados e Municípios (fls. 226-226v).

Por fim, conforme mostrado no Gráfico 10, 63,75% (51) dos respondentes declarou ser importante haver um Coordenador que atue exclusivamente no gerenciamento da UBS, que não atue em equipe ESF, nem realize atendimento de saúde aos usuários, independentemente do número de equipes ESF existente na unidade (fls. 227-227v).

**Gráfico 10:** Avaliação da importância de Coordenador Exclusivo nas UBSs



**Fonte:** A partir do resultado do questionário, respondido por 80 servidores das UBSs Barra, Ariribá, Nova Esperança, Vila Real, CAS-Nações, Estados e Municípios (fls. 227-227v).

As informações fornecidas na entrevista realizada na UBS Municípios, em 10/03/17, corroboram com o resultado do questionário, pois revelaram que os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde têm reivindicado pela formalização da função de Coordenador das UBSs. Afirmou-se que os enfermeiros têm desempenhado esse papel de forma compartilhada para evitar a sobrecarga de apenas um profissional, porém cada um gerencia de uma maneira diferente. Isso dificulta o trabalho e a gestão da unidade e impede que o fluxo de atividades ocorra de maneira correta.

A solução para essa situação pode ser encontrada no modelo de gestão das UBSs adotado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis, selecionado como referencial para essa análise, em razão dos altos índices de desempenho na Atenção Básica obtidos pela capital catarinense. No Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), no ano de 2010, Florianópolis apresentou índice de 93,94% para a “cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde”, superior ao percentual de 49,57% registrado para Balneário Camboriú<sup>82</sup>. No *site* e-Gestor Atenção Básica do Ministério Saúde, em março de 2017, Florianópolis apresentou o percentual de 98,92% de “cobertura populacional estimada por equipe ESF” e 100% de “cobertura populacional estimada na Atenção Básica”. Para Balneário Camboriú esses índices foram, respectivamente, 44,52% e 76,32<sup>83</sup>.

A forma de coordenação das Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde) de Florianópolis se encontra na Portaria nº 22/16, que aprova a Política Municipal de Atenção

<sup>82</sup> Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em: 24 maio 2017.

<sup>83</sup> e\_Gestor Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 24 maio 2017.

Primária à Saúde daquele município<sup>84</sup>. As UBSs são gerenciadas por Coordenadores, conforme se observa no organograma contido no Anexo I da norma (fl. 504) e com base nas atividades definidas no art. 20, § 2º, V, “a” a “z.3”:

Art. 20. São as diretrizes para o processo de trabalho individual nas estruturas de gestão da APS:

[...]

V - Para os Coordenadores dos Centros de Saúde:

- a) Priorizar a atuação clínica de sua categoria profissional visando a manutenção da capacidade assistencial do serviço.
- b) Realizar, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe do Centro de Saúde, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.
- c) Organizar e coordenar o desenvolvimento de todas as ações assistenciais oferecidas pela unidade, buscando garantir oferta regular dos serviços essenciais, em conjunto com o Distrito Sanitário.
- d) Organizar as agendas de atividades dos profissionais do Centro de Saúde, em conjunto com os mesmos e com apoio do Distrito Sanitário.
- e) Avaliar e promover, em conjunto com o Distrito Sanitário, a adequação/qualidade do atendimento prestado no Centro de Saúde, zelando pelo cumprimento das normas e diretrizes da Carteira de Serviços e de outras normas municipais.
- f) Definir em conjunto com a Equipe fluxo de entrada do usuário, considerando o percurso do usuário para demanda espontânea, demanda programática/cuidado continuado e de urgência dentro do Centro de Saúde.
- g) Representar o Centro de Saúde nas atividades institucionais.
- h) Colaborar com Distrito Sede na coordenação dos profissionais apoiadores da Saúde da Família.
- i) Ser corresponsável junto com o profissional da Equipe de Saúde da Família por monitoramento, envio dentro do prazo e qualidade de registro dos relatórios solicitados.
- j) Monitorar dados gerados no âmbito do Centro de Saúde pelos diversos sistemas de informação.
- k) Organizar e manter disponível documentação de acompanhamento da Vigilância Sanitária.
- l) Implementar as etapas do manejo de resíduos dos serviços de saúde
- m) Desenvolver meios de comunicação interna (entre os profissionais e equipes de um centro de saúde) e externa (com a população e com outros serviços).
- n) Solicitar/supervisionar manutenção dos insumos, instalações físicas e equipamentos.
- o) Manter equipamentos para primeiro atendimento de Urgência/Emergência em dia.
- p) Responder ouvidorias dentro do tempo hábil.
- q) Supervisionar ambiência dentro das diretrizes preconizadas.
- r) Gerenciar Recursos Humanos: folhas ponto, planejamento de férias e licenças prêmio, consolidação RAAF, escalas e coberturas, liberações e saídas dos profissionais, entre outros.
- s) Mediar conflitos relacionados ao trabalho entre os profissionais do centro de saúde.
- t) Executar rotinas de admissão de novos profissionais.
- u) Gerenciar e controlar o fluxo de documentos destinados ou recebidos pelo Centro de Saúde.
- v) Monitorar os serviços prestados pelas empresas terceirizadas.
- w) Planejar e acompanhar o desenvolvimento de atividades docente-assistenciais na unidade, em conjunto com os preceptores, de estudantes de graduação e/ou pósgraduação.
- x) Colaborar com o desenvolvimento das atividades de todos os profissionais de todas as categorias atuando no serviço.

<sup>84</sup> Disponível em

<[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29\\_11\\_2016\\_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/29_11_2016_16.17.33.73c009e15b1538cd39469d1b7ec80eb2.pdf)>. Acesso em: 12 jun.2017.

- y) Monitorar as atividades de regulação de acesso a serviços especializados (MAC) em seu centro de saúde.
- z) Zelar pelas instalações físicas e equipamentos do serviço sob sua coordenação.
  - z.1) Monitorar o planejamento e organização das ações específicas de cada núcleo profissional junto aos profissionais do Centro de Saúde.
  - z.2) Coordenar as reuniões do Centro de Saúde e programação anual de saúde assim como o seu monitoramento em conjunto com outros profissionais do Centro de Saúde.
  - z.3) Estimular a participação popular, especialmente por meio dos Conselhos Locais, mantendo assento como membro titular destes.

Também, a referida Portaria estabelece os requisitos mínimos para o exercício da função de coordenação de UBS: “os Coordenadores de Centros de Saúde serão necessariamente profissionais com formação de nível superior, preferencialmente na área da saúde, com experiência prévia na assistência direta em serviços de Atenção Primária à Saúde” (art. 11, §2º, I, da Portaria 22/16).

Considerando a complexidade das atividades sob o encargo do Coordenador da UBS, listadas no art. 20, § 2º, V, é importante registrar a pertinência dos requisitos supracitados (art. 11, §2º, I) para o desempenho da função. Cabe mencionar que a UBS é composta por profissionais de diversas formações e níveis de ensino, como médicos, técnicos de enfermagem, recepcionistas, etc., o que requer um Coordenador com nível de ensino compatível (nível superior) para o gerenciamento de profissionais com diferentes perfis. Além disso, é importante salientar que a gestão eficiente de uma UBS demanda experiência prévia em Serviços da Atenção Básica à Saúde.

Assim, tendo em vista o vasto rol das atividades elencadas no art. 20, § 2º, V, verificou-se que, em Florianópolis, os Coordenadores dos Centros de Saúde não estão vinculados à equipe da ESF. De forma a evidenciar o apontado, analisou-se a lista de Vagas de Funções Gratificadas, extraída do Sistema de Recursos Humanos da Prefeitura de Florianópolis (fls. 505-508v). No item “Coordenador de Unidade Local de Saúde” (fls. 507-507v), selecionou-se o nome do Coordenador da unidade do bairro Prainha. Após, correlacionou-se este documento com as “Consultas de Estabelecimento(s) com Equipe(s)” do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (fls. 509-513). Observou-se que a UBS Prainha conta com quatro equipes: uma ESF com Saúde Bucal, um dos Consultórios na Rua e duas ESF. Ao analisar os nomes dos profissionais que compõem essas quatro equipes, concluiu-se que o nome do Coordenador não está registrado em nenhuma equipe, o que comprova a sua não vinculação à equipe ESF.

Logo, com base no modelo de gestão das Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis, constatou-se que em Balneário Camboriú inexistente norma que estabeleça a função de Coordenador das Unidades Básicas de Saúde, com as atribuições e requisitos para o seu exercício. Como já foi mencionado, essa função tem sido atribuída aos enfermeiros das equipes ESF, de forma compartilhada, sem que haja designação, por meio de normativa municipal, de único profissional

para exercê-la. Isso acarreta desorganização do trabalho, ausência de uniformização de rotinas e procedimentos administrativos, falta de clareza nas orientações e, conseqüentemente, ineficiência da gestão das Unidades Básicas de Saúde.

Assim, por todo o exposto, sugere-se à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú:

- **Instituir lei municipal que crie a função de Coordenador para cada Unidade Básica de Saúde, a ser desempenhada por profissional concursado, com nível superior na área da saúde, experiência prévia na assistência direta em serviços de Atenção Básica e, a partir da designação, não estar vinculado à equipe Estratégia Saúde da Família.**
- **Designar profissionais concursados para exercer a função de Coordenador das Unidades Básicas de Saúde, com nível superior na área da saúde, experiência prévia na assistência direta em serviços de Atenção Básica e, a partir da designação, não estar vinculado à equipe Estratégia Saúde da Família.**

Com a adoção dessas medidas, almeja-se que a função de Coordenador das UBSs de Balneário Camboriú seja criada por lei municipal e preenchida por profissionais que atendam aos requisitos estipulados. Espera-se, desse modo, que os fluxos de trabalhos sejam claros, organizados e uniformes, que haja unidade de comando e eficiência no gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde do município.

#### 2.3.2.1 Comentários do Gestor

A criação dos cargos de Gerentes de UBS - Unidade Básica de Saúde, já está prevista no planejamento do Departamento de Atenção Básica, entretanto, a proposta encontrou algumas resistências para sua concretização uma vez que o Tribunal de Justiça de Santa Catarina decretou inconstitucionalidade na criação de mais de 130 cargos no âmbito da Administração Pública do município. Todavia, uma das atualizações da Política de Atenção Básica publicada por meio da Portaria nº 2.436 de 21/09/17, diz respeito à necessidade de um Gerente de Atenção Básica nas unidades de saúde, o que vem a corroborar com a implementação desse cargo no organograma da Secretaria Municipal de Saúde de acordo com diretrizes da citada Portaria (item 3.1.2.9 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

Quanto ao perfil do Gerente de Atenção Básica, os critérios sugeridos serão considerados no momento da criação da lei que especificará a atuação dessa categoria profissional (item 3.1.2.10 da conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595)).

#### 2.3.2.1.1 Análise dos Comentários do Gestor

O Gestor informou que a criação da função de Gerente de UBS já fazia parte do planejamento da Atenção Básica (AB) de Balneário Camboriú, contudo o Município estava enfrentado dificuldades para sua implementação.

Nesse sentido, a nova PNAB (Portaria de Consolidação nº 2/17) instituiu a função de Gerente de Atenção Básica, o perfil deste profissional e suas respectivas atribuições (Anexo I do Anexo XXII - item 4.2.5):

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I. Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II. Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III. Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV. Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V. Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI. Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII. Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX. Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X. Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI. Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

- XII. Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
- XIII. Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
- XIV. Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
- XV. Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

De acordo com a nova Política, a inclusão deste profissional fica a critério da gestão municipal, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Em sua resposta, o Gestor da SMSS demonstrou a intenção em implementar a função de Gerente de Atenção Básica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, a partir das diretrizes da Política, bem como considerar os critérios para definição do seu perfil na lei municipal que tratará da sua atuação.

Tendo em vista, o alinhamento das recomendações constantes deste Relatório com a nova PNAB; e que a referida função ainda não foi, de fato, criada pelo Município, mantém-se a conclusão dos itens 3.1.2.9 e 3.1.2.10 (conclusão do Relatório DAE 009/2017 (fls. 593-595).

[Clique aqui para digitar texto.](#)

[Clique aqui para digitar texto.](#)

### **3. CONCLUSÃO**

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 a importância dos comentários e/ou justificativas dos Gestores Públicos acerca das constatações apuradas durante a realização da auditoria, a fim de precisar o diagnóstico e facilitar o plano de ação a ser proposto pelo Jurisdicionado;

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

Considerando que o Tribunal Pleno poderá determinar aos Gestores a apresentação de plano de ação, para cumprimento das determinações e implementação das recomendações (art. 5º, III, da Resolução N. TC-79/2013);

Considerando que o Plano de Ação será avaliado por esta Diretoria e submetido ao Relator para apreciação do Tribunal Pleno (art. 7º da Resolução nº TC-079/2013);

Considerando que o Plano de Ação, após aprovado pelo Tribunal Pleno, terá a natureza de compromisso acordado entre este Tribunal de Contas e os gestores do órgão ou entidade auditada e servirá de base para acompanhamento do cumprimento das determinações e a implementação das recomendações, atuado em processo específico de monitoramento (arts. 8º e 9º, §2º da Resolução nº TC-079/2013).

A Diretoria de Atividades Especiais, 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, sugere o seguinte:

**3.1.** Conhecer do Relatório de Auditoria Operacional realizada na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú, com abrangência sobre as ações de saúde da Atenção Básica, referente aos exercícios de 2016-2017;

**3.2.** Conceder à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria Municipal de Saúde, o prazo de 30 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 TC-079/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas, Plano de Ação (Apêndice I) estabelecendo prazos, responsáveis e atividades para a adoção de providências visando à regularização das restrições apontadas, relativamente às seguintes determinações e recomendações:

### **3.2.1. Determinações**

**3.2.1.1.** Manter completas as equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o item 3.4 “Tipos de Equipes”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde (itens 2.1.3 e 2.2.1 do Relatório DAE).

**3.2.1.2.** Adequar o número de Agentes Comunitários de Saúde para respeitar o limite máximo de 750 pessoas por ACS nas equipes de Saúde da Família ou em equipes da Atenção Básica a serem definidas pelo Município, conforme o subitem 5 “Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, letra “e”, do item 3.4 “Tipos de equipes”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde (item 2.1.4 do Relatório DAE).

**3.2.1.3.** Limitar a cobertura das equipes da ESF, cujo único médico seja residente, a 2.000 usuários, de acordo com o art. 53, combinado com o item 3.3 “Funcionamento”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica), da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde (item 2.2.1 do Relatório DAE).

**3.2.1.4.** Determinar, por meio de norma municipal, o registro da evolução dos pacientes no prontuário eletrônico por todos os médicos e cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Básica, em atendimento ao art. 1º da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 07, de 24/11/2016 (item 2.3.1 do Relatório DAE).

### **3.2.2. Recomendações**

**3.2.2.1.** Adequar o número de Unidades Básicas de Saúde para atendimento de toda a população do município, de acordo com o item 3.3 “Funcionamento”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde (item 2.1.1 do Relatório DAE).

**3.2.2.2.** Ampliar a cobertura da população estimada em Atenção Básica para atingir 100% da população do município, com observância da nota metodológica do indicador “cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica” constante no site E-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde (item 2.1.2 do Relatório DAE).

**3.2.2.3.** Adequar o número de equipes da Estratégia da Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde para atingir a cobertura de, no mínimo, 75,34% da população do município até 2019, com base no índice “Cobertura de Equipe de Saúde da Família” do Anexo “Indicadores” do Plano Nacional de Saúde 2016-2019 (item 2.1.3 do Relatório DAE).

**3.2.2.4.** Readequar a territorialização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de diminuir o excedente populacional daquelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (eSF) que já atingiram os limites previstos com base no art. 53, parágrafo único do Anexo XXII, e no item 3.3 “Funcionamento”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde e aumentar a área de abrangência nas equipes eSF em que haja tal possibilidade (item 2.1.3 do Relatório DAE).

**3.2.2.5.** Implantar a Estratégia da Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde na área dos bairros Centro, Pioneiros e Praia dos Amores (item 2.1.3 do Relatório DAE).

**3.2.2.6.** Definir as áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social do município de Balneário Camboriú e compor as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica com quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que alcance a cobertura de 100% da população destas áreas, com número máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde, conforme item 3.4 “Tipos de Equipes” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/17 do Ministério da Saúde (item 2.1.4 do Relatório DAE).

**3.2.2.7.** Aumentar a proporção de pessoas cadastradas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Estados por meio da adequação do número de ACS ou do aumento do território de abrangência da UBS (item 2.1.4 do Relatório DAE).

**3.2.2.8.** Ampliar a cobertura da população estimada em Saúde Bucal na Atenção Básica para atingir 100% da população do município, com observância da nota metodológica do indicador de Cobertura de Saúde Bucal constante no site e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde, priorizando a Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (item 2.1.5 do Relatório DAE).

**3.2.2.9.** Instituir lei municipal que crie a função de Coordenador para cada Unidade Básica de Saúde, a ser desempenhada por profissional concursado, com nível superior na área da saúde, experiência prévia na assistência direta em serviços de Atenção Básica e, a partir da designação, não estar vinculado à equipe Estratégia Saúde da Família (item 2.3.2 do Relatório DAE).

**3.2.2.10.** Designar profissionais concursados para exercer a função de Coordenador das Unidades Básicas de Saúde, com nível superior na área da saúde, experiência prévia na assistência direta em serviços de Atenção Básica e, a partir da designação, não estar vinculado à equipe Estratégia Saúde da Família (item 2.3.2 do Relatório DAE).

**3.3** Conceder à Secretaria Municipal de Saúde, o prazo de 30 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 TC-079/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas, Plano de Ação (Apêndice I) estabelecendo prazos, responsáveis e atividades para a adoção de providências visando à regularização das restrições apontadas, relativamente às seguintes recomendações:

**3.3.1. Recomendações**

**3.3.1.1.** Medir a rotatividade anual dos médicos da atenção básica e adotar ações para reduzi-la (item 2.2.1 do Relatório DAE).

**3.3.1.2.** Identificar os motivos que levam o profissional da equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal a deixar a Atenção Básica e adotar mecanismos que promovam a alocação e a permanência de seus profissionais. (item 2.2.1 do Relatório DAE).

**3.3.1.3.** Implementar ações voltadas à redução do índice de atendimento de pessoas não vinculadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (item 2.2.1 do Relatório DAE).

**3.3.1.4.** Limitar o tempo de espera entre a marcação de consulta médica na Estratégia Saúde da Família e o atendimento a no máximo 7 dias úteis (item 2.2.2 do Relatório DAE).

**3.3.1.5.** Definir, por meio de norma, a sistemática de marcação de consultas nas Unidades Básicas de Saúde e/ou por Equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, e implementá-la com ampla divulgação à sociedade (item 2.2.2 do Relatório DAE).

**3.3.1.6.** Definir, por meio de norma, uma proposta de organização do serviço semanal dos médicos nas Unidades Básicas de Saúde e/ou por Equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, e adotar ações para o cumprimento efetivo das horas a serem dedicadas a consultas (item 2.2.2 do Relatório DAE).

**3.3.1.7.** Realizar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, conforme dispõe o art. 7º, III, do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde (item 2.2.3 do Relatório DAE).

**3.3.1.8.** Dotar as Unidades Básicas de Saúde com consultórios ginecológicos mobiliados, equipados e em quantidade proporcional ao número de equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme o item 3.2 “Tipos de unidades e equipamentos de saúde”, letra “a”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde, c/c o capítulo 3, p.15-16, do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (item 2.2.3 do Relatório DAE).

**3.3.1.9.** Prover os consultórios médicos das Unidades Básicas de Saúde com equipamentos e materiais em condições de uso e quantidades, segundo as orientações do item 3.1 “Infraestrutura e ambiência” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde; do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde; e do Anexo “A” do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (item 2.2.3 do Relatório DAE).

**3.3.1.10.** Determinar, por meio de norma municipal, o registro da evolução dos pacientes no prontuário eletrônico por todos os médicos e cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Especializada (item 2.3.1 do Relatório DAE).

**3.3.1.11.** Prover as Unidades de Saúde Básicas e Especializadas com a estrutura de tecnologia da informação (TI) necessária ao devido preenchimento do prontuário eletrônico (item 2.3.1 do Relatório DAE).

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 23 de maio de 2018.

IAMARA CRISTINA GROSSI OLIVEIRA  
Auditora Fiscal de Controle Externo

ODIR GOMES DA ROCHA NETO  
Chefe de Divisão

De acordo:

MARCIA ROBERTA GRACIOSA



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**DIRETORIA DE ATIVIDADES ESPECIAIS**

---

Coordenadora

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

MICHELLE F. DE CONTO EL ACHKAR

Diretora

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

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

**ORIENTAÇÕES:**

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

<b>DETERMINAÇÃO</b>	<b>MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)</b>	<b>PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL(IS)</b>
(Transcrever o item da decisão)			
<b>RECOMENDAÇÃO</b>	<b>MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)</b>	<b>PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL(IS)</b>
(Transcrever o item da decisão)			

<b>Responsável pelo preenchimento do Plano de Ação:</b>	
<b>Cargo:</b>	<b>Data:</b>
<b>Assinatura:</b>	

1. Processo n.: RLA-17/80077499
2. Assunto: Auditoria Operacional para avaliar a Atenção Básica, referente aos exercícios de 2016 e 2017.
3. Responsáveis: Fabrício José Sátiro de Oliveira e Jorge Teixeira
4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0355/2019

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 de Instrução DAE n. 004/2018, que trata da Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Saúde do Município de Balneário Camboriú, com abrangência sobre as ações de saúde da Atenção Básica, referentes aos exercícios de 2016 e 2017.

6.2. Conceder à Prefeitura Municipal de Balneário Camboriú e à Secretaria de Saúde daquele Município o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta deliberação no Diário Oficial Eletrônico do Tribunal de Contas - DOTC-e -, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução n. TC-079/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresentem a esta Casa Plano de Ação (Apêndice I do Relatório DAE) estabelecendo prazos, responsáveis e atividades para a adoção de providências visando à regularização das restrições apontadas, relativamente às determinações e recomendações a seguir.

6.2.1. Determinações:

6.2.1.1. Manter completas as equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF -, de acordo com o item 3.4 “Tipos de Equipes” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/17 do Ministério da Saúde (itens 2.1.3 e 2.2.1 do Relatório DAE);

6.2.1.2. Adequar o número de Agentes Comunitários de Saúde para atender ao limite máximo de 750 pessoas por agente nas equipes de Saúde da Família ou em equipes da Atenção Básica a serem definidas pelo Município, conforme o subitem 5 “Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, letra “e”, do item 3.4 “Tipos de equipes” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/17 do Ministério da Saúde (item 2.1.4 do Relatório DAE);

6.2.1.3. Limitar a cobertura das equipes da ESF, cujo único médico seja residente, a 2.000 usuários, de acordo com o art. 53 c/c o item 3.3 “Funcionamento” do Anexo 1 do Anexo XXII

(Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/17 do Ministério da Saúde (item 2.2.1 do Relatório DAE);

6.2.1.4. Determinar, por meio de norma municipal, o registro da evolução dos pacientes no prontuário eletrônico por todos os médicos e cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Básica, em atendimento ao art. 1º da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite n. 07, de 24/11/2016 (item 2.3.1 do Relatório DAE);

6.2.2. Recomendações:

6.2.2.1. Adequar o número de Unidades Básicas de Saúde para atendimento de toda a população do município, de acordo com o item 3.3 “Funcionamento” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/2017 do Ministério da Saúde (item 2.1.1 do Relatório DAE);

6.2.2.2. Ampliar a cobertura da população estimada em Atenção Básica para atingir 100% da população do município, com observância da nota metodológica do indicador “cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica” constante no site e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde (item 2.1.2 do Relatório DAE);

6.2.2.3. Adequar o número de equipes da Estratégia da Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde para atingir à cobertura de, no mínimo, 75,34% da população do município até 2019, com base no índice “Cobertura de Equipe de Saúde da Família” do Anexo “Indicadores” do Plano Nacional de Saúde 2016-2019 (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.4. Readequar a territorialização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de diminuir o excedente populacional daquelas equipes da Estratégia da Saúde da Família que já atingiram os limites previstos com base no art. 53, parágrafo único, do Anexo XXII, e no item 3.3 “Funcionamento” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/17 do Ministério da Saúde, e aumentar a área de abrangência nas equipes em que haja tal possibilidade (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.5. Implantar a Estratégia da Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde na área dos bairros Centro, Pioneiros e Praia dos Amores (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.6. Definir as áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social do município de Balneário Camboriú e compor as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica com quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que alcance a cobertura de 100% da população dessas áreas, com número máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde, conforme item 3.4 “Tipos de Equipes” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/17 do Ministério da Saúde (item 2.1.4 do Relatório DAE);

6.2.2.7. Aumentar a proporção de pessoas cadastradas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Estados por meio da adequação do número de ACS ou do aumento do território de abrangência da UBS (item 2.1.4 do Relatório DAE);

6.2.2.8. Ampliar a cobertura da população estimada em Saúde Bucal na Atenção Básica para atingir 100% da população do município, com observância da nota metodológica do indicador de Cobertura de Saúde Bucal constante no site e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde, priorizando a Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (item 2.1.5 do Relatório DAE);

6.2.2.9. Instituir lei municipal que crie a função de Coordenador para cada Unidade Básica de Saúde, a ser desempenhada por profissional concursado, com nível superior na área da saúde, experiência prévia na assistência direta em serviços de Atenção Básica e que, a partir da designação, não esteja vinculado à equipe Estratégia Saúde da Família (item 2.3.2 do Relatório DAE);

6.2.2.10. Designar profissionais concursados para exercer a função de Coordenador das Unidades Básicas de Saúde, com nível superior na área da saúde, experiência prévia na assistência direta em serviços de Atenção Básica e, a partir da designação, não esteja vinculado à equipe Estratégia Saúde da Família (item 2.3.2 do Relatório DAE);

6.3. Conceder à Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú 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-079/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal Plano de Ação (Apêndice I do Relatório DAE) estabelecendo prazos, responsáveis e atividades para a adoção de providências visando à regularização das restrições apontadas, relativamente às seguintes recomendações:

6.3.1. Medir a rotatividade anual dos médicos da atenção básica e adotar ações para reduzi-la (item 2.2.1 do Relatório DAE);

6.3.2. Identificar os motivos que levam o profissional da equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal a deixar a Atenção Básica e adotar mecanismos que promovam a alocação e a permanência de seus profissionais (item 2.2.1 do Relatório DAE);

6.3.3. Implementar ações voltadas à redução do índice de atendimento de pessoas não vinculadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (item 2.2.1 do Relatório DAE);

6.3.4. Limitar o tempo de espera entre a marcação de consulta médica na Estratégia Saúde da Família e o atendimento a, no máximo, 7 (sete) dias úteis (item 2.2.2 do Relatório DAE);

6.3.5. Definir, por meio de norma, a sistemática de marcação de consultas nas Unidades Básicas de Saúde e/ou por Equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família e implementá-la com ampla divulgação à sociedade (item 2.2.2 do Relatório DAE);

6.3.6. Definir, por meio de norma, uma proposta de organização do serviço semanal dos médicos nas Unidades Básicas de Saúde e/ou por Equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família e adotar ações para o cumprimento efetivo das horas a serem dedicadas a consultas (item 2.2.2 do Relatório DAE);

6.3.7. Realizar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde, conforme dispõe o art. 7º, III, do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/2017 do Ministério da Saúde (item 2.2.3 do Relatório DAE);

6.3.8. Dotar as Unidades Básicas de Saúde com consultórios ginecológicos mobiliados, equipados e em quantidade proporcional ao número de equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme o item 3.2 “Tipos de unidades e equipamentos de saúde”, letra “a”, do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/2017 do Ministério da Saúde, c/c o Capítulo 3, p.15-16, do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (item 2.2.3 do Relatório DAE);

6.3.9. Prover os consultórios médicos das Unidades Básicas de Saúde com equipamentos e materiais em condições de uso e quantidades adequadas, segundo as orientações do item 3.1 “Infraestrutura e ambiência” do Anexo 1 do Anexo XXII (Política Nacional de Atenção Básica) da Portaria de Consolidação n. 2/2017 do Ministério da Saúde; do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde; e do Anexo “A” do 1º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (item 2.2.3 do Relatório DAE);

6.3.10. Determinar, por meio de norma municipal, o registro da evolução dos pacientes no prontuário eletrônico por todos os médicos e cirurgiões dentistas que atuam na Atenção Especializada (item 2.3.1 do Relatório DAE);

6.3.11. Prover as Unidades de Saúde Básicas e Especializadas com a estrutura de tecnologia da informação (TI) necessária ao devido preenchimento do prontuário eletrônico (item 2.3.1 do Relatório DAE).

6.4 Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 004/2018, à Prefeitura de Balneário Camboriú e à Secretaria de Saúde daquele Município.

7. Ata n.: 32/2019

8. Data da Sessão: 27/05/2019 - Ordinária

9. Especificação do quorum:

9.1. Conselheiros presentes: Herneus De Nadal, Luiz Roberto Herbst, José Nei Alberton Ascari, Cleber Muniz Gavi (art. 86, § 2º, da LC n. 202/2000) e Sabrina Nunes Iocken (art. 86, caput, da LC n. 202/2000)

10. Representante do Ministério Público de Contas: Aderson Flores

HERNEUS DE NADAL

Presidente (art. 91, I, da LC n. 202/2000)

SABRINA NUNES IOCKEN

Relatora (art. 86, caput, da LC n. 202/2000)

Fui presente: ADERSON FLORES

Procurador do Ministério Público de Contas/SC

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA GERAL – SEG

Processo n.: RLA 17/80077499

Decisão n. 0355/2019