

PROCESSO Nº:	RLA-14/00675828
UNIDADE GESTORA:	Secretaria de Estado da Saúde
RESPONSÁVEL:	João Paulo Karam Kleinubing- Secretário de Estado de Saúde.
INTERESSADO:	Tania Maria Eberhardt – ex-Secretária de Estado de Saúde
ASSUNTO:	Auditoria Operacional para avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS)
RELATÓRIO REINSTRUÇÃO:	DE DAE - 024/2015 - Reinstrução Plenária

1. INTRODUÇÃO

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

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

Para delimitar o escopo do trabalho, realizaram-se visitas à Secretaria de Estado de Saúde (SES); às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville; aos Conselhos Municipais de Saúde de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville; às UBS Itapocu e Aci Ferreira de Oliveira em Araquari; às UBS Campo da Água Verde e COHAB I em Canoinhas; às UBS Canto da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Ingleses e Rio Vermelho em Florianópolis; e às UBS Iririú, Morro do Meio, Nova Brasília e Willy Schosslund em Joinville.

A partir das informações levantadas e das técnicas aplicadas, os estudos apontaram que a auditoria deveria concentrar-se nos seguintes aspectos: medidas para alocação, permanência e capacitação dos profissionais que atuam nas UBS; estrutura de avaliação, indicadores e suporte de tecnologia

da informação; financiamento, articulação entre os níveis de atenção à saúde e planejamento das ações de atenção básica.

A auditoria operacional iniciou-se formalmente em 08/07/2014, com a apresentação do Ofício TCE/DAE nº 10.930/2014 (fl. 06) e requisição de documentos à ex-Secretária de Estado da Saúde, e finalizou com a conclusão do Relatório de Instrução Despacho DAE nº 036/2014 (fls. 256-326).

Em cumprimento ao despacho do Relator do Processo (fl. 326), foram citados em audiência para se manifestarem quanto aos resultados da auditoria operacional, a Sra. Tânia Maria Eberhardt, ex-Secretária de Estado de Saúde, por meio do Ofício nº 6.188/15 (fl. 327), de 30/04/2015, com recebimento em 08/05/15 (AR – fl.329), e o Sr. João Paulo Kleinubing, Secretário de Estado de Saúde, por meio do Ofício nº 6.189/15 (fl. 328), de 30/04/2015, com recebimento em 05/05/15 (AR – fl.330).

O Sr. Secretário de Estado de Saúde, protocolou suas razões de justificativa em 17/06/2015, sob nº 010088/2015 (fls. 331-468), referente aos itens 2.1.1, 2.2.1, 2.2.2 e 2.3.4 do relatório de auditoria e solicitou prorrogação de prazo por 30 dias para apresentar manifestação sobre os demais itens.

Expirado o prazo de 30 dias e sem manifestação quanto aos demais itens, permanecem as recomendações e determinações sugeridas no relatório de auditoria.

1.1 Visão Geral do Auditado

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) tem suas competências definidas no art. 67 da Lei Complementar Estadual nº 381/07. É de responsabilidade da SES coordenar a política de saúde no âmbito do Estado, em observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Cabe à SES organizar e acompanhar, regionalmente, no âmbito municipal e estadual, o desenvolvimento da política e do sistema de atenção à saúde.

Igualmente, é atribuição da SES promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde de forma descentralizada, desconcentrada e regionalizada, de forma articulada com as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional, bem como monitorar, analisar e avaliar a situação de saúde do Estado.

A estrutura organizacional da SES é composta pelo Gabinete do Secretário; Gabinete do Secretário Adjunto; Superintendência de Compras e Logística; Superintendência de Gestão Administrativa; Superintendência de Serviços Especializados e Regulação; Superintendência de Vigilância em Saúde; Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais e Superintendência de Planejamento e Gestão, na qual existe uma Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS que compreende a Gerente de Coordenação da Atenção Básica.

As ações de saúde são realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, pelas 36 Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional (SDRs) através das Gerências de Saúde e pelas Secretarias Municipais de Saúde. Para esta auditoria analisou-se as SMS de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville, bem como suas respectivas estruturas responsáveis pela dinâmica da atenção básica nos municípios.

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

1.2 Visão Geral da Auditoria

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

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

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

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

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

A Atenção Básica tem como sua principal estratégia o Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde para expandir, qualificar e consolidar a Atenção Primária no Brasil. Sob a perspectiva de reorientação do modelo assistencial, o PSF tem como princípios: (1) a família como foco de abordagem; (2) território definido; (3) adscrição dos pacientes; (4) trabalho em equipe interdisciplinar; (5) corresponsabilização; (6) integralidade; (7) resolutividade; (8) intersetorialidade e (9) estímulo à participação social.

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

1.2.1 Objetivo geral

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

1.2.2 Questões de auditoria

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

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

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

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

1.2.3 Metodologia utilizada

Na fase de planejamento efetuou-se pesquisa documental na internet, como artigos e notícias veiculadas sobre a matéria em análise e a legislação correlata, bem como a disponibilização de documentos pela SES sobre os assuntos inerentes à auditoria. Também foram realizadas entrevistas com a Secretária de Estado de Saúde e com o Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis, além de reuniões com o Conselho Municipal e Local de Saúde de Florianópolis e com profissionais da UBS Agrônômica para levantamento de dados a serem utilizados na elaboração dos papéis de trabalhos. Procederam-se à elaboração da análise SWOT², Diagrama de Verificação de Riscos (DVR), Análise Stakeholder³ e Diagrama de Ishikawa⁴ para melhor compreensão dos mecanismos de organização e funcionamento do sistema e, essencialmente, para identificar os principais problemas na atenção básica estadual e municipal.

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

A classificação do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS⁵), de 2012, foi utilizada como critério para definição da amostra dos municípios a serem visitados na fase de execução. Selecionou-se o município de Florianópolis como um caso de boa prática (classificação 1) e para as demais classificações os municípios de Joinville (classificação 2), Canoinhas (classificação 3) e Araquari (classificação 5), todos com o menor índice de Atenção Básica - IDAtB.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

foram utilizados como subsídio para comprovar as situações identificadas na auditoria.

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

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

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

1.2.4 Volume de recursos fiscalizados

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

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

MUNICÍPIO	SUBFUNÇÃO	DESPESAS EM REAIS (R\$)			Total
		2011	2012	2013	
Araquari	Atenção Básica	3.525.985,51	5.101.350,48	4.935.029,87	13.562.365,86
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	2.745.133,94	3.472.409,18	4.135.871,13	10.353.414,25
Canoinhas	Atenção Básica	5.513.540,52	7.151.421,11	6.850.880,89	19.515.842,52
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	12.864.204,26	15.106.181,87	15.857.580,12	43.827.966,25
Florianópolis	Atenção Básica	162.436.539,77	106.795.103,89	105.781.720,95	375.013.364,61

	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	28.827.652,25	34.100.816,28	85.296.191,13	148.224.659,66
Joinville	Atenção Básica	25.871.253,78	27.205.640,84	14.252.388,66	67.329.283,28
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	153.424.396,64	183.060.108,83	235.568.950,57	572.053.456,04
SES	Atenção Básica	54.798.293,64	101.712.048,59	82.636.080,01	239.146.422,24
	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	925.993.657,57	567.794.489,71	634.760.104,58	2.128.548.251,86
Total		1.376.000.657,88	1.051.499.570,78	1.190.074.797,91	3.617.575.026,57

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

2. ANÁLISE

2.1 Análises dos Achados relativos à 1ª Questão de Auditoria

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

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

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

2.1.1 Deficiência na articulação entre SMS e SES na promoção e formação dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica, não cumprindo com suas responsabilidades previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Itens 2 “c” e “g” e 3.3, X e XI).

A PNAB descreve as responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde, em seu item 3.3, que dispõe sobre educação permanente nos incisos X e XI:

- X – Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde; e
- X – Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família (p. 31).

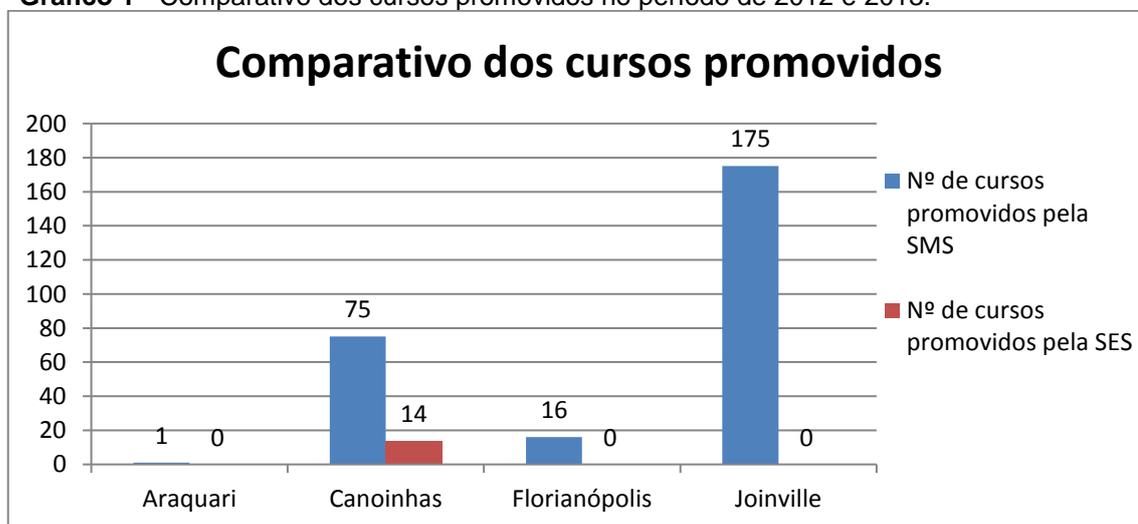
Ainda em relação às competências estaduais, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) estabelece, em seu item 2, diretrizes sobre as responsabilidades do Pacto de Gestão para a Área da Educação na Saúde no âmbito estadual, entre elas:

- c) Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos para processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS; e
- g) Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual (p. 30 e 31).

Verificou-se, nos quatro municípios auditados, a deficiência da Secretaria Estadual de Saúde em articular-se com as Secretarias Municipais de Saúde para a promoção e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica.

Analisando a relação dos cursos realizados (fls. 196-211) encaminhada pelos municípios, no período de 2012 a 2013, aos gestores e profissionais da Atenção Básica, ficou evidente um maior apoio da esfera municipal na promoção da educação permanente nos quatro municípios, conforme demonstra o gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Comparativo dos cursos promovidos no período de 2012 e 2013.



Fonte: TCE/SC.

Conforme percebido no gráfico acima, o apoio da esfera estadual na promoção de cursos de capacitação é quase inexistente, salvo no município de Canoinhas onde a mesma ofertou 14 cursos ao longo dos dois anos analisados. Nos municípios de Araquari, Florianópolis e Joinville, segundo exposto pelos próprios, não houve cursos promovidos pela SES.

Vale ressaltar que esses números foram disponibilizados pelos municípios, em resposta aos ofícios de requisição de documentos, sendo os dados encaminhados pela SES analisados posteriormente.

A situação descrita foi corroborada nas entrevistas realizadas com os Secretários Municipais de Saúde (PT 05), especificamente nos municípios de Florianópolis e Joinville, nas quais explicitaram a ausência de articulação com a Secretaria Estadual de Saúde na promoção da educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica.

Os mesmos municípios expuseram a deficiência de articulação entre a SES e SMS também nas respostas aos ofícios (PT 11) TCE/DAE 9.657/2014 de Florianópolis e TCE/DAE 14.166/2014 de Joinville, conforme descrito abaixo:

Florianópolis: “Os contatos com o CIES (Centro de Integração Ensino-Serviço) são ainda incipientes e as iniciativas de Educação e Formação originárias do Estado vão sendo aproveitadas conforme a oferta.”

Joinville: “O instrumento que demonstra a articulação com a Secretaria Estadual de Saúde na formação e Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica é a participação da Coordenadora do ProgeSUS como representante da Secretaria Municipal da Saúde na Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES.”

Nas entrevistas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde dos quatro municípios (PT's 01, 02, 03 e 04), os profissionais mencionaram, também, um maior apoio das SMS na oferta de cursos, relatando a ausência de participação da SES nos mesmos.

A SES, em resposta ao Ofício TCE/DAE nº 10.930/2014, informou a existência do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS):

O propósito do PEEPS é contribuir para a realização das iniciativas de qualificação técnica associadas às necessidades da vigilância, assistência e gestão do SUS, bem como visa desenvolver novos instrumentos e processos pedagógicos, gerenciais, humanísticos, éticos e políticos que apoiem os esforços de consolidação do direito à saúde preconizada no país. (Item 1.8 – fls. 67-8)

No entanto, embora se tenha conhecimento sobre o PEEPS, a articulação entre a esfera estadual e os municípios na promoção da educação

permanente ainda não é efetiva, conforme mencionado pelos municípios auditados.

Em resposta ao mesmo ofício a SES encaminhou a relação dos cursos realizados no período 2012 a 2013, que foi consolidada no quadro a seguir.

Quadro 2 - Cursos ofertados pela SES no período de 2012 e 2013.

Ano	Modalidade	Nº de cursos	Público Alvo
2012	Presencial	1	Todos os municípios
		4	Florianópolis
		1	Canoinhas
		2	Joinville
	Web conferências/workshop	53	Todos os municípios
	Telessaúde	2	Todos os municípios
2013	Presencial	1	Todos os municípios
		2	Florianópolis
		6	Canoinhas
		1	Joinville
	Web conferências/workshop	78	Todos os municípios
	Telessaúde	6	Todos os municípios

Fonte: TCE/SC, com base em dados encaminhados pela SES.

Analisando os dados acima se percebe a discrepância entre os dados encaminhados pelos municípios e pela SES. Os cursos com público alvo “todos os municípios” representam aqueles em que a SES não especificou qual ou quais os municípios que receberam o curso, subentendendo que abrangeu todos, embora o número de concluintes nos cursos não suporte tamanha oferta. Além disso, verificou-se que o município de Araquari não recebeu nenhuma capacitação diretamente.

Entende-se como primordial a participação da SES na educação permanente, uma vez que a falta de articulação entre as esferas estadual e municipal, conforme diagnosticado, influi na baixa qualificação dos gestores e profissionais da atenção básica.

Diante do exposto, **recomenda-se à SES:**

- Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde (Item 3.3, inciso X da PNAB); e

- Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família (Item 3.3, inciso XI da PNAB)

A implementação destas ações permitirá o aprimoramento na qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, da mesma forma que influenciará na melhor qualidade na prestação dos serviços ofertados aos usuários.

Comentários dos Gestores (fls. 334-36)

A Unidade Gestora remeteu, mediante Informação nº 030/2015 (fls. 334-6), a relação das atividades voltadas para a educação permanente dos profissionais da Atenção Básica dos municípios e do estado, nos seguintes termos:

Quadro 3 - Eventos de capacitação promovidos pela SES (2014).

Período	Curso	Nº de participantes
Maio/2014	Encontro de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – tema: o papel do NASF na Rede de Atenção à Saúde.	198
Maio/2014	Seminário Programa Saúde na Escola – tema: uma rede de corresponsabilidade na Atenção Básica	247
Maio/2014	Oficina 1 – Fortalecimento da Atenção Básica	155
Junho/2014	Oficina 2 – Fortalecimento da Atenção Básica	151
Junho/2014	Oficina de atualização em pré natal	237

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (fls. 334-6).

Igualmente, foi citado o e-SUS AB, que irá substituir o SIAB na competência de junho/2015, como estratégia de capacitação. A primeira capacitação ocorreu entre abril e julho de 2014, na qual 277 municípios participaram, totalizando 655 profissionais capacitados. A segunda ocorreu em novembro de 2014 e, com a participação das Gerências Regionais de Saúde e municípios, 137 profissionais foram capacitados.

Em 2015 o Telessaúde/Geabs assumiu a responsabilidade em dar continuidade aos treinamentos. Nesse sentido, existem 04 (quatro) capacitações aguardando processo licitatório na Gerência de Licitação da SES, que se

destinam às regiões: Alto Vale do Itajaí (12 turmas), Extremo Sul Catarinense (06 turmas), Planalto Norte (09 turmas) e Serra Catarinense (10 turmas).

Ademais, foram encaminhados relatório do Telessaúde- SC (fls. 344-454 e 470-7) com a relação dos cursos, webconferências e workshops realizados no período de 2012 a 2015, e especificamente do ano de 2014 com descrição, por mês, do quantitativo de municípios e participantes, conforme demonstram as tabelas 02 e 03. No entanto, ressalta-se que esses dados são pertinentes aos profissionais de saúde em geral, não se restringindo a ações promovidas especificamente para profissionais que atuam na Atenção Básica.

Tabela 2 - Ações de capacitação realizadas pelo Telessaúde (2012 a 2015).

Ano	Quantidade de cursos
2012	30
2013	77
2014	87
2015	17

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde – Anexo 1 – (fls. 344-454).

Tabela 3 - Webconferências e workshops realizados pelo Telessaúde por mês (2014).

Mês	Nº de webconferências e workshops	Média de municípios por evento	Média de participantes por evento
Fevereiro	8	38	184
Março	6	45	186
Abril	8	47	159
Maio	8	32	144
Junho	6	37	229
Julho	10	28	58
Agosto	8	30	132
Setembro	8	42	220
Outubro	9	36	181
Novembro	9	28	138
Dezembro	6	24	102
TOTAL	86	35	157

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde – (fls. 473-7).

Análise dos comentários dos Gestores

Apesar de a Unidade Gestora encaminhar informações acerca das capacitações realizadas para os profissionais da saúde, pode-se verificar que a média de municípios participantes por evento (tabela 3), bem como a relação de

participantes no geral (quadro 3 e tabela 3), não representam um número expressivo diante da quantidade de municípios e profissionais da Atenção Básica que o estado abrange.

Ressalta-se que o desenvolvimento de ações e estruturas formais de educação técnica em saúde, bem como o fortalecimento da articulação com os municípios para processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS são de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Dessa forma, embora se verifique a importância da realização das capacitações citadas, na auditoria foi exposto pelos profissionais e secretários municipais de saúde entrevistados a insuficiência e até mesmo ausência do apoio estadual nas ações de capacitação à Atenção Básica.

Ante o exposto, entende-se que as ações de capacitações relatadas pela Secretaria de Saúde não são suficientes para o aperfeiçoamento da educação permanente dos profissionais que atuam na Atenção Básica dos municípios. Desta forma, permanecem as **recomendações** feitas anteriormente à Secretaria de Estado da Saúde.

2.2 Análise dos Achados relativos à 2ª Questão de Auditoria

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

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

2.2.1 Ausência ou insuficiência de estruturas e equipes técnicas específicas das SES/SDR/SMS para monitoramento e avaliação (M&A) da atenção básica (AB), em desconformidade com o art. 15, I, III e IV da Lei nº 8080/90,

com as Portaria GM-MS nº 2.488/11, itens 3.1, VIII e IX, 3.3, V, VI, VII e IX, 3.4, VII, XIII e XV e a Portaria GM/MS nº 1654/11, art. 5º, I, II, ainda a Resolução nº 5/13, art. 2º, § 3º.

A lei nº 8080/90, art. 15, estabeleceu atribuições à União, ao Estado e aos Municípios, quanto:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No documento nº 7 do CONASS de 2004 traz na p. 8 o relato de que os Secretários Estaduais acreditam no processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e dos serviços da Atenção Primária, e isto “contribui para o aprimoramento das estruturas, processos e resultados da estratégia, ampliando e fortalecendo a cooperação entre as Secretarias Estaduais e os municípios, o que refletirá na ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população, nos serviços de saúde”.⁶

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

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

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

⁶ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília, 2004 (CONASS Documenta; 7).

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

No aspecto conceitual de monitoramento e avaliação (M&A) e suas diferenças, cita-se Santos⁷, em sua monografia, que o **monitoramento** fornece informação a respeito do estágio de desenvolvimento de uma política, um programa ou um projeto em dado momento, em relação às respectivas metas e resultados. Já a **avaliação** evidencia o porquê das metas e dos resultados estarem ou não sendo atingidos (Kusek e Rist, 2004).

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

Quadro 4 - Diferenças entre Monitoramento e Avaliação.

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

Fonte: ⁸

No roteiro para reflexão e ação da Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde⁹, diz como utilizar os dados disponíveis nos sistemas de informação para a avaliação da atenção básica, conforme a seguir:

A implantação de um processo de monitoramento envolve a articulação de uma proposta, de natureza técnico-político, com a prática dos sujeitos que estão executando e usufruindo às ações de saúde. Na atenção básica, a transformação desta intenção em gesto implica na superação de concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e

⁷ Santos, Adriana Rodrigues dos. Monitoramento e avaliação de programas no setor público [manuscrito]: a experiência do PPA do Governo Federal no período 2000-2011. Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa (ISC), 2012, p. 19.

⁸ Ibid., p. 19.

⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2004, p. 1-72.

avaliação das ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas assistenciais.¹⁰ (Grifo nosso)

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

A **SES** informa que além da Gerência de Atenção Básica (GEABS), a Gerência de Planejamento da Diretoria de Planejamento (DIPA/SES) realiza monitoramento e avaliação dos municípios catarinenses. A GEABS conta somente com duas servidoras, sendo uma efetiva e outra à disposição. As avaliações dos indicadores municipais são contratadas, neste caso o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas) da UFSC.

Além disso, o Plano Estadual de Saúde 2012-15 e o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2013 da SES não apresentam capacitações de M&A voltadas para a sua equipe e as municipais.

Estas informações foram encaminhadas pela SES, por meio do Ofício nº 00981/2014, de 15/09/2014, em resposta ao ofício DAE nº 10.930/2014, itens 2.1 e 2.3 (fls. 62 a 83).

O **Município de Florianópolis**, através da Secretaria Municipal de Saúde, informou que não existe, formalmente, setor específico que realize a tarefa de monitoramento e avaliação da Atenção Primária de Saúde (APS). Ocorre o monitoramento e avaliação por meio da Gerência de Controle e Avaliação e Diretoria de Planejamento, Informação e Capitação de Recursos, que colabora com a disponibilização e o apoio no uso das ferramentas de Planejamento. Ainda, informou que está revendo o Organograma, que deve contemplar a necessidade de se realizar Monitoramento e Avaliação formais e específicos da APS.

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

¹⁰ Ibid., p. 11.

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

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

O **Município de Joinville** em resposta documental informa que não há um setor formalmente constituído com esta finalidade na SMS para monitoramento e avaliação, quem realiza é a gerência de Atenção Básica, por meio do Núcleo de Apoio Técnico (NAT). Ainda, o setor de Planejamento atua como facilitador desse processo, realizando diversas atividades, tais como capacitações com os profissionais, disponibilizando uma plataforma na rede informatizada da Secretaria com os indicadores oficialmente pactuados, esclarecendo dúvidas e compilando os indicadores quadrimestralmente para prestar contas junto ao Conselho Municipal de Saúde e a Câmara de Vereadores, e anualmente para o Relatório Anual de Gestão. O RAG de 2012, no item 1.9, afirma que o M&A foi realizado por várias gerências da SMS.

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

Estas informações foram encaminhadas por Ofício 152/2014/GAB/SMS/MV em 09/09/2014 em resposta ao ofício nº 14.166/2014, itens 2.1 a 2.3 (fls. 118-36).

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

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

Estas informações foram encaminhadas por e-mail (gabinetesaude@bol.com.br) no dia 11/09/2014, em resposta ao ofício nº 14.164/2014, itens 2.1 a 2.3 (fls. 84-96).

No Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2010-13 (ainda não realizou o PMS 2014-17) e o RAG 2013, e os cursos realizados em 2013 e 2014 não apresentam capacitações para a equipe de M&A.

O **Município de Canoinhas** tem na estrutura organizacional da SMS o setor de Controle, Avaliação e Auditoria, conforme estabelecido na Lei (municipal) nº 2.943/1998. Conta ainda com a coordenação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As equipes que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria e do Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) realizam a autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). Com relação à Atenção Básica no município, são realizadas reuniões mensais para repasse de informações, monitoramento e avaliação.

Para a realização dos trabalhos de auditoria, controle e avaliação o setor conta com 5 servidores efetivos com cargo de auditor.

Estas informações foram encaminhadas por e-mail (psf.saude@pmc.sc.gov.br) no dia 10/09/2014, em resposta ao ofício nº 14.165/2014, itens 2.1 a 2.3 (fls. 97-110).

No Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2010-13, no RAG 2013 e a relação de cursos realizados não apresentam capacitações para a equipe de M&A.

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

Quadro 5 - Quantitativo de servidores de M&A, norma e outras atividades.

Secretaria de Saúde – estadual e municipal	Efetivo	Comissionado e outros	Setores M&A	Norma de M&A	Desempenh a outras funções
SES	01	01	DIPA/SES – GEABS e Nepas (terceiros)	Não	Sim
SMS de Araquari	01	01 Com. + 1 Cel.	Departamento de Atenção Básica	Sim	Sim
SMS de Canoinhas	05		Setor de Controle, Avaliação e Auditoria	Sim	Sim

Secretaria de Saúde – estadual e municipal	Efetivo	Comissionado e outros	Setores M&A	Norma de M&A	Desempenh a outras funções
SMS de Florianópolis	03 (DP) + 09 (GCA)		Diretoria de Planejamento, Informação e Capitação de Recursos (DP) e Gerência de Controle e Avaliação (GCA)	Não	Sim
SMS de Joinville	14 (NAT) + 4 (SP)		Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e Setor de Planejamento (SP)	Não	Sim

Fonte: Entrevistas com a Secretária de Estado da Saúde e secretários Municipais de Saúde (fls. 232-38).

Levando-se em consideração a documentação encaminhada, verificou-se que não possuem estruturas formais para a realização de monitoramento e avaliação da atenção básica a SES e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Florianópolis e Joinville. As SMS de Araquari e Canoinhas apresentaram a norma de estrutura de M&A, mas não são específicas, como por exemplo, Canoinhas, que trata de auditoria. Além disso, em nenhum desses órgãos possuem critérios de dimensionamento para definição da equipe de M&A da Atenção Básica (fls. 62-136).

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

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

Em entrevista com a Secretária de Estado da Saúde e aos Secretários(as) Municipais de Saúde de Araquari, de Canoinhas, de Florianópolis e de Joinville, questionou-se sobre a existência de unidade específica para o monitoramento e avaliação, bem como a forma como era realizado.

A Secretária de Estado da Saúde respondeu que havia unidade específica M&A e que a quantidade de servidores é suficiente. Quanto à forma de monitoramento e avaliação, respondeu que é realizada por meio do Relatório de Gestão Anual e dos Relatórios Quadrimestrais (Entrevista - Questões 4 e 5 – PT 17, fls. 232-33).

Os Secretários Municipais de Saúde de Florianópolis e Canoinhas informaram que havia unidade específica para monitoramento e avaliação (M&A). Os Secretários de Araquari e Joinville disseram que não há unidade específica M&A (Entrevista Questão 8 e 9 – PT 07.8-9, fls. 234-38).

No que se refere à quantidade suficiente ou não de servidores, os Secretários de Florianópolis, Joinville e Canoinhas informaram que sim, enquanto que a SMS de Araquari respondeu que a equipe de M&A é insuficiente.

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

Quadro 6 - Forma de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Municipais.

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

Fonte: entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde (fls. 234-38).

O resultado do questionário eletrônico encaminhado a todos os Secretários Municipais de Saúde sobre a Atenção Básica, quanto a existência de unidade específica, suficiência de servidores e a forma de monitoramento e avaliação, estão relacionados a seguir (fls. 137-81).

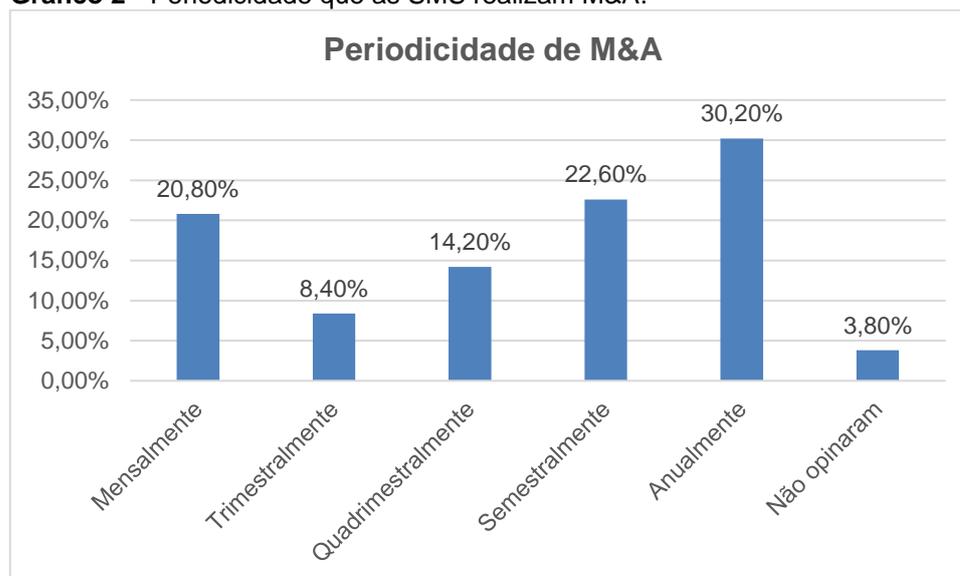
Na percepção dos gestores municipais (128), 40,6% apontam que a SMS não possui unidade específica ou pessoal responsável pelo monitoramento e avaliação dos indicadores da Atenção Básica, enquanto 59,4% dos municípios informaram contar com uma unidade ou pessoal (questão 21).

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

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

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

Gráfico 2 - Periodicidade que as SMS realizam M&A.



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

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

As Secretarias de Desenvolvimento Regionais (SDR) do estado de SC, em resposta ao questionário eletrônico sobre a Atenção Básica responderam quanto a unidade específica de monitoramento e avaliação, cujos resultados estão relacionados a seguir (fls. 182-95).

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

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

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

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

Além disso, o Plano Estadual de Saúde 2012-15 da SES e as capacitações promovidas não foram voltadas para a equipe de M&A da Secretaria e para as equipes municipais de M&A, somente ocorreu uma reunião preparatória para cursos de monitoramento e avaliação, conforme encaminhamento pela SES da lista de presença dos cursos (fls. 196-211).

Nos Planos Municipais de Saúde (PMS) de 2010-13, nos RAGs 2012/13 e relação de cursos remetidas pelos municípios do período de 2012/13, verificou-se a insuficiência de capacitação dos profissionais das SMS para realizar os procedimentos de M&A da Atenção Básica (fls. 212-31).

Apesar de a SMS de Araquari possuir norma que cria na sua estrutura organizacional o Departamento de Atenção Básica, com a finalidade de monitorar indicadores e metas estabelecidas por sistema de saúde, ainda não é específica e voltada para M&A.

A SMS de Canoinhas possui norma que cria na estrutura organizacional o setor de Controle, Avaliação e Auditoria, também não específica e voltada para M&A.

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

As Secretarias de Desenvolvimento Regionais apontaram no questionário eletrônico que as suas estruturas são deficitárias em recursos humanos, transporte e recursos financeiros para atividades de M&A de indicadores da Atenção Básica nos Municípios (fls.182-95).

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

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

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

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

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

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

Face ao descrito, resta à **Secretaria de Estado da Saúde**:

- Normatizar a atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica na estrutura da Secretaria;
- Dotar o setor de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica com pessoal suficiente, com base em critérios de dimensionamento pré-definidos, para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica;
- Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos Municípios e no âmbito da própria Secretaria.

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

Comentários do Gestor (fls. 336-38)

A Unidade Gestora, mediante Informação nº 030/2015 (fls. 336-8), encaminhou informações acerca do item que se trata, a saber:

A GEABS/SES possui uma área denominada Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, responsável pelo monitoramento e avaliação da AB, a qual tem como objetivo acompanhar processos e resultados e promover a qualidade do planejamento das ações de saúde, através da disseminação e do fomento ao uso das informações disponíveis como ferramentas de gestão da AB, no Estado de Santa Catarina. (fls. 336)

A SES informou que fazem parte dessa coordenação três técnicos, bem como listou suas atribuições de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Ainda, a SES listou algumas ações realizadas nesse contexto, que são descritas, resumidamente, no quadro 07.

Quadro 7 - Ações de Monitoramento e Avaliação realizadas pela SES.

Ano	Ação de Monitoramento e Avaliação
2004	Projeto de Avaliação da AB: Proposição de indicadores para avaliação da AB nos municípios; classificação desses nas dimensões e subdimensões da matriz teórica da AB. Matriz resultante composta por 40 indicadores.
2006	Aplicação da matriz de avaliação
2007	Realização de oficinas para aperfeiçoamento dos indicadores.
2012	Revisão e substituição de indicadores e medidas

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (fl. 337).

Foi mencionada, ainda, a realização de avaliação em 2008 e 2009, ao passo que, a partir dessa, passou a ser realizada de dois em dois anos, com a premiação dos municípios que apresentaram melhor desempenho na AB, nos Encontros Estaduais de Saúde da Família.

Análise dos comentários do Gestor

Conforme preceitua a PNAB, as esferas de governo devem realizar o planejamento, apoio, monitoramento e a avaliação da Atenção Básica, estabelecendo, para tanto, mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica. Dessa forma, para que sejam cumpridas as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, as estruturas de monitoramento devem ser fortalecidas com capacidade técnica nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Na auditoria verificou-se a insuficiência de equipe técnica para atuar no monitoramento e avaliação do órgão, bem como a ausência de capacitações pela SES voltadas para a sua equipe. Ainda, foi recomendada à SES a normatização da atividade de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na estrutura da mesma.

As informações encaminhadas pela unidade gestora corroboram o constatado na auditoria, ou seja, as ações de capacitação para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica são insuficientes, da mesma forma que os recursos humanos disponíveis para essa atividade não suprem a demanda por pessoal identificada. Nada foi relatado quanto à normatização do setor de M&A.

Ante o exposto, permanecem as **recomendações** feitas anteriormente à Secretaria de Estado da Saúde.

2.2.2 Inexistência de indicadores de insumos e processos no portfólio das SES/SMS para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica, a deficiência na sua utilização para o planejamento das ações de saúde, conforme Lei nº 8080/90, art. 15, I, III e IV, Portaria GM-MS nº 2.488/11, item 3.1, III, VII, VIII, IX e X, item 3.3, IX, item 3.4, VII, Portaria GM/MS nº 1654/11, art. 2º, I e II, art. 5º, I e II, art. 7º, Resolução nº 5/13, arts. 2º e 3º, e ausência de publicidade dos instrumentos de planejamento no site, conforme Lei nº 12.527/2011, art. 3º, II.

A Lei nº 8080/90, art. 15, estabeleceu atribuições à União, ao Estado e aos Municípios, quanto:

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

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

- III - Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
- VII - Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades;
- VIII - Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;
- IX - Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações

da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação;
X - Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;

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

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

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

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

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

Art. 2º São diretrizes do PMAQ-AB:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

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

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

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde;
II - monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB;

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

A última fase do PMAQ-AB (art. 7º), que é denominada “Recontratualização”, que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB, esta fase ainda não ocorreu.

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

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

A conceituação de indicadores do Guia Metodológico do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG)¹¹, que cita Maria das Graças Rua, Marcos Thadeu Queiroz Magalhães e o IBGE, do ponto de vista das políticas públicas, na visão deles:

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

Há uma diferenciação dos indicadores, segundo a classificação de COHEN e FRANCO, (2000 apud Januzzi¹², 2005, p. 144) entre indicador-insumo, indicador-processo, indicador-resultado e indicador-impacto.

¹¹ Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. Indicadores de programas: Guia Metodológico – Brasília, DF, 2010, p. 21-2.

¹² Januzzi, Paulo de Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público, Brasília, n. 56 (2), p. 137-160, Abr/Jun 2005.

O **indicador-insumo** corresponde às medidas associadas à disponibilidade de recursos humanos, financeiros ou de equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta uma das dimensões da realidade social. O **indicador-processo** ou fluxo são indicadores intermediários, que traduzem, em medidas quantitativas, o esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros (indicadores-insumo) para a obtenção de melhorias efetivas de bem-estar (indicadores-resultado e indicadores-impacto), como número de consultas pediátricas por mês, merendas escolares distribuídas diariamente por aluno ou ainda homens-hora dedicados a um programa social. O **indicador-resultado** são aqueles mais propriamente vinculados aos objetivos finais dos programas públicos, que permitem avaliar a eficácia do cumprimento das metas especificadas, como, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil, cuja diminuição espera-se verificar com a implementação de um programa de saúde materno infantil. O **indicador-impacto** refere-se aos efeitos e desdobramentos mais gerais, antecipados ou não, positivos ou não, que decorrem da implantação dos programas, como, no exemplo anterior, a redução da incidência de doenças na infância, efeitos decorrentes de atendimento adequado da gestante e da criança recém-nascida em passado recente.

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

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

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

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

A partir da tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde (fls. 137-81) e gestores das secretarias de estado de desenvolvimento regionais (fls. 182-95); da análise qualitativa de entrevistas com gestores da SES e das SMS dos Municípios visitados; observação direta e inspeção *in loco*; e da análise documental realizada, evidenciou-se:

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 4 - Utilização dos indicadores de M&A para realização do Planejamento.

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

Fonte: Questionário eletrônico as SDR (questão 9).

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

Por meio de entrevista a Secretária de Estado da Saúde respondeu o seguinte (fls. 232-3):

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

Nas entrevistas com os gestores das secretarias municipais de saúde dos municípios de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville (fls. 234-8) sobre

a utilização dos indicadores da AB no planejamento, a divulgação dos indicadores e sobre a confiabilidade dos dados fornecidos pelos municípios verificou-se que:

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

- Todos afirmaram que os resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica são divulgados. A frequência e a forma em que os dados são divulgados variam por município: em Araquari e Canoinhas a frequência é anual no site da SES. Em Florianópolis a frequência é quadrimestral ao CMS, à Câmara de Vereadores, por meio da prestação de contas, e no site trimestralmente. Em Joinville a frequência é quadrimestral ao CMS (questão 11 – PT 07.10_11_12);

- 25,0% dos gestores municipais afirmaram que não existem procedimentos para verificação da confiabilidade dos dados encaminhados pelas UBS, neste caso Joinville. Os demais municípios responderam que existem procedimentos de verificação dos dados (questão 12 – PT 07.10_11_12).

A Secretaria de Estado da Saúde encaminhou os indicadores de resultado da atenção básica, mas afirma que para avaliar a qualidade dos serviços seriam necessárias pesquisas qualitativas, com observação in loco (nos municípios) e opinião dos usuários, que seria o objetivo de instituições acadêmicas (2.5).

Quanto aos indicadores de gestão foram remetidos os mesmos indicadores de resultado da AB (2.6), contudo, no projeto de avaliação da atenção básica, que é realizado pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas) da UFSC, prevê alguns indicadores de insumo (RH).

Estas informações foram encaminhadas pela SES, por meio do Ofício nº 00981/2014, de 15/09/2014, em resposta ao ofício DAE nº 10.930/2014, itens 2.5 e 2.6 e encontram-se disponíveis em meio eletrônico¹³.

¹³ http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2294&Itemid=576
http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6542&Itemid=82

O **Município de Florianópolis**, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), encaminhou os indicadores utilizados para avaliar e monitorar a qualidade nos serviços a atenção básica, do Pacto Municipal de Saúde 2011-12, COAP 2012-13 e 2012-14, que são os indicadores de resultados (2.5, fls. 111-7).

Quanto aos indicadores de gestão foi remetido o Pacto dos Distritos Sanitários e os resultados da Avaliação Externa do PMAQ 2012 (2.6, fls. 111-7). Além disso, a SMS realiza a cada dois anos a autoavaliação, que já está no terceiro ciclo, baseada nos conceitos da Gestão da Qualidade Total e largamente utilizada por organizações públicas ao redor do mundo, principalmente na Europa, a Estrutura Comum de Avaliação (ECA).¹⁴

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

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

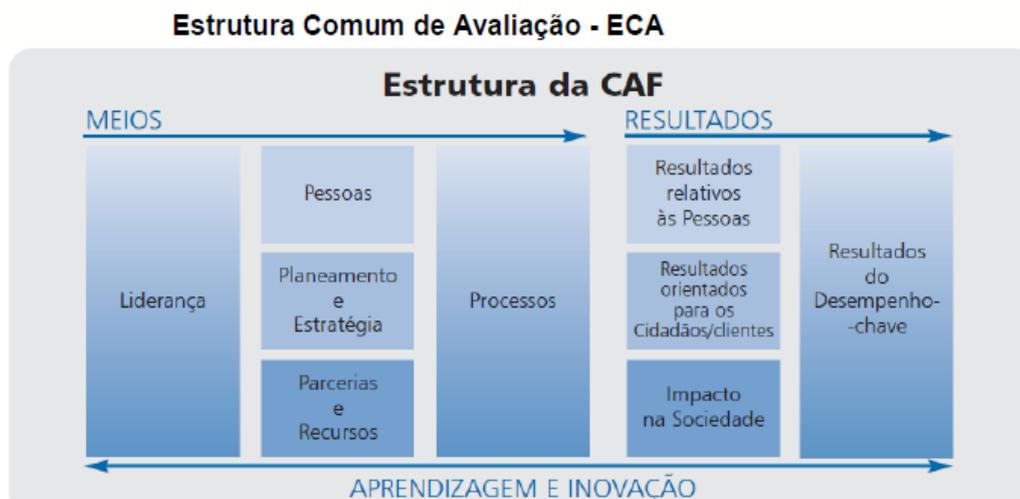
O diagnóstico externo, realizado pela primeira vez na SMS, apresenta as características do ambiente externo à instituição, demonstrando fatores do macroambiente (sociais, político-legais, econômicos, tecnológicos e ambientais) e do microambiente (usuário, fornecedores, concorrentes e organizações regulamentadoras).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

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

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

¹⁴ Prefeitura de Florianópolis. Relatório do: 3º Diagnóstico Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: subsídio para a construção do Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Florianópolis, 2013. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/02_06_2014_15.57.48.203fda1921a815bf8b1a21adda70b5b5.pdf - p. 4 - acesso 25/11/2014.

Figura 1 - Estrutura Comum de Avaliação



Fonte: CAF 2006¹⁵

A SMS utiliza o ciclo PDCA¹⁶ que é uma ferramenta de qualidade, facilitando a tomada de decisões, visando garantir o alcance das metas estabelecidas.

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

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

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

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

¹⁵ O significado de CAF: Common Assessment Framework/Estrutura Comum de Avaliação - "Melhorar as organizações públicas através da Autoavaliação" - edição Portuguesa, DGAP, Março 2006.

¹⁶ O significado da sigla PDCA: "P" de Plan – Planejar - estabelecer metas; "D" de Do – Executar - o que foi estabelecido; "C"- de Check - Verificar - o que foi executado; "A" de Action - Atuar - em função dos resultados.

Estas informações foram encaminhadas por Ofício 152/2014/GAB/SMS/MV em 09/09/2014 em resposta ao ofício nº 14.166/2014, itens 2.5 e 2.6 (fls. 118-36).

O **Município de Araquari**, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), encaminhou os indicadores utilizados para avaliar e monitorar a qualidade nos serviços a atenção básica, Pacto e do COAP, dos exercícios de 2012 e 2013. Salienta-se que a Secretaria não realizou o plano municipal para os exercícios de 2014-17 (2.5).

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

Estas informações foram encaminhadas por e-mail gabinete.saude@bol.com.br do dia 11/09/2014 em resposta ao ofício nº 14.164/2014, itens 2.5 e 2.6 (fls. 84-96).

O **Município de Canoinhas**, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, encaminhou os indicadores do PMAQ do exercício de 2012, quanto aos indicadores de 2012 (PACTO-COAP) e 2013 foi encaminhado por meio dos RAG (2.5).

Quanto aos indicadores de gestão a SMS de Canoinhas encaminhou a autoavaliação da AMAQ de 2012, no entanto, são poucos indicadores de insumos e processos (2.6).

Estas informações foram encaminhadas por e-mail psf.saude@pmc.sc.gov.br do dia 10/09/2014, em resposta ao ofício nº 14.165/2014, itens 2.5 e 2.6 (fls. 97-110).

Resumindo as evidências documentais, 75,0% dos Municípios selecionados (Joinville, Canoinhas e Araquari) não foi identificado, nos instrumentos de planejamento, a relação dos indicadores com as ações de gestão da Atenção Básica.

Foi identificada a ausência de publicação no *site* dos Relatórios Anual e Quadrimestral e a falta de procedimentos de conferência dos dados fornecidos pelas UBS, apontados pelas Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regionais, pela SES e pelas Secretarias Municipais de Saúde.

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

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

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

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

Face ao descrito, resta à **Secretaria de Estado da Saúde**:

- Adotar indicadores de insumos e processos de avaliação da atenção básica em articulação com as gestões municipais.

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

Comentários do Gestor (fls. 338-41)

A Unidade Gestora encaminhou informações acerca do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), discorrendo sobre a adesão dos municípios catarinenses ao mesmo, questões de

desempenho e classificação das equipes de saúde, comparando esses dados com os percentuais referentes ao Brasil.

Igualmente, a SES encaminhou endereços eletrônicos¹⁷ que direcionam ao *site* da SES e contêm diversos indicadores utilizados para avaliar a gestão municipal da Atenção Básica, bem como as programações anuais do estado.

Ainda, foi informado que em se tratando do processo de monitoramento na Secretaria de Estado da Saúde, cada superintendência, diretoria e gerência têm a responsabilidade de monitorar a execução de seus programas, bem como de determinar os indicadores na programação anual de saúde.

Por fim, manifestou-se quanto às atividades de monitoramento e de avaliação de programas do governo, expondo que podem ser realizadas através do acompanhamento do Plano Plurianual (PPA). Além disso, mencionou que a Gerência de Atenção Básica possui em sua estrutura organizacional uma coordenação responsável para monitorar o acompanhamento e avaliação da Atenção Básica.

Análise dos comentários do Gestor

As informações fornecidas pela unidade gestoras não estão relacionadas com o solicitado no Relatório de Instrução Despacho DAE nº 036/2014 (item 2.2.2).

Os gestores encaminharam informações acerca do PMAQ e dos indicadores utilizados na Atenção básica, já analisados à época da auditoria. Dessa forma, não foi abordada a adoção de indicadores de insumos e processos na avaliação da Atenção Básica.

Ante o exposto, mantém-se a **recomendação** sugerida inicialmente.

¹⁷ Indicadores da Avaliação da Gestão Municipal da Atenção Básica: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6542&Itemid=82

Link site da SES com principais indicadores da Atenção Básica: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_contet&view=article&id=2599%3Aferramentas-de-monitoramento-e-avaliacao-da-atencao-basica&catid=458&Itemid=464

Programação Anual:

http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_contet&view=article&id=1135&Itemid=39

2.2.3 Insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática e software, manutenção e suporte técnico), conforme estabelece a Lei nº 8080/90, art. 16, XVII, art. 17, VIII, art. 18, V e a Portaria GM-MS nº 2.488/11, item 3.1, III e VII, item 3.2, IV, item 3.3, IX e item 3.4, XI.

A lei nº 8080/90, art. 16, XVII estabelece as competências da direção nacional do Sistema Único da Saúde, que trata de acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

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

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

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

- III - Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
- VII - Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades;

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

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

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

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

A **SES** não enviou o levantamento/diagnóstico de infraestrutura de TI, dela e também das unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da atenção básica, somente encaminhou o número do processo SES 14118/2014, que trata de aquisição de computadores e estação de trabalho.

Além disso, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplavam o atendimento das necessidades de TI (item 2.11). Em sua resposta, informou o número do processo SES 62432/2013, que trata de manutenção e instalação de pontos de rede lógica. Estas informações foram encaminhadas pela SES, por meio do Ofício nº 00981/2014, de 15/09/2014, em resposta ao ofício DAE nº 10.930/2014, itens 2.9 e 2.11 (fls. 62-83).

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

Também, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI, em sua resposta, informou que o planejamento está em estudo e atualmente não tem um documento que o represente. Estas foram as respostas aos itens 2.9 e 2.11, do Ofício nº 14.164/2014 - 25/08/2014, respectivamente (fls. 84-96).

A **SMS de Canoinhas** não remeteu o levantamento/diagnóstico, mas uma planilha contendo os locais com a necessidade de computadores, impressoras e conexão à internet, conforme sua informação por e-mail - psf.saude@pmc.sc.gov.br, de 10/09/2014.

Também, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI, em sua resposta, informou que foi prevista no Plano Municipal de Saúde (2014-7) a compra de computadores e impressoras para Unidades de Saúde. Estas foram as respostas aos itens 2.9 e 2.11, do ofício DAE nº 14.165/2014 - 25/08/2014, respectivamente (fls. 97-110).

A **SMS de Florianópolis** não remeteu o levantamento/diagnóstico, mas o que solicitaram a Administração Municipal: 12 -circuitos de Fibra Óptica R\$ 200.400,00 (pagos em 2014), Obras e adequações de rede lógica – R\$

150.000,00, Contratação de Equipe de Manutenção em informática 700.000,00, Sistema de Terceirização de impressão R\$ 720.000,00 e Contratação de Equipe de Desenvolvimento R\$ 2.000.000,00, conforme sua informação no ofício nº OE 234/SMS/GAB/14, de 05/09/2014 (fls. 111-7). Também, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI, em sua resposta, informou as aquisições realizadas no ano em curso. Estas foram as respostas aos itens 2.9 e 2.11, do ofício DAE nº 9.657/2014- 05/09/2014, respectivamente.

A **SMS de Joinville** não remeteu o levantamento/diagnóstico, mas informou que as UBS receberiam novos computadores e a troca de links de comunicação ADSL para links IPs, e que o processo de compra dos mesmos está tramitando na Secretaria da Administração da Prefeitura Municipal de Joinville – PMJ – Processo nº 14.0.001699-9 do SEI (Sistema Eletrônico de Informações), conforme sua informação no ofício nº 152/2014/GAB/SMS/MV, de 09/09/2014 (fls. 118-36). Também, foi solicitado se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI, em sua resposta, informou que os atendimentos das necessidades estão no Plano municipal de Saúde 2014 -2017: página 22. Estas foram as respostas aos itens 2.9 e 2.11, do ofício DAE nº 14.166/2014, de 25/08/2014.

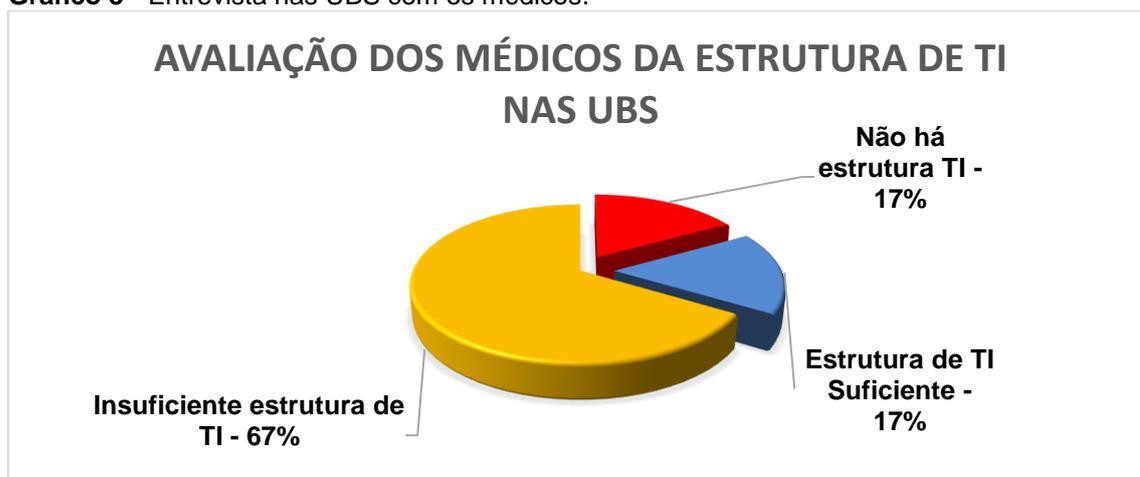
A Secretária de Estado da Saúde, por meio de entrevista, afirmou que a estrutura de TI da SES é suficiente (fls. 232-3).

Por outro lado, 75% das Secretarias Municipais de Saúde (Araquari, Florianópolis e Joinville, fls. 234-8) avaliaram que a sua estrutura de TI é insuficiente (PT 06) para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica. Informação prestada também por meio de entrevista (questão 13)

Nas entrevistas com os Gestores das UBS visitadas (fls. 239-46), estes afirmaram que em 67% das UBS a estrutura de TI é insuficiente (PT 01), para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica, já para 33% a estrutura de TI é suficiente (questão 09).

Em entrevista com os profissionais médicos das UBS visitadas (fls. 239-46), 67% avaliaram a estrutura de TI insuficiente, 17% avaliaram que não há estrutura de TI, para outros 17% a estrutura de TI é suficiente.

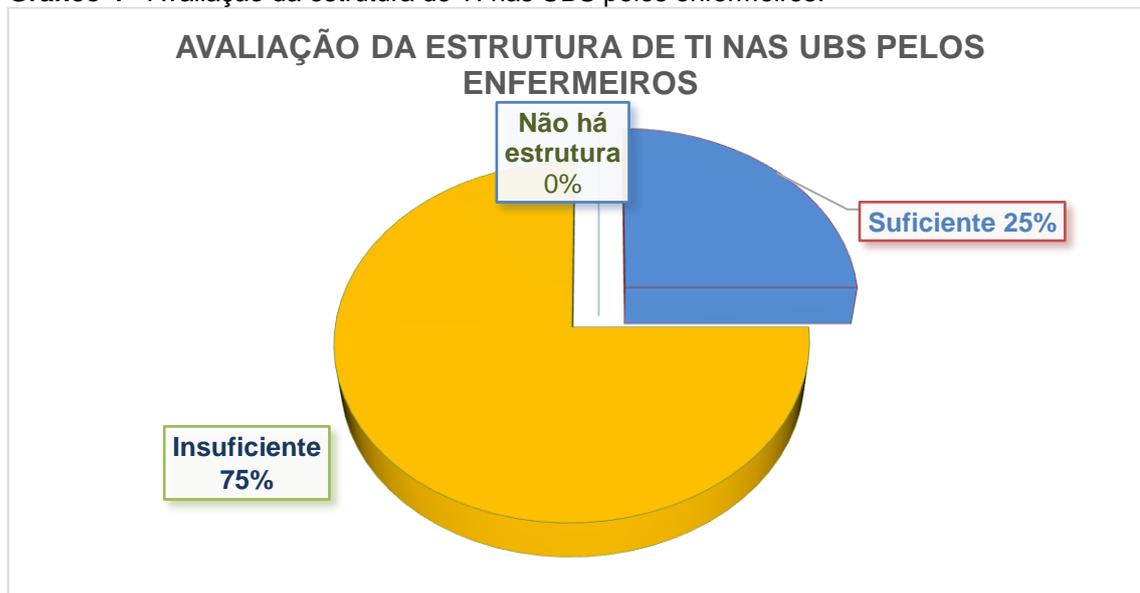
Gráfico 3 - Entrevista nas UBS com os médicos.



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

Para 75% dos profissionais enfermeiros (fls. 239 a 246), estes avaliaram a estrutura de TI insuficiente das UBS, já para 25% destes profissionais a estrutura de TI é suficiente.

Gráfico 4 - Avaliação da estrutura de TI nas UBS pelos enfermeiros.



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

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

Quadro 8 - Consultórios dos médicos e de enfermeiros da UBS visitadas sem computador e impressora



Foto 100_3329: Consultório Médico na UBS Campo da Água Verde de Canoinhas sem computador e impressora.

Foto 100_3350: Consultório Médico na UBS Cohab I de Canoinhas sem computador e impressora.



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



Foto 100_3414: Sala triagem da UBS Aci Ferreira (Enfermeira) de Canoinhas sem computador, e impressora.



Foto 100_3417: Consultório Médico na UBS Aci Ferreira de Canoinhas sem computador e impressora.



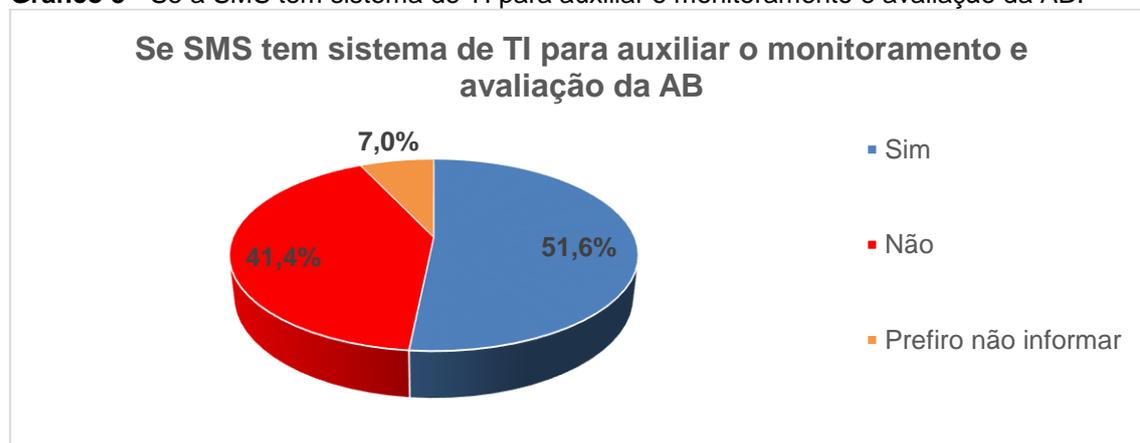
Foto 100_6751 – 03/09/14: Consultório Médico na UBS Canto da Lagoa de Florianópolis com nobreak em baixo da maca que faz ruído forte, ainda internet lenta.



Os resultados das respostas dos questionários eletrônicos (fls. 137-81), quanto à estrutura de Tecnologia da Informação (TI) estão relacionados a seguir.

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

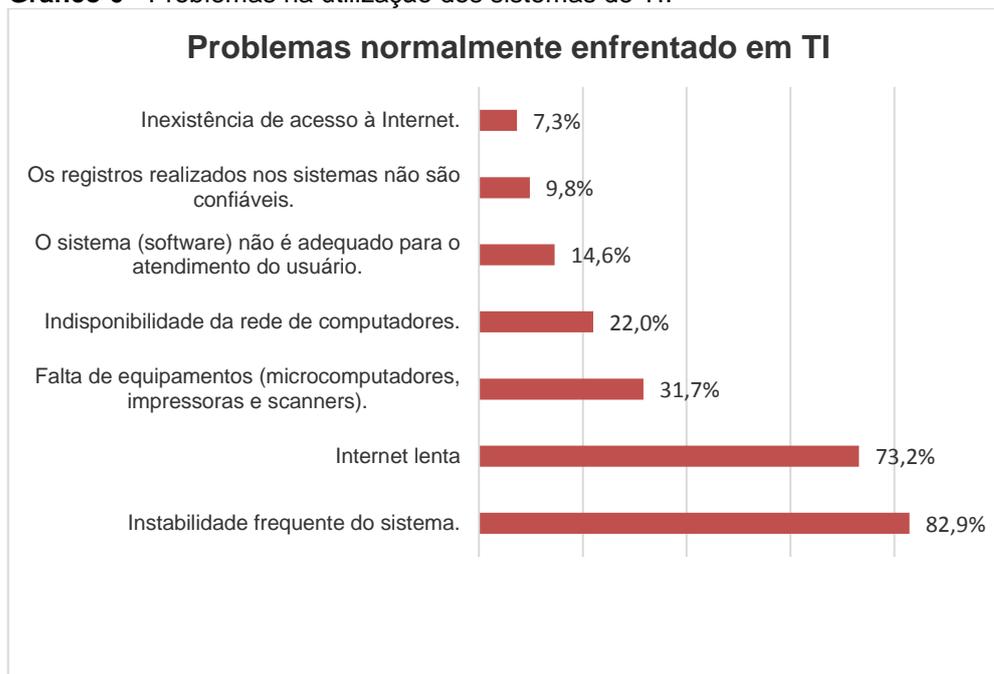
Gráfico 5 - Se a SMS tem sistema de TI para auxiliar o monitoramento e avaliação da AB.



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

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

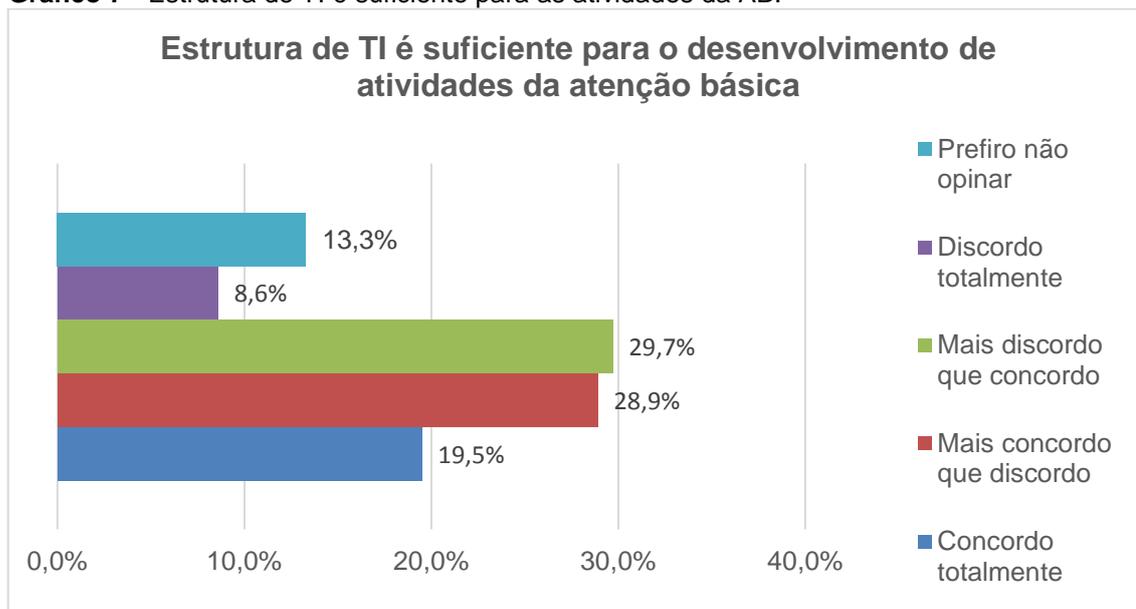
Gráfico 6 - Problemas na utilização dos sistemas de TI.



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

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

Gráfico 7 - Estrutura de TI é suficiente para as atividades da AB.



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

Os resultados das respostas dos questionários eletrônicos das SDRs (fls. 182-95), quanto à estrutura de Tecnologia da Informação (TI) estão relacionados a seguir.

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

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

Gráfico 8 - Planejamento de TI das secretarias de desenvolvimento regionais para suprir as necessidades de M&A da AB.



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

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

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

- Para resolução de algum problema de TI (equipamento, de software ou de rede) o tempo em média ultrapassa a três dias para 90% dos Gerentes Regionais de Saúde das Secretarias de Desenvolvimento Regionais, conforme a tabela a seguir (questão 19).

Tabela 5 - Tempo médio de manutenção de TI.

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

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

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

Tabela 6 - Estrutura de TI para a AB.

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

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

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

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

A insuficiência de suporte técnico para manutenção da estrutura de TI, as instabilidades, a baixa integração dos sistemas do Ministério da Saúde e dos sistemas municipais, ainda o fornecimento pelas Operadoras de telefonia de internet com velocidade lenta, tem gerado a demora do atendimento do usuário, a perdas de dados da Atenção Básica, o retrabalho na alimentação dos diversos sistemas, a elevação de custos, a ociosidade e intempestividade na alimentação de dados, bem como, a perda ou suspensão de recursos financeiros aos municípios.

Diante do exposto, resta à **Secretaria de Estado da Saúde (SES)**:

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

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

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

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

Dentre as deficiências levantadas no processo de planejamento dos serviços da atenção básica foram identificados os seguintes problemas: (1) Deficiências no apoio ao processo de planejamento da AB junto às Secretarias Municipais – SMS e (2) Baixa participação dos conselhos de saúde nas discussões relativas ao planejamento.

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

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

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

O processo de planejamento na saúde vem sendo desenvolvido ao longo dos anos pelo Ministério da Saúde, sendo consolidado com a construção

do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), mediante a Portaria nº 399/2006 do Pacto pela Saúde, que tem como objetivo coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo. No item 4 da Portaria está contido o seu conceito, princípios básicos e objetivos principais. Com a edição das Portarias nº 3.085/2006, que regulamenta o PlanejaSUS e nº 3.332/2006 que aprova as orientações gerais, foram definidos três instrumentos para operacionalização do planejamento do SUS. O Plano de Saúde (PS), que estabelece as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos; a Programação Anual de Saúde (PAS), que operacionaliza as intenções expressas no PS, e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que registra os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais mudanças que se fizerem necessárias.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A fim de analisar o diagnóstico de saúde realizado pelo Estado e pelos Municípios, solicitou-se aos gestores, por meio de requisição, que descrevessem os requisitos, informações e procedimentos utilizados de suporte para o levantamento das necessidades de saúde (PT08).

A Secretaria Estadual se limitou a encaminhar o link, no qual pode ser encontrado o Plano Estadual de Saúde de 2012/2015.

Os gestores de saúde dos Municípios de Araquari e Canoinhas apresentaram informações genéricas, sem, portanto, especificar os requisitos e informações utilizados ou encaminhar qualquer documento de comprovação.

O gestor municipal de Araquari informou que os profissionais responsáveis pela gestão e os técnicos responsáveis pela Atenção Básica estão realizando encontros programados para monitoramento de metas e viabilização de recursos para atendimento das necessidades apontadas pelas equipes da atenção básica.

Quanto à Canoinhas foram citados “Indicadores de Saúde. SISPACTO. Realização de Oficinas e reuniões de trabalho. Preenchimento de matrizes”.

A Secretária de Joinville informou que a metodologia de elaboração do plano é padronizada pela portaria MS/GM nº 3.176/08 que estabelece o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), atendendo aos requisitos e regulamentações da legislação superior, homologando o texto apresentado no caderno 2 do PlanejaSUS e encaminhou documento intitulado “Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-17”, com todo o cronograma e detalhamento das atividades desempenhadas para a consecução do planejamento de saúde de Joinville e parceria com o Conselho Municipal de Saúde.

O Secretário do Município de Florianópolis encaminhou cópia do documento "Programa Planeja Floripa - Saúde" que descreve o bojo de motivações e o processo de construção do planejamento municipal. Este programa integra os seguintes projetos: 1) Plano Municipal de Saúde, 2) Programação Anual de Saúde, 3) Relatório Anual de Gestão, 4) Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento (PDCASaúde), 5) Prêmio de Boas Práticas em Saúde, e 6) Diagnóstico Estratégico da SMS.

O Programa Planeja Floripa é um exemplo de uma “boa prática” em planejamento, na medida em que propicia conjunto de ferramentas, integradas entre si, e com uma lógica única de planejamento, alinhando todos os setores/unidades de trabalho da SMS ao Plano Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde as outras Secretarias da Prefeitura Municipal de Florianópolis e a outros órgãos externos, como a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde, exercendo um papel de governança.

Destacam-se dois Projetos dentro deste programa, (1) o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento (PDCA Saúde) e o (2) Prêmio de boas práticas em saúde. O PDCA Saúde é um sistema Web que permite que as unidades de trabalho possam realizar o monitoramento das ações planejadas, após inseridas no sistema. Assim, é possível acompanhar, avaliar e realizar os ajustes necessários das ações propostas no PAS. O Prêmio boas práticas em saúde, a partir de uma ampla discussão e a troca de experiências, tem o intuito de dar visibilidade às práticas exitosas que possam contribuir com o processo de trabalho, tanto assistenciais quanto gerenciais.

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

Em relação aos Municípios de maior porte, em Joinville já é possível observar a instituição de uma metodologia para o processo de planejamento e uma sistematização das informações. Em Florianópolis já há um grau de amadurecimento do processo de planejamento, o que se considera como uma boa prática.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A **SES** enviou suas informações via e-mail e também por meio do Ofício nº 10.930/2014, em 15/09/2014 (fls. 62-83). Em resposta ao item 3.1, encaminhou o Plano Estadual de Saúde 2015/2017 e informou o link no qual o documento poderia ser encontrado.

Quanto ao apoio aos municípios no processo de levantamento das necessidades de saúde da Atenção Básica, a SES se limitou a informar que a capacidade instalada de equipes e serviços para Atenção Básica é atualizada bimensalmente e acrescentou o link, no qual a informação é disponibilizada. (http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6446&Itemid=82)

Encaminhou também listas de presenças de cursos intitulados “Oficinas de Apoio Institucional”, “reunião preparatória para oficina de conteudistas”, “reunião preparatória para cursos de monitoramento e avaliação”, “Apoio Institucional de desenvolvimento do PMAQ” (fls. 62-83).

Em relação este aspecto, a **Secretária de Estado da Saúde** informou que sua atuação se limita em adequar as informações recebidas pelo Ministério da Saúde e repassá-las aos Municípios, que tem a autonomia para realizarem seu próprio planejamento (fls. 232-3).

Os Secretários Municipais entrevistados, de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville, informaram em sua totalidade que não existe apoio ou participação da Secretaria de Estado no processo de levantamento das necessidades de saúde da atenção básica (fls. 234-8).

Por meio da aplicação dos questionários eletrônicos encaminhados aos Secretários Municipais, constatou-se uma divergência nas opiniões, o que demonstra uma atuação não muito clara e uniforme por parte da Secretaria Estadual em relação aos municípios (fls. 137-81).

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

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

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

Por meio de requisição, solicitou-se aos Secretários Municipais (Item 1.9) que encaminhassem a relação dos cursos realizados pelos gestores e profissionais de saúde na área da Atenção Básica, no período de 2012 a 2014 (até junho), com descrição do ano de realização do curso, nome do curso, público-alvo, carga horária, modalidade (presencial ou à distância), instituição promotora e número de concluintes. As informações encaminhadas estão consolidadas na tabela que segue (fls. 196-231).

Tabela 7 - Cursos de capacitação promovidos entre os anos de 2012 a 2014 (junho) nos Municípios visitados.

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

Fonte: TCE/SC

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

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

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

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

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

Os Gestores de **Araquari** informaram que este apoio se dá por meio da promoção de encontros de planejamento para consolidação das necessidades das unidades e elaboração de quadro de metas para atendimento destas necessidades elencadas por prioridade (fls. 84-96). Em **Canoinhas** foram citados os meios de comunicação existentes, como caixas de reclamações e sugestões em todas as Unidades de Saúde, reuniões mensais na Secretaria Municipal de Saúde e a Ouvidoria Municipal (fls. 97-110).

O Secretário de **Florianópolis** apresentou o documento “Projeto de Elaboração da Programação Anual de Saúde 2013”, no qual está descrito o processo de construção da Programação Municipal de Saúde. Dentre os objetivos do Projeto destacam-se dois que comprovam ações de incentivo às equipes das Unidades, quais sejam: (1) Capacitar as equipes das unidades para utilização das metodologias para a Elaboração da Programação de Saúde; e (2) Oferecer apoio institucional às equipes que elaborarão sua Programação de Saúde (fls. 111-7).

A Secretaria municipal de **Joinville** informou que a equipe de saúde da UBS elabora um Planejamento Local de Saúde, no qual organiza suas ações (agenda, ações educativas, grupos prioritários) e prevê suas metas. Como subsídio do planejamento a própria equipe consolida um Diagnóstico Local de Saúde, com base no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIAB), alimentado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), membros da própria equipe, da avaliação da demanda, da percepção subjetiva dos membros da equipe, bem como da interlocução com o Conselho Local de Saúde (CLS) no qual a equipe participa. Destacou ainda vários serviços externos às UBS que servem de suporte e auxílio para o Planejamento, como informações da Vigilância Serviço de Vigilância Epidemiológica, disponibilização de base de dados *on line*, além como serviços de suporte da Área de Tecnologia de Informação (TI), essencial para todos os sistemas nesta plataforma; apoio técnico do Núcleo de Apoio Técnico/UAB, quanto a rotinas e procedimentos técnicos; apoio administrativo da Coordenação da Regional de Saúde, chefia responsável por um conjunto de quatro a oito UBSs, bem como da Gerência da Unidade de Atenção Básica e o apoio da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde (fls. 118-36).

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

Esta segregação é percebida nas entrevistas com os Gestores das Unidades Básicas de Saúde, por meio da qual 42% informaram que as necessidades das UBS não são contempladas no planejamento, 33% informaram que isto acontece às vezes e 25% responderam que sim (fls. 239-46).

Por fim, o que se verificou foi um apoio deficiente da SES às Secretarias municipais de saúde e um processo de planejamento não institucionalizado, principalmente nos municípios de Araquari e Canoinhas, dificultando uma participação efetiva de todos os profissionais, tanto das Secretarias como das Unidades Básicas de Saúde.

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

Diante do exposto cabe à **SES**:

- Instituir ações no sentido de melhor instrumentalizar e capacitar os Municípios no processo de planejamento da Atenção básica à Saúde em observância ao item 03, inciso VIII da PNAB;

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

2.3.2 Precariedade dos instrumentos de pactuação (Programação Pactuada e Integrada - PPI) e a baixa adesão dos Estados ao Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde - COAP, que tem como objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, e a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (art. 2º, II e art.34 do Decreto Federal 7.508/2012).

O Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, estabelece que o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (art. 3º, Decreto nº 7.508/11).

Ainda ordena 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, de acordo com a complexidade do serviço (art. 8º, Decreto nº 7.508/11).

Cabe aos entes federativos garantir este acesso, a partir das seguintes atribuições: I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (art. 13, Decreto nº 7.508/11).

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

Dentre as funções da atenção básica para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, destaca-se a sua função de “coordenar o cuidado” (PNAB, item 2, inciso III).

Coordenar o cuidado consiste em:

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 por meio de uma **relação horizontal, contínua e integrada**, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. (Grifo nosso)

Basicamente, seu papel é prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços,

para as necessidades que devem ser atendidas em outros níveis de atenção, Starfield, 2002, p. 314)¹⁹.

O artigo 33 do Decreto Federal 7.508/2001 estabeleceu que “o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP”.

O COAP tem como um dos objetivos a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde (art. 34, Dec. 7.508/2001) e definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos, indicadores, metas, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros, forma de controle e fiscalização e outros elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (art. 35, Dec. 7.508/2001).

Dentre as causas identificadas para as deficiências na articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção destaca-se a precariedade dos instrumentos de pactuação e a não efetivação do COAP como um instrumento substituto.

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a Programação Pactuada e Integrada (PPI) na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente (NOB 1/96).

A PPI traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual e em seu processo de elaboração os municípios constroem suas programações, que deverão ser aprovadas pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, mediante

¹⁹ Starfield, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES) (NOB 1/96).

Sobre os acordos de colaboração, 85,9% dos 128 Secretários que participaram do questionário eletrônico informaram que celebraram algum tipo de acordo, no qual estão definidas as responsabilidades e ações de saúde com outros municípios, e apenas 18 ou 14,1% informaram que não (Questão 42, 137-81).

Dentre os motivos para a não celebração de algum tipo de acordo, foi citado como principal motivo a falta de recursos do município para assumir responsabilidades em relação a outros municípios participantes das Redes de Atenção à Saúde (56,3%), seguida da ausência de articulação regional entre os municípios (50,0%), de uma infraestrutura inadequada para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (43,8%), de dificuldades na sistemática de financiamento (43,8%), e por último da ausência de atuação da Secretaria Estadual de Saúde (18,8%) (Questão 43).

Dentre aqueles que informaram celebrar tais instrumentos, 98 Secretários (88,3%) citaram a Pactuação Programada e Integrada (PPI) (Questão 44).

De acordo com resposta encaminhada pela SES (Ofício nº 00981-2014, Item 3.10, fls. 62-83) a PPI tem como objetivo programar os recursos por serviços estratégicos e grupos de procedimentos/especialidades estabelecendo parâmetros e custo médio para cada um desses grupos, tornando a macroalocação dos recursos de maneira mais equânime.

Esta forma de organização das ações em saúde foi homologada no Estado, através da Deliberação CIB nº 005/2004. Desde então, de forma esporádica, a PPI do Estado é atualizada e os municípios remanejam suas cotas conforme a necessidade de atendimento.

Além disso, a SES acrescentou que a última atualização da PPI, com a revisão dos parâmetros, custo médio dos grupos e atualização da população, foi aprovada pela Deliberação CIB nº 425, em novembro de 2010. E ainda que as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ocorrem mensalmente, para dentre outros assuntos, aprovação dos remanejamentos de cotas da PPI.

Os Municípios de **Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville** foram solicitados a informar sobre qual a forma adotada para a promoção do

acesso aos demais serviços prestados pela rede de atenção à saúde por meio de requisição (Item 3.8, fls. 84-136).

No Município de **Araquari**, foi informado que as consultas e exames não disponibilizados no âmbito do Município são encaminhados aos municípios de referência pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI). Os exames e consultas que o Município tem dificuldade de agendar via SUS, são compradas em Consórcio Intermunicipal de Saúde. Porém ainda existe uma parcela de exames, consultas e cirurgias que não são atendidas devido ao déficit de capacidade instalada nas referências para absorção da demanda.

Em entrevista, a Secretária de Araquari informou que há grande dificuldade no acesso à média e alta complexidade. O que tem sido feito é a contratação de especialistas como ortopedistas, neurologistas, oftalmologistas, psiquiatras, endocrinologistas, pneumologistas e dermatologistas, alguns por prazo determinado, outros efetivos.

Em **Canoinhas**, foi relatado que todos os acordos de pactuação foram feitos verbalmente em reuniões na Secretaria Municipal de Saúde, posteriormente cada município enviou suas planilhas de alterações devidamente assinadas pelos Gestores ao setor de Controle e Avaliação da SES para medidas cabíveis.

Em entrevista, a Secretária informou que uma das dificuldades é a baixa quantidade de ortopedistas. Que as contratualizações não são fiscalizadas pelo Estado e que há muitas reclamações, todas registradas nas atas da CIR e CIB.

Em **Florianópolis** foi Implantado o Complexo Regulador, aprovado através da Deliberação nº 524/CIB/2012, e também foi publicada Instrução Normativa que regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) (Diário Oficial do Município em 26 de julho de 2013).

Em relação aos problemas de acesso na rede de atenção, o Secretário também citou a dificuldade de contratualizar, pois a tabela do SUS, na sua percepção encontra-se defasada. Os prestadores não aceitam o preço de tabela, e tem que haver complementação com recursos próprios. Outra dificuldade é o fato de a Secretaria de Estado da Saúde não realizar o encontro de contas.

Em **Joinville**, a promoção do acesso dos municípios aos serviços da rede de atenção, a organização e pactuação de fluxos e a referência dos serviços de média e alta complexidade estão pactuados nos instrumentos que norteiam e promovem o acesso como: a PPI (Programação Pactuada e Integrada), os TCGAs (Termos de Compromisso de Garantia de Acesso em Alta Complexidade) e o PDR (Plano Diretor de Regionalização-2008) todos validados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Com base na análise do Questionário, documentos e entrevistas, verifica-se que apesar de a grande maioria dos municípios aderirem à PPI como uma forma de articularem-se para o acesso aos demais níveis de atenção, este instrumento apresenta algumas fragilidades a serem enfrentadas pelos municípios.

Tais dificuldades poderiam se minimizadas com a implementação do COAP, já que se trata de um instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde e de alocação de recursos das três esferas de governo.

No Brasil, os únicos Estados que assinaram o COAP foram Ceará, com 22 Regiões de Saúde e Mato Grosso do Sul com 04 regiões de saúde, em agosto de 2012.

Em Santa Catarina já foram instituídas as 16 regiões de saúde, por meio da Deliberação nº 457-CIB/2012, de 08/11/2012, em consonância com o disposto no art. 4º do Decreto nº 7.508 de 2011. Entretanto, o COAP ainda não foi assinado.

Segundo informações prestadas pela SES (Ofício nº 00981-2014, Item 3.8, fls. 62-83) o Estado de Santa Catarina vem realizando algumas ações e estratégias em conjunto com o Ministério da Saúde, o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde e os 295 municípios de forma participativa e democrática com o intuito de um maior entendimento do processo como um todo, para posteriormente realizar a assinatura do contrato. Elencou várias ações que foram tomadas neste sentido²⁰, no entanto, conclui que Santa Catarina somente

²⁰ 1. Iniciamos com a criação do "Grupo Condutor de Implementação do Decreto" através da Portaria nº 632 de 20/07/2012 SES e COSEMS, que atualmente se encontra em reformulação;

2. Realizadas várias oficinas para redefinição das Regiões de Saúde no Primeiro semestre de 2012;

3. Aprovado através da Deliberação nº 348/CIB/12, o novo desenho territorial das Regiões de Saúde de Santa Catarina, em 16 regiões, de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. O mesmo foi revisto pela Deliberação nº 457/CIB/2012;

4. Realizado uma reunião técnica com Ministério da Saúde, Paraná e Rio Grande do Sul, para a apresentação das experiências desenvolvidas nos dois estados;

assinará o COAP quando todos os processos que estão em andamento forem finalizados. Dentre os quais destacou o diagnóstico das regiões de saúde, a revisão e atualização da PPI que será substituída pela Programação Geral e Serviços da Saúde - PGASS e o mais importante uma definição mais clara quanto aos recursos financeiros envolvidos.

Nas entrevistas com os Secretários municipais (fls. 234-8) sobre a assinatura do COAP, o Município de **Araquari** informou o instrumento que tem hoje é o pacto de gestão assinado em 2008. Em **Canoinhas**, apesar de o Estado não ter aderido ainda, já estão utilizando os indicadores a partir de 2013. Em **Florianópolis**, a crítica ao COAP é em relação ao financiamento, pois existe a obrigação de alocar recursos, porém não gera novos.

Em **Joinville**, foi informado que a Secretaria de Estado da Saúde encaminhou em 2012 um questionário sobre saúde. Em 2014 tiveram o conhecimento de um diagnóstico consolidado, mas ainda não foi discutido como vai ser a metodologia e qual vai ser o custo.

Ante os resultados do Questionário eletrônico e os depoimentos colhidos nas entrevistas com os Gestores municipais de saúde, percebe-se que a atuação da SES como responsável pela implementação do COAP no Estado, não está em conformidade com o que estabelece o Decreto Federal nº 7.508/2011 em seu artigo 39.

Segundo o dispositivo legal, a Secretaria de Estado de Saúde é o órgão responsável pelo estabelecimento das normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, assim como pela coordenação da sua implementação.

Por fim, as fragilidades dos Instrumentos de Pactuação Programada e Integrada e a não adesão ao COAP no Estado contribuem para a restrição do

5. Foram realizadas oficinas para definição da MATRIZ DIAGNÓSTICA, com base no Decreto nº 7.508, em que foram abordados temas relacionados a quais serviços que os municípios possuíam em seu território, suficiência, insuficiência dos mesmos, referências, encaminhamentos, onde compra os serviços indisponíveis em seu território, onde busca, referencia/encaminha para onde? Foi utilizado o FORMSUS, com questionário e encaminhado para as CIRS- Comissão Intergestora, em 30/Out/12 para devolução em 30/Nov/12. Durante o ano de 2014, com o documento compilado, foram realizados oficinas nas CIRs para validação do mesmo

6. Foi encaminhado para o Ministério da Saúde o Plano de Trabalho, referente ao recurso do Anexo II, das Portarias nº 2.979/11 e 3160/11 de 2012, que dispõem sobre capacitações nas Regiões de Saúde;

7. No dia 25/04/2013, foi realizada uma oficina com todas as Superintendências, Diretorias, Gerências e seus técnicos, sobre a Operacionalização do COAP em Santa Catarina, com a proposta de realizar um exercício tendo como referência duas Regiões de Saúde. Depois deste encontro, foram feitas reuniões individualizadas com as áreas para elaboração do exercício proposto (Abril e Maio), visando maior entendimento e a inserção desses no processo;

8. Em 17/06/2013, foi realizada uma reunião do Secretário Estadual e alguns técnicos com o Ministério da Saúde, em Brasília, com o Secretário Luiz Odorico Andrade, para oficializar a intenção de Santa Catarina em iniciar o processo;

9. Realizado uma reunião para a apresentação do resultado do exercício no dia 06/06/2013, com a presença dos técnicos do Ministério da Saúde

acesso da população à média e alta complexidade, o que reflete diretamente no aumento das demandas judiciais.

Neste sentido cabe à **SES**:

- Assumir sua atribuição de articulador do estabelecimento de fluxos de integração regionalizada da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, por meio da implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), estabelecido pelo art. 33 do Decreto Federal 7.508/2011.

Com estas medidas haverá a implementação e o aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção.

2.3.3 Restrição do acesso da população aos outros níveis de atenção, em desacordo com o que estabelece o artigo 2º, § 1º, da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90.

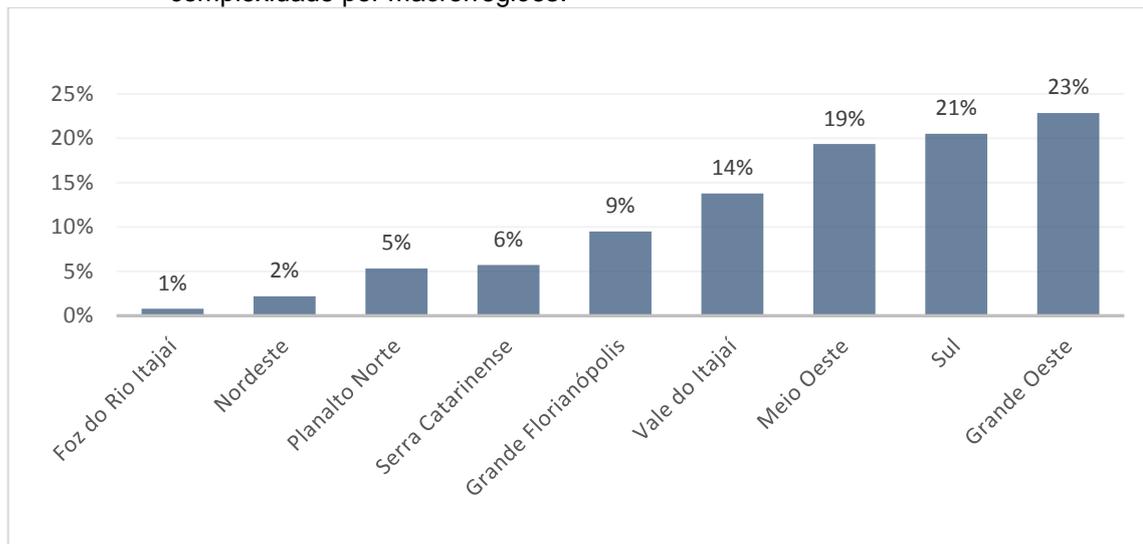
A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (art. 2º, §1º).

O Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, ordena 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, de acordo com a complexidade do serviço (art. 8º, Decreto 7.508/11).

Ao se realizar um levantamento no site do Ministério da Saúde²¹ da quantidade de estabelecimentos estaduais ambulatoriais de média e alta complexidade e de hospitais de média e alta complexidade no Estado de Santa Catarina por macrorregião, fica evidente esta má distribuição, conforme gráficos que segue.

²¹ <[Http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?cnes/cnv/atencsc.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?cnes/cnv/atencsc.def)> acesso em 12/11/2014

Gráfico 9 - Demonstrativo do % de estabelecimentos ambulatoriais estaduais de média e alta complexidade por macrorregiões.



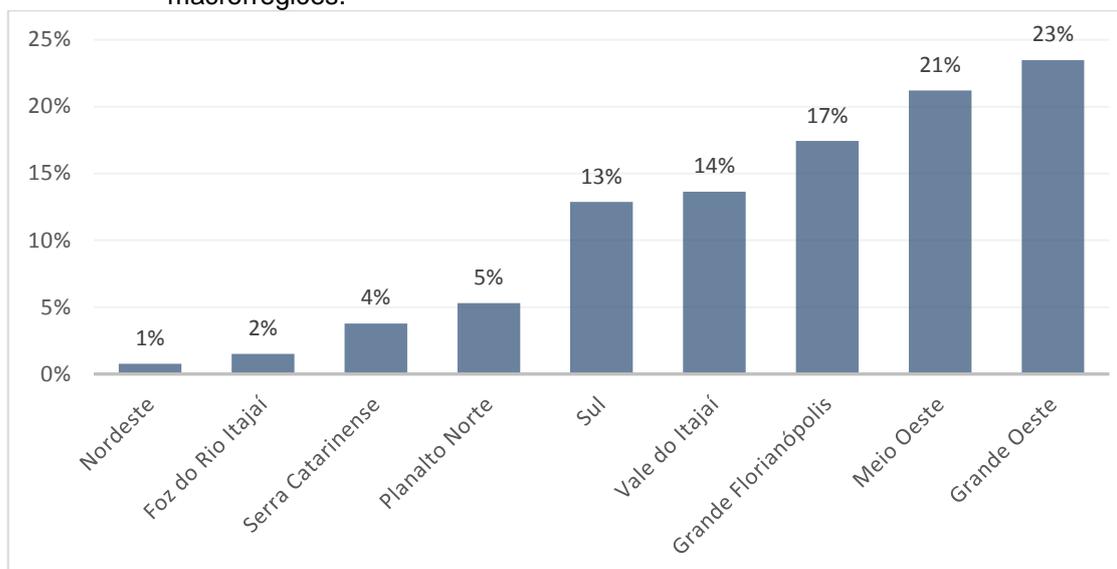
Fonte: Dados do Ministério da Saúde (PT 13).

O Estado conta com 176 estabelecimentos ambulatoriais, sendo 164 de média complexidade e 12 de alta complexidade. Ao analisar a sua distribuição geográfica verifica-se que há uma concentração de 76% em apenas 4 Macrorregiões, ficando Vale do Itajaí com 14%, Meio Oeste com 19%, Sul com 21% e Grande Oeste com 23% destes estabelecimentos.

Assim como observa-se uma menor concentração, de apenas 24% estabelecimentos ambulatoriais nas demais Macrorregiões, como Foz do Rio Itajaí, com 1%, Nordeste, com 2%, Planalto Norte com 5%, Serra Catarinense com 6% e Florianópolis com 9%.

A mesma disparidade é identificada na análise da distribuição dos Hospitais de média e alta complexidade estaduais por macrorregiões, conforme demonstra gráfico que segue.

Gráfico 10 - Demonstrativo do % de hospitais estaduais de média e alta complexidade por macrorregiões.



Fonte: Dados do Ministério da Saúde (PT 13).

O Estado conta com 31 Hospitais, sendo 28 de média complexidade e 03 de alta complexidade. Ao analisar sua distribuição, verifica-se que 89% da estrutura de Hospital Estadual de Média e Alta complexidade encontra-se em cinco Macrorregiões, com 23% no Grande Oeste, 21% no Meio Oeste, 17% na Grande Florianópolis, 14% no Vale do Itajaí e 13% no Sul. Da mesma forma, há uma menor concentração (11%) nas Macrorregiões do Nordeste (1%), Foz do Rio Itajaí (2%), Serra Catarinense (4%), Planalto Norte (5%).

Ressalta-se que no caso de Joinville, pertencente à região Nordeste, a população é atendida pelo Hospital Municipal de São José, o que acaba onerando o gasto do Município com saúde, que já está em 37% dos recursos próprios. Em entrevista com a Secretária (fls. 234-8), foi informado que 70% folha de pagamento da saúde é gasto com o Hospital Municipal de São José e com a produção de média e alta complexidade dos profissionais.

Esta distribuição inadequada não é uma situação desconhecida dos gestores estaduais, já que uma análise da distribuição de serviços ambulatoriais especializados do Estado, constante do próprio Plano Estadual de Saúde 2012/2015, fica clara esta disparidade quanto aos serviços especializados existentes no Estado.

Apesar dos esforços do governo em regionalizar a assistência, **persistem disparidades na distribuição dos serviços ambulatoriais especializados.** Na Região de Saúde da Grande Florianópolis foram realizados 15% dos serviços de média complexidade e 73,41% dos serviços de alta complexidade, o que explica a diferença da distribuição dos serviços nessa região quando comparada às demais. Nas demais

regiões de saúde do estado a participação dos procedimentos de Alta Complexidade são inferiores a 1,9% em 06 Regiões de Saúde e inferior a 1% em 14 Regiões de Saúde. Os serviços de Média Complexidade apresentam déficit em todo o estado. Os serviços deste nível hierárquico dão resolutividade à rede de serviços com um custo moderado, quando comparados aos valores da Alta Complexidade (Item 2.1.3.2, p.85).

Esta limitação impacta diretamente no número de pacientes na fila de espera por exames e consultas especializadas, o que é evidenciado por meio da documentação solicitada aos municípios visitados.

De acordo com as informações encaminhadas têm-se um total de 9.500 pessoas na fila de espera desde 2012, 29.156 desde 2013, 30.797 desde 2014 e 20.017 sem data informada, perfazendo um total de 89.470 pessoas na fila por exames e consultas especializadas, conforme tabela a seguir:

Tabela 8 - Número de pessoas na fila de espera por exames e consultas especializadas da média e alta complexidade nos anos de 2012 a 2014 (Dados municipais).

Ano	Araquari	Canoinhas	Florianópolis	Joinville	Total Geral
2012	1021		8479		9500
2013	3661		25495		29156
2014	1867		28930		30797
Ano não informado		8530		11.487	20017
Total	6549	8530	62904	11487	89470

Fonte: Dados encaminhados pelos municípios por meio das requisições (Item 3.13).

A mesma informação foi solicitada à Secretaria de Estado da Saúde, que encaminhou o número de pessoas na fila, com a data da solicitação no Sistema Nacional de Regulação - SISREG.

Com base na documentação encaminhada, observa-se um número bem menor em relação ao número que os municípios encaminharam, mesmo sendo um período de abrangência maior, de 2010 a 2014.

Do total de 12.836 pessoas na fila de espera dos municípios visitados, têm-se que 2.383 estão aguardando desde 2010, 7.153 desde 2011, 1.697 desde 2012, 1.066 desde 2013 e 537 desde 2014, conforme demonstra a tabela a seguir.

Tabela 9 - Número de pessoas na fila de espera por exames e consultas especializadas da média e alta complexidade nos anos de 2010 a 2014 (Dados do Estado).

Municípios	Araquari	Canoinhas	Florianópolis	Joinville	Total Geral
2010		152	2231		2383
2011		117	6990	46	7153
2012	4	249	1426	18	1697

Municípios	Araquari	Canoinhas	Florianópolis	Joinville	Total Geral
2013	4	62	959	41	1066
2014	3	8	520	6	537
Total Geral	11	588	12126	111	12836

Fonte: Dados encaminhados pela Secretaria de Estado de Saúde.

A má distribuição dos estabelecimentos de saúde implica diretamente na restrição do acesso da população aos outros níveis de atenção, conforme comprova o alto número de pessoas na fila de espera, demonstrada na tabela anterior.

Além disso, os Municípios pequenos são obrigados a oferecer ou contratar da rede particular outros níveis de atenção, assim como arcar com uma suplementação financeira para que o paciente tenha acesso a procedimentos e atendimentos especializados, o que sobrecarrega os municípios financeiramente com as ações e serviços de saúde pública, chegando a aplicar percentuais que vão além dos 15% estabelecidos legalmente, conforme explicitado no Item 2.3.6.1.

Neste sentido, cabe à **SES**:

- Ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade no Estado de Santa Catarina de forma a atender às necessidades de saúde da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, conforme estipula o artigo 2º, §2º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90.

Com isso, haverá um aumento e uma melhor distribuição da capacidade instalada de alta e média complexidade, assim como os municípios poderão priorizar seus investimentos na AB e conseqüentemente haverá uma maior resolutividade pela AB.

2.3.4 Deficiências na integração entre os níveis de atenção como falta de integração dos sistemas informatizados; ausência de apoio e estruturação matricial para reduzir os encaminhamentos; falta da prática dos profissionais da MAC em registrar a contrarreferência; e ausência de controle sistemático após o encaminhamento para outros níveis de atenção, o que interfere no cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal,

contínua e integrada, segundo estabelece o Item 2 da Política Nacional de Atenção Básica.

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

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

Para um melhor entendimento da relação entre referência e contrarreferência, faz-se necessário descrever como acontece o seu fluxo²². O acesso da população à rede de saúde se dá por meio dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de maior complexidade tecnológica (secundário e terciário).

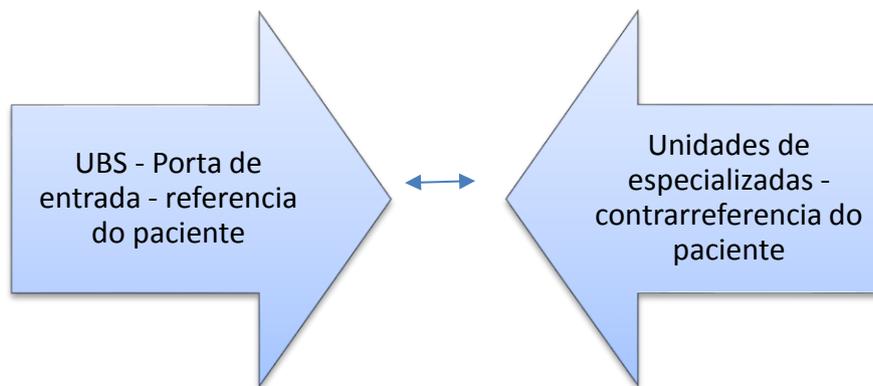
O Sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo, no qual os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde.

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

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

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

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



Vê-se, portanto, que deve haver uma integração entre os níveis de atenção para o sucesso deste processo. Esta integração envolve vários aspectos, dentre os quais destacam-se o conhecimento dos fluxos, a capacitação dos profissionais, a estrutura de Tecnologia da Informação, incluindo os sistemas, e a prática médica de registrar a contrarreferência.

Em entrevista realizada com 12 profissionais médicos das UBS visitadas (fls. 239-46), 58%, responderam que as dificuldades no acompanhamento da referência se deve à falta de cultura dos profissionais, 42% à falta de integração entre os sistemas e 25% falta de conhecimento do paciente.

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

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

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

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

A Secretaria implantou Sistema de Regulação (SISREG) do Ministério da Saúde, em março de 2013, e vem implantando os módulos disponíveis (consultas especializadas, exames). A próxima etapa será a regulação das consultas e procedimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, extinguindo a necessidade dos pacientes ficarem em filas para agendamento (Item 3.11 da Requisição, fls. 84-96).

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

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

No **Município de Canoinhas** foi informado que a contrarreferência se dá através de prescrição médica, de enfermagem, ou através de contato telefônico entre os serviços envolvidos. Não há contrarreferência para casos de atendimentos nos hospitais do Estado (Item 3.11 da Requisição, fls. 97-110).

De acordo com os profissionais entrevistados das UBS de Canoinhas, não existe formalmente a contrarreferência, na maioria das vezes, o médico acompanha os casos somente quando o usuário traz os exames solicitados. Dentre os problemas mais citados destacam-se a falta de integração entre os sistemas, como por exemplo, um prontuário eletrônico, o alto número de encaminhamentos para a média e alta complexidade, e a baixa quantidade de ortopedistas.

No município de **Florianópolis** é utilizado prontuário eletrônico do paciente, chamado de Infosaúde, o que segundo a Secretaria garante o fluxo das informações entre os Serviços Municipais de Saúde (Item 3.11 da Requisição, fls. 111-7).

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

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

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

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

Em **Joinville**, foi informado que mesmo com a orientação para que se realize a referência e a contrarreferência, é frequente que o usuário retorne da consulta com o especialista sem a contrarreferência. Em algumas especialidades esta prática está implementada, como é o caso da endodontia e periodontia. A mesma situação ocorre nos Prontos Atendimentos, onde os pacientes classificados na cor azul são contrarreferenciados para a Atenção Básica para agendamento. Pela intranet é possível ter acesso às especialidades consultadas, porém como não dispõem de um prontuário eletrônico, não é possível ter acesso ao atendimento que foi realizado ((Item 3.11 da Requisição fls. 118-36).

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

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

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

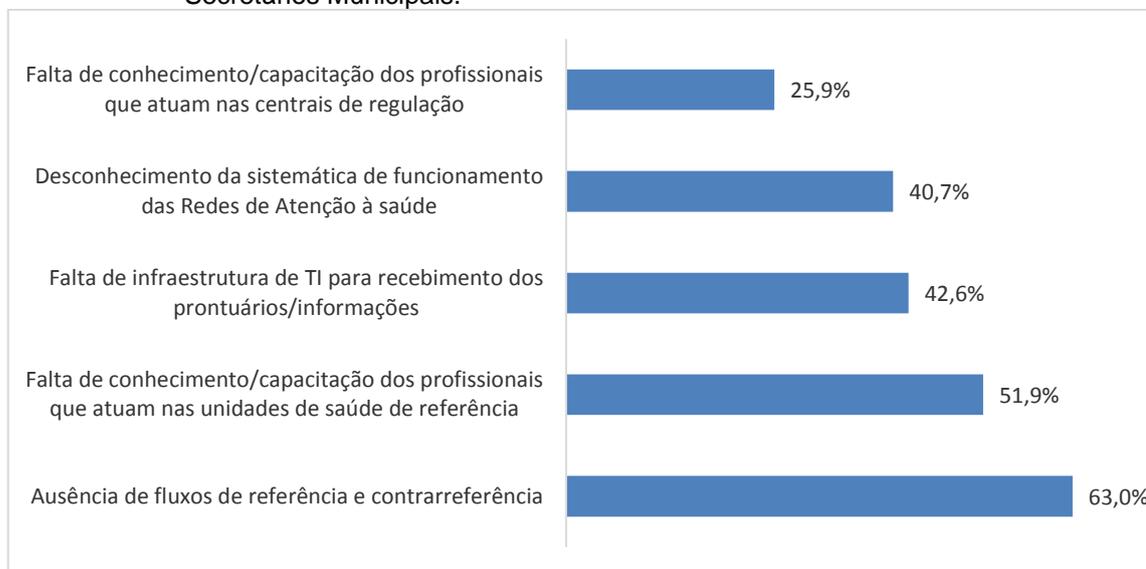
Com base na documentação encaminhada e nas entrevistas realizadas, os principais problemas identificados foram (1) ineficiência dos sistemas informatizados utilizados para integração entre os níveis de atenção e a falta da prática médica dos profissionais da média e alta complexidade de registrar a contrarreferência.

Os Questionários eletrônicos aplicados aos Secretários Municipais corroboram a existência destes problemas. Apesar de 56,3% dos secretários informaram que há o registro da contrarreferência após o encaminhamento do paciente da AB para outros níveis de atenção, 43,8% informaram que não (Questão 50, 137-81).

Quando questionados sobre os motivos para não haver contrarreferência, a maioria das respostas foi (1) ausência de fluxos de referência e contrarreferência, com 63,0% de citações, seguida da (2) falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de referência (51,9%), da (3) falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações (42,6%), do (4) desconhecimento da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (40,7%) e da falta de capacitação

dos profissionais que atuam nas centrais de regulação (25,9%), conforme pode-se observar no gráfico a seguir.

Gráfico 11 - Motivos para não existir o contrarreferenciamento segundo a percepção dos Secretários Municipais.



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

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

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

Neste sentido, resta à **Secretaria Estadual de Saúde**:

- Aprimorar os sistemas de informação, articulando-se com as SMS, com vistas à integração entre as ferramentas de referência a contrarreferência;

- Implementar estratégias para o desenvolvimento do apoio matricial nas Secretarias Municipais de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde;
- Criar mecanismos que institucionalize o preenchimento/registo da contrarreferência;
- Apoiar os municípios no estabelecimento de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o encaminhamento para outros níveis de atenção, ainda, monitorar e consolidar os resultados.

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

Comentários do Gestor (fls. 341-42)

A unidade gestora informou que no estado não existe um prontuário eletrônico único, que possibilite um acompanhamento por parte do estado das referências e contrarreferências. Ao passo que, na prática, os municípios possuem sistemas próprios que não conversam entre si, de forma que apenas há integração interna no município.

Além disso, o Ministério da Saúde está disponibilizando um novo programa “SISAB” que utiliza o *software* e-SUS AB, sendo a adesão obrigatória até a competência de maio deste ano. O e-SUS AB permite a emissão de relatórios, o que facilitará essa função, visando uma maior gestão da informação no município.

A SES relatou que o papel de ordenadora do cuidado da Atenção Básica ainda é incipiente no País, pois ainda não foi possível sistematizar o acompanhamento do percurso do paciente em toda a rede de atenção.

Conclui que ainda não há integração entre os sistemas, havendo necessidade de o estado e os municípios manterem várias formas de controle para acompanhar a longitudinalidade da atenção à saúde do cidadão.

Análise dos comentários do Gestor

Na Auditoria identificou-se a ineficiência dos sistemas informatizados utilizados para integração entre os níveis de atenção e a falta da prática médica dos profissionais da média e alta complexidade em registrar a contrarreferência. Dessa forma, verificou-se que não há contrarreferência para casos de atendimentos nos hospitais do Estado.

Segundo análise, entende-se que os problemas estão relacionados à estrutura de tecnologia de informação, que deveria prover sistemas de informação que permitam a integração entre os níveis de atenção; à gestão de pessoas, no sentido de que deveria haver uma melhor capacitação e conscientização dos profissionais acerca do registro da referência e contrarreferência; e à falta de uma sistematização do fluxo e dos procedimentos de referência e contrarreferência.

As informações prestadas pela unidade gestora de que está sendo implementado um software específico para a área da saúde, responsável pela emissão de relatórios, é uma medida importante e que pode auxiliar na redução dos problemas decorrentes da falta de infraestrutura de TI. No entanto, para os problemas relacionados à falta de contrarreferência, são necessárias outras medidas as quais não foram mencionadas pelo Gestor.

Ainda, a falta de integração de sistemas e a ausência de um prontuário único foram corroboradas pelo Gestor, o que implica na permanência das **recomendações** sugeridas à Secretaria Estadual da Saúde.

2.3.5 Deficiências no repasse estadual para o financiamento tripartite da Atenção básica aos municípios.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o financiamento da atenção básica é tripartite, ou seja, de composição federal, estadual e municipal (item 6 da PNAB).

Os repasses, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”,

realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde.

O financiamento federal é composto da seguinte forma:

a) Recursos per capita - transferido mensalmente, regularmente e automaticamente, de fundo a fundo, com base num valor (fruto de pactuação tripartite e levanto em conta critérios de equidade) multiplicado pela população do município;

b) Recursos para projetos específicos – estão incluídos recursos para (a) compensações de especificidades regionais, com base em critérios definidos em portaria ministerial; (b) o programa de requalificação das UBS, que são recursos para a estrutura da rede de serviços da AB, cujos critérios são objetos de pactuação na CIT e nas CIB;

c) Recursos para Investimento – destinados à estruturação dos serviços e ações da atenção básica que podem ser repassados aos municípios/estados fundo a fundo, ou por meio de convênio;

d) Recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários – para implantação de equipes de saúde da família, saúde bucal e dos NASF. Estes são repassados na competência financeira do mês posterior à implantação;

e) Recursos condicionados a resultados, como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Os valores de financiamento federal para o exercício de 2014 estão estabelecidos nos seguintes instrumentos na Portaria nº 1409/2013 (PAB Fixo), Portaria nº 978/2012 (PAB Variável EFS/SB/NASF), Portaria nº 314/2014 (PAB Variável ACS) e Portaria nº 548/2013 (PAB variável NASF).

O repasse financeiro estadual consiste em recursos de apoio para implantação e manutenção de equipes de saúde de família (SF), equipes de SF com adesão ao PMAQ, equipes de saúde bucal (SB), núcleos de apoio à saúde da família (NASF), centro de especialidades odontológicas (CEO), centros de atenção psicossocial (CAPS), municípios pertencentes ao Programa Catarinense de Inclusão Social Descentralizado (PROCIS).

O Cofinanciamento estadual para o ano de 2014 está definido nas Deliberações da CIB nº 440/CIB/2013 e 520/CIB/2013.

Em síntese, os recursos federais e estaduais que devem ser repassados a título de financiamento tripartite para os municípios constam da figura a seguir.

Figura 2 - Resumo dos recursos da estratégia saúde da família de 2014.

RESUMO DOS RECURSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – 2014										
PAB Fixo - Portaria nº 1.409 de 10 de julho de 2013 PAB Variável ESF, SB e NASF – Port. nº 978, de 16 de Maio de 2012 PAB Variável ACS -: Portaria 314 de 28 de Fevereiro de 2014 PAB Variável NASF: Portaria 548, de 04 de abril de 2013 Cofinanciamento AB e NASF SC: Deliberação CIB nº440/2013 e 520/2013										
Valor PAB Fixo	VALOR PAB VARIÁVEL								RECURSO ESTADUAL	
	RECURSO FEDERAL								NASF SC Mod. 1	NASF SC Mod. 2
	ESF Mod. I	ESF Mod. II	ESB Mod. I	ESB Mod. II	ACS	NASF 1	NASF 2	NASF 3		
R\$28,00 ou R\$26,00 ou R\$24,00 ou R\$23,00 Hab./ano	R\$10.695,00 / mês / equipe (Quilombolas Assentamentos) Cálculo: nº equipes x R\$10.695,00 x 12 Implantação: R\$20.000,00 (parcela única) Provab/Mais Médico: R\$4.000,00	R\$7.130,00 / mês / equipe Cálculo: nº equipes x R\$7.130,00 x 12 Implantação: R\$20.000,00 (parcela única) Provab/Mais Médico: R\$4.000,00	R\$2.230,00 / mês / equipe Cálculo: nº equipes x R\$2.230,00 x 12 Equipos ESF Mod. I R\$3.345,00 Implantação: R\$7.000,00 (parcela única)	R\$2.980,00 / mês / equipe Cálculo: nº equipes x R\$2.980,00 x 12 Equipos ESF Mod. I R\$4.470,00 Implantação: R\$7.000,00 (parcela única)	R\$1.014,00/ ACS / mês e uma parcela extra no último trimestre Cálculo: nº ACS x R\$1.014,00 x 13	R\$20.000,00 / mês / equipe De 5 a 9 ESF Cálculo: nº equipes x R\$20.000,00 x 12 Implantação: R\$20.000,00 (parcela única)	R\$12.000,00/ mês/equipe De 3 a 4 ESF Cálculo: nº equipes x R\$12.000,00 x 12 Implantação: R\$ 12.000,00 (parcela única)	R\$8.000,00/ mês/equipe De 1 a 2 ESF Cálculo: R\$8.000,00 x 12 Implantação: R\$8.000,00 (parcela única)	R\$ 8.000,00 / mês De 4 a 7 ESF Cálculo: R\$8.000,00 x 13 OBS: Não serão credenciados novos NASF SC	R\$ 4.000,00 / mês De 1 a 3 ESF Cálculo: R\$4.000,00 x 13 OBS: Não serão credenciados novos NASF SC
COFINANCIAMENTO ESTADUAL										
	ESF Mod. I	ESF Mod. II	ESB Mod. I	ESB Mod. II	ACS	NASF 1	NASF 2	NASF 3		
	R\$1.400,00 + R\$250,00 (PMAQ)	1.400,00+250,00 (PMAQ)	700,00+ 125,00 (PMAQ)	700,00+ 125,00 (PMAQ)		R\$3.000,00/ mês Cálculo: R\$3.000,00 x 13	R\$2.500,00/ mês Cálculo: 2.500,00 x 13	R\$2.000,00/ mês Cálculo: R\$2.000,00 x 13		

Obs.: Os municípios que possuem equipe ESF Mod. I fazem jus a 50% a mais no valor do incentivo de Saúde Bucal do MS.

NASF FEDERAL 1 – De 5 a 9 equipes (carga horária mínima: 200h)

NASF FEDERAL 2 – De 3 a 4 equipes (carga horária mínima: 120h)

NASF FEDERAL 3 – De 1 a 2 equipes (carga horária mínima: 80h)

NASF SC 1 - De 4 a 7 equipes

NASF SC 2 – De 1 a 3 equipes

EMAD Tipo 1 – R\$ 50.000,00

EMAD Tipo 2 – R\$ 34.000,00

EMAP – R\$ 6.000,00

Fonte: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=203&Itemid=45. Acesso em 25/11/2014.

Com base nos dados disponibilizados no site da SES, foram consolidadas as Deliberações nº 013 e nº 344 de 2011, nº 493 de 2012 e 520 de 2013, no quadro a seguir.

Tabela 10 - Consolidação das Deliberações CIBs de 2011 a 2013.

Tipo de Incentivo	CIB 2011	CIB 2012	CIB 2013
Incentivo estadual para a Atenção Básica	R\$ 42.000.000,00	R\$ 42.000.000,00	R\$ 50.400.000,00
Cofinanciamento da Estratégia Saúde da Família	R\$ 29.454.000,00	R\$ 29.454.000,00	R\$ 40.131.800,00
Incentivo por adesão ao PMAQ	Equipes	R\$ 1.400,00	R\$ 1.650,00
	Equipes de Saúde Bucal	R\$ 700,00	R\$ 825,00

Tipo de Incentivo	CIB 2011	CIB 2012	CIB 2013
Apoio ao início do funcionamento de novos CAPS	R\$ 1.350.000,00	R\$ 1.350.000,00	R\$ 1.350.000,00
Financiamento dos NASF	R\$ 9.256.000,00	R\$ 8.105.688,00	R\$ 7.124.000,00
Cofinanciamento dos CEOs	R\$ 950.000,00	R\$ 951.456,00	R\$ 951.456,00
Realização de eventos e publicação da Revista Catarinense de SF	R\$ 990.000,00	R\$ 2.138.856,00 *	R\$ 842.744,00

Fonte: consolidação das Deliberações das CIBs 2011-2013

* Foi inclusa nos gastos a premiação das equipes da Estratégia Saúde da Família e participantes das atividades do Telessaúde.

Analisando a tabela acima, verifica-se que houve um aumento do incentivo estadual para a Atenção Básica com a CIB 2013, que corresponde ao exercício de 2014. O que impactou no acréscimo do cofinanciamento da ESF e dos incentivos por adesão ao PMAQ. No entanto, percebe-se a redução do financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Embora os valores aprovados para o cofinanciamento da Atenção Básica para 2014 tenham aumentado, em relação a 2013 e 2012, os recursos ainda não são considerados suficientes pelos gestores municipais, conforme será demonstrado nos itens a seguir.

2.3.5.1 Contribuição do Estado com o financiamento tripartite da Atenção Básica aos municípios com um percentual inferior em relação ao total de recursos estaduais destinados à saúde, o que não coloca a Atenção Básica como prioridade segundo pressuposto da PNAB (Item 3.1, inciso IV).

Conforme pressuposto na PNAB, o financiamento da atenção básica deve ser tripartite, ou seja, de composição federal, estadual e municipal. Sendo responsabilidades comuns às três esferas de governo (item 3.1, inciso IV): *“estabelecer, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica.”*

Ainda com base na PNAB, dentre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde, destacam-se (item 3.3, incisos II e IV):

II – Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV – Submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando à (ao):

- a) Aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;
- b) Comunicação ao Ministério da Saúde;

c) Bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB (p. 30).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (art. 15, incisos II e X) prevê as atribuições das três esferas de governo, sendo uma delas a “*administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde*”.

Ainda, a Lei Complementar Federal nº 141/2012, expõe que:

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 17 (...)

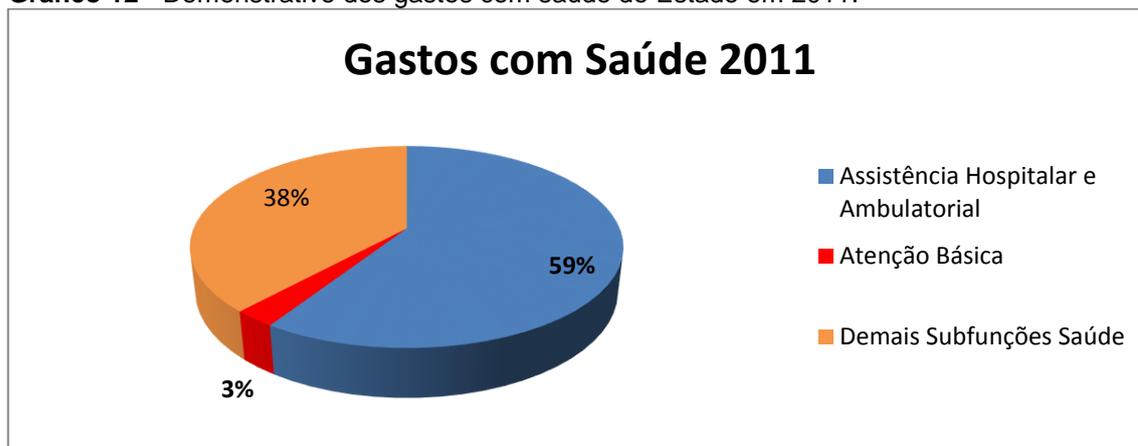
§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, **serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.**

Conforme o exposto nas legislações acima, sobretudo no parágrafo 2º do art. 17 da LC 141/12, é pressuposto do SUS que as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde sejam reduzidas, ao passo que os recursos destinados à saúde sejam aplicados de maneira que contribua com a diminuição dessas diferenças.

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

Analisando dados referentes aos gastos efetuados em saúde pelo Estado de Santa Catarina extraídos do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal/SIGEF, consolidaram-se os mesmos a partir das subfunções Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial, agrupando as demais subfunções de saúde, nos anos de 2011, 2012 e 2013, conforme expõem os gráficos a seguir.

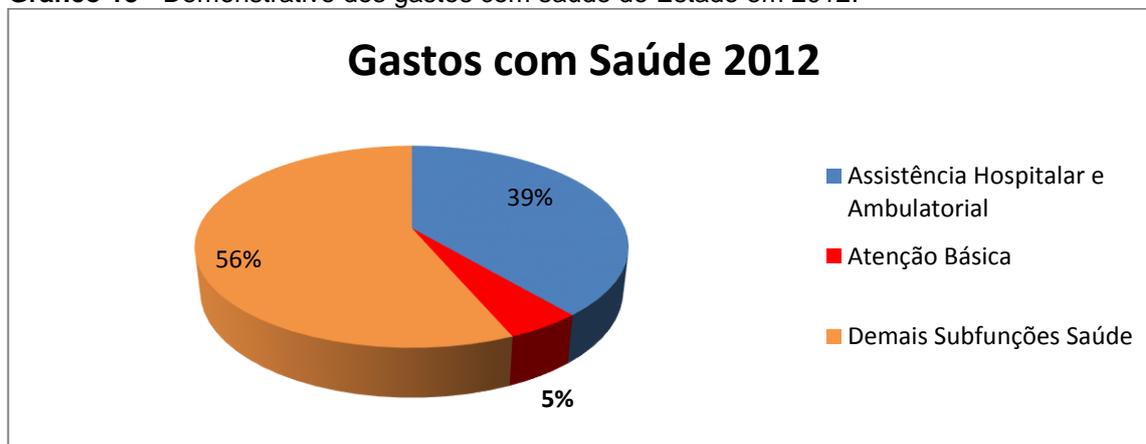
Gráfico 12 - Demonstrativo dos gastos com saúde do Estado em 2011.



Fonte: análise dos gastos com saúde (PT 14).

Dentre os gastos totais em saúde realizados pelo Estado no ano de 2011, que foram de R\$ 2.021.261.192,48, apenas R\$ 54.798.293,64 foi destinado ao nível de Atenção Básica, o que representa 2,71% dos gastos totais. Em contrapartida, os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial representaram 59,11% das despesas com saúde, ou seja, R\$ 1.194.793.501,31.

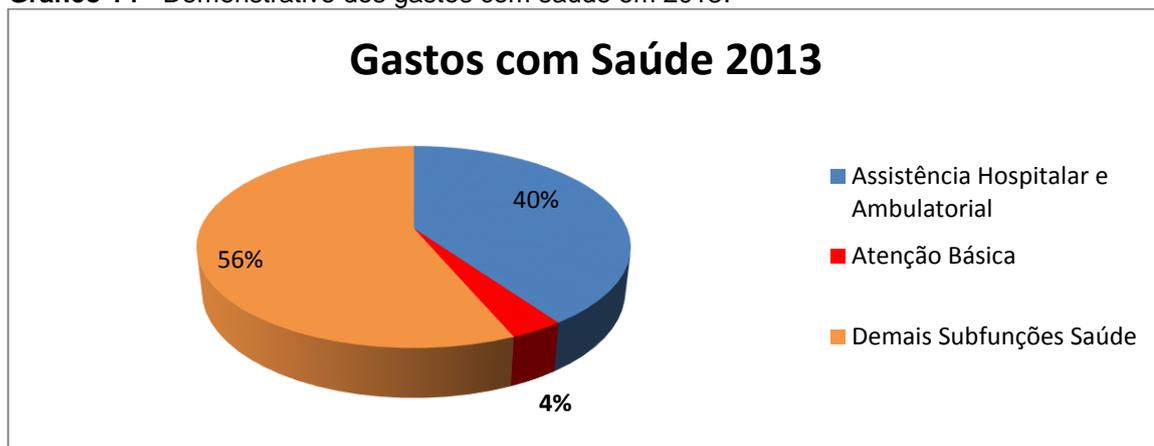
Gráfico 13 - Demonstrativo dos gastos com saúde do Estado em 2012.



Fonte: análise dos gastos com saúde (PT 14).

Para o ano de 2012, os gastos totais do Estado efetuados com saúde foram de R\$ 2.137.495.253,29, sendo que apenas R\$ 101.712.048,59 foi destinado ao nível de Atenção Básica, representando 4,76% do total aplicado em saúde. Por outro lado, os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial representaram 38,86% das despesas com saúde, ou seja, R\$ 830.698.858,06.

Gráfico 14 - Demonstrativo dos gastos com saúde em 2013.



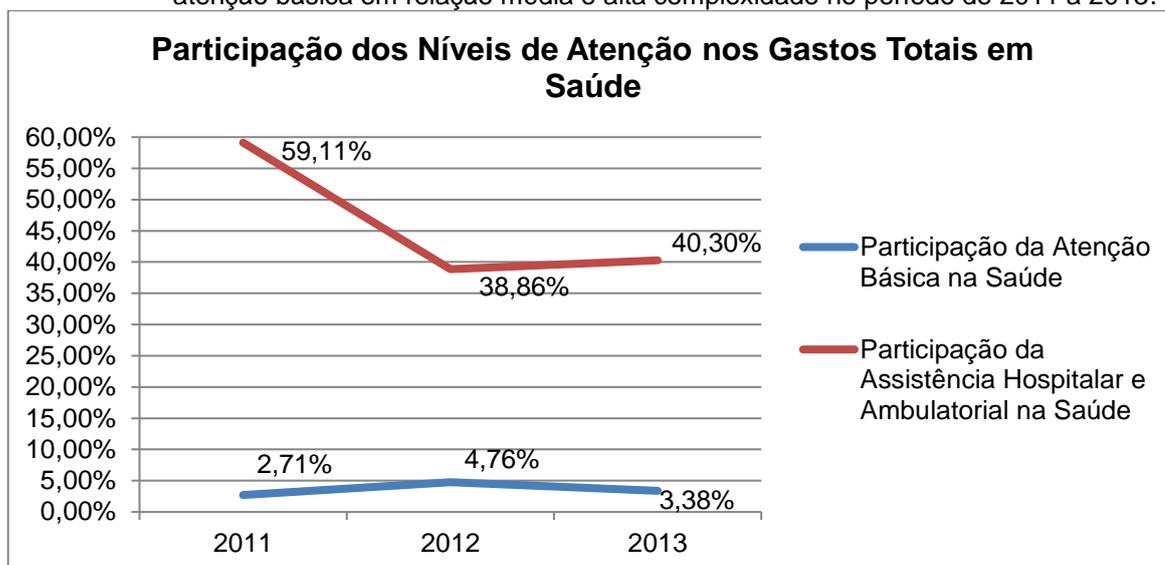
Fonte: análise dos gastos com saúde (PT 14).

Em 2013, verificando os gastos em saúde do Estado, que foram de R\$ 2.443.929.288,89, apenas R\$ 82.636.080,01 foi efetuado com a Atenção Básica, o que representa 3,38% do destinado à saúde. Já os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial representaram 40,30% das despesas com saúde, ou seja, R\$ 984.821.917,09.

Observa-se um aumento do percentual de repasse para a Atenção Básica de 2011 para 2012, passando de 2,71% para 4,76%. No entanto, em 2013, ocorreu uma redução do apoio do Estado para a Atenção Básica, uma vez que de 4,76% aplicados em 2012, o percentual reduziu para 3,38% no ano seguinte, apresentando uma diminuição de R\$ 19.075.968,58 no total de recursos destinados a este nível.

Comparando os percentuais de distribuição dos recursos para a Atenção Básica e Média e Alta Complexidade no Estado, no período de 2011 a 2013, obteve-se o seguinte gráfico:

Gráfico 15 - Comparativo do percentual de participação dos gastos com saúde do Estado na atenção básica em relação média e alta complexidade no período de 2011 a 2013.



Fonte: Análise dos gastos com saúde (PT 14).

Embora seja notado um declínio do percentual de recursos destinados à Média e Alta Complexidade no ano de 2012, acompanhado da elevação do percentual de recursos aplicados na Atenção Básica no mesmo ano, ainda há uma grande disparidade entre os recursos aplicados pelo Estado na Atenção Básica em relação à Média e Alta Complexidade, o que é corroborado pelos depoimentos coletados por meio do questionário eletrônico aplicado aos Secretários Municipais de Saúde.

Na última questão do referido instrumento, os Secretários Municipais foram convidados a registrar comentário e/ou informação adicional sobre sua experiência com a gestão municipal da Atenção Básica.

Dos relatos registrados, convém destacar que a maioria dos participantes ressaltou que os valores que os Governo Estadual e a União têm repassado aos Municípios vem comprometendo os percentuais gastos na saúde pelo município, muitas vezes comprometendo o orçamento dos demais setores.

Neste sentido, foram selecionados alguns depoimentos que melhor retratam as percepções coletadas.

Sobre a questão dos repasses de recursos, observo que **o estado tem repassado uma parcela muito inferior que união**, e também quero reforçar aqui a necessidade urgente de aumento de recursos para a saúde nos municípios, já que os municípios estão cada vez mais assumindo responsabilidades e ações em saúde com aumento significativo dos gastos em saúde, chegando a gastar 29,5% da receita do município.

Os recursos vindos da união e do Estado são insuficientes para custear o aumento do número de equipes de saúde da família. Um

dos fatores que leva o município a investir 37% de sua receita corrente líquida em saúde.

Os municípios estão cada vez mais tendo que adotar a média complexidade, a qual é por obrigação do estado suprir conforme Emenda 29. Todos os municípios aplicam muito mais do que os 15% de recursos próprios em saúde.

(...) **a transferência de recursos por parte do Estado normalmente é pouca e sempre com atraso significativo**. Entendo que a média e alta complexidade tomam muito do dinheiro do estado, mas nossos municípios precisam de uma atenção maior. O Município faz o possível e o impossível para atender a demanda, mas o orçamento é insuficiente dentro das três esferas.

Há muitos programas e projetos do Ministério da Saúde, mas os recursos financeiros são mínimos, sobrecarregando o município. Os repasses do Estado e Governo Federal são insuficientes, o que acaba aumentando os gastos do município. Para municípios pequenos, a situação é pior, principalmente, quando os hospitais, cidades vizinhas e as referências fecham as portas. Que diante da amplitude e complexidade da questão saúde, os recursos são insuficientes para atender a demanda da AB.

Os programas lançados pelo Ministério são muito interessantes, contudo as exigências financeiras e de recursos humanos para adesão **nos programas são no decorrer do tempo suportada quase que exclusivamente pelo Município**.

Percebe-se que a questão da saúde pública em nosso estado, especialmente a atenção básica, acaba sendo financiada quase que única e exclusivamente pelos entes federal e municipal. **O governo do Estado não contribui com a sua parte de contrapartida para com os municípios, acarretando uma sobrecarga aos municípios**.

Neste mês de setembro, os municípios de SC estão sem repasses financeiros das contra partidas estaduais desde mês de maio. O Ministério da Saúde precisaria chegar a conhecer melhor a realidade dos municípios para depois cobrar metas e serviços.

Quando afirmamos discordar dos valores repassados pelo Ministério e pela SES, dizemos isto porque o usuário do SUS está no município. Quando precisamos encaminha-lo a um serviço oferecido pela SES (referência na capital = 700 Km), o custo de transporte que é do município é maior do que trata-lo no particular aqui. Isto faz com que os municípios assumam praticamente tudo dos seus pacientes de média complexidade e parte da alta complexidade. Nenhum município consegue fazer o mínimo na saúde com aplicação do percentual constitucional (15%). **Nossa média dos últimos 5 anos é de 22% de recursos aplicados em saúde, enquanto a União e os Estados de forme muito pouco transparente aplicam o mínimo**.

Hoje, a saúde em nosso município não é tão "precária", pois arcamos com as despesas (a maior parte delas). Por aplicarmos nossos percentuais em alta e média complexidade, a atenção básica não realiza seu principal papel.

Na minha experiência como gestor municipal da Atenção Básica, pude evidenciar que **o repasse financeiro realizado pelo Governo Federal e Estadual não supre a necessidade para desenvolver as ações básicas de saúde**, cabendo ao município arcar com aproximadamente 70% dos gastos relativos a Atenção Básica.

Dificuldade em realizar gestão com os recursos repassados pelo governo federal e municipal, pois hoje a grande parte de recursos investidos é do município.

Os recursos financeiros que chegam aos municípios de pequeno porte, somados aos recursos municipais que ficam em torno de 22%, são insuficientes para atender a demanda. Conseguimos atender em torno de 40% da demanda encaminhada para serviços especializados.

Tratando-se de um município de menor população **os recursos recebidos acabam sendo insuficientes para o desenvolvimento de algumas ações tendo que ser complementados com recursos próprios**. Se os municípios não tivessem tendo que gastar a maior parte dos seus recursos com auxílio aos hospitais e consultas e exames de Média e Alta Complexidade, poderiam fortalecer e muito a atenção básica no âmbito dos municípios.

Os repasses para os municípios deveriam ser diferenciados, pois deve se levar em conta que estes têm baixa arrecadação, e necessitam de maior ajuda. Acredito que deveria haver um montante maior de recurso financeiro por parte da união aos Estados e Município e deveria haver um percentual definido e suficiente definido por lei por parte da União, assim como acontece com os Estados e Municípios.

Com base no exposto, verifica-se que uma das causas para o baixo percentual de recursos aplicados na Atenção Básica é a não priorização por parte da SES, dada a desigualdade observada entre os recursos destinados anualmente à Atenção Básica e à Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

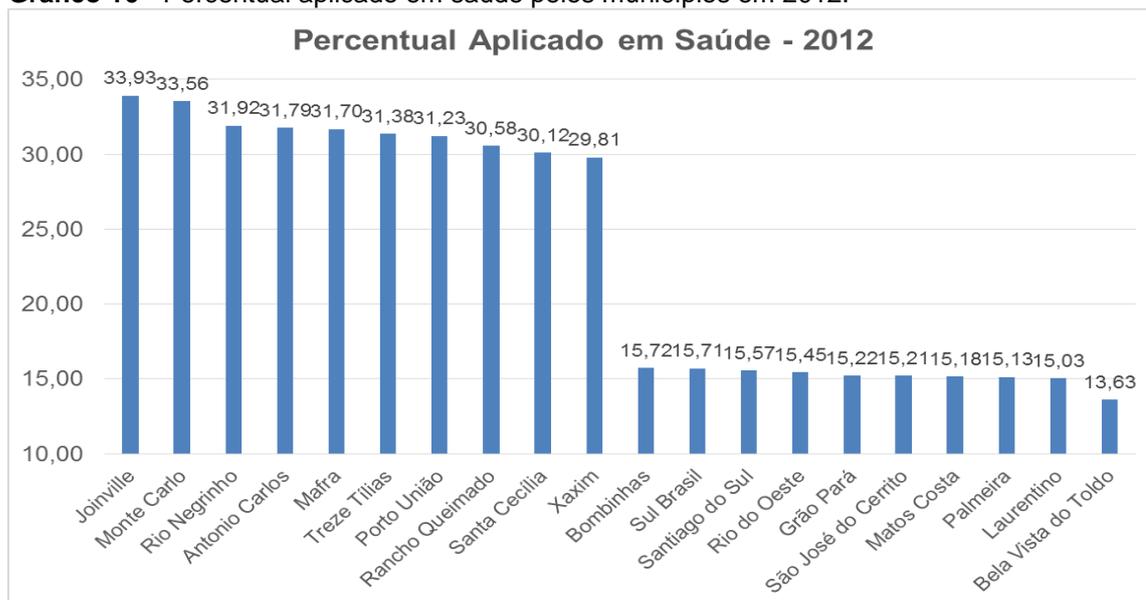
A deficiência no repasse de recursos do Estado à Atenção Básica para os municípios foram corroborados nas entrevistas com os Secretários de Saúde dos municípios visitados (PT 05), nas quais os entrevistados relataram a insuficiência de recursos repassados pela SES para a Atenção Básica.

Como um dos efeitos da situação diagnosticada, os municípios ficam sobrecarregados financeiramente com as ações e serviços de saúde pública, chegando a aplicar percentuais que vão além dos 15% estabelecidos legalmente, o que faz com que apresentem um gasto per capita em saúde alto.

Na análise do percentual do produto da arrecadação dos impostos para aplicação nas ações e serviços públicos de saúde pelos municípios, que é de quinze por cento, segundo art. 77, inciso III (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), verificou-se que alguns municípios estão comprometendo um percentual muito acima do que é estabelecido.

Em 2012, destacam-se os municípios com aplicação que variam de 29 a 33%, como Joinville com 33,93%, seguido de Monte Carlo (33,56%), Rio Negrinho (31,92%), Antônio Carlos (31,79%), Mafra (31,70%), Treze Tílias (31,38%), Porto União (31,23%), Rancho Queimado (30,58%), Santa Cecília (30,12%) e Xaxim (29,81%), conforme pode-se observar no gráfico a seguir.

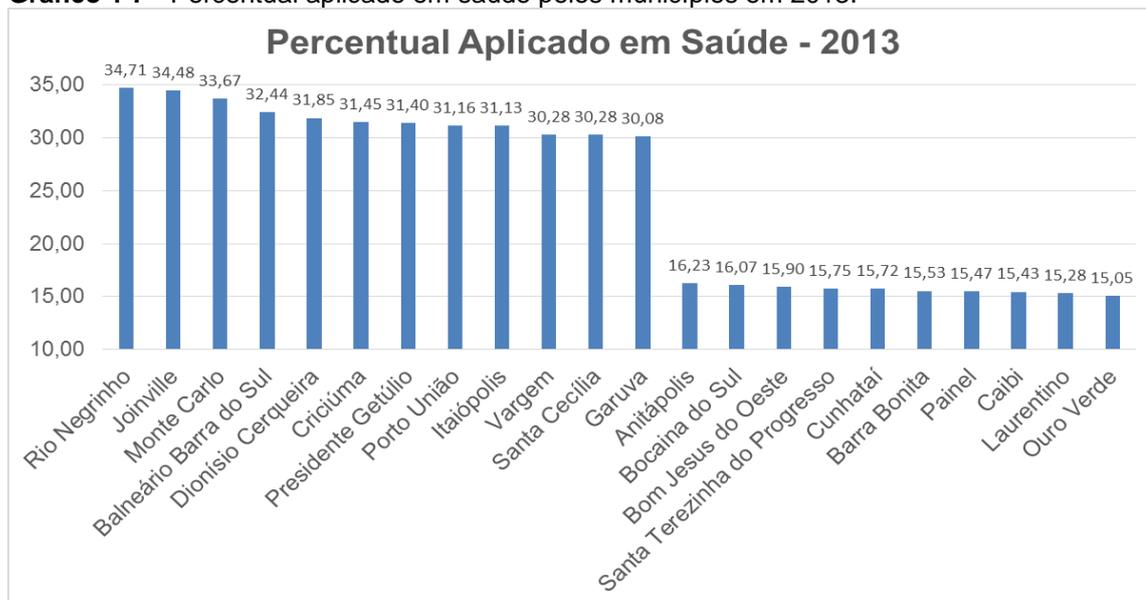
Gráfico 16 - Percentual aplicado em saúde pelos municípios em 2012.



Fonte: Dados do Sfinge/TCE – Contas de Governo Municipal.

Em 2013, destacam-se os municípios de Rio Negrinho com 34,71%, Joinville (34,48%), Monte Carlo (33,67%), Balneário Barra do Sul (32,44%), Dionísio Cerqueira (31,85%), Criciúma (31,45%), Presidente Getúlio (31,40%), Porto União (31,16%), Itaiópolis (31,13%), Vargem (30,28%), Santa Cecília (30,28%) e Garuva (30,08), conforme gráfico a seguir.

Gráfico 17 - Percentual aplicado em saúde pelos municípios em 2013.



Fonte: Dados do Sfinge/TCE – Contas de Governo Municipal.

Com isso verifica-se que os valores repassados pelo governo estadual à atenção básica não cobrem o custo real dos serviços, sobrecarregando os

municípios, comprometendo ainda mais qualquer ação voltada às reais necessidades da sua população.

Além disso, a deficiência de recursos destinados à Atenção Básica pelo Estado influi na baixa resolutividade da mesma, da mesma forma que a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde fica comprometida, acarretando na insatisfação por parte dos usuários.

Portanto, resta à **SES**:

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

Com isso, espera-se o aumento do percentual de recursos estaduais repassados aos municípios para a Atenção Básica, o que permitirá a redução dos gastos municipais com saúde.

2.3.5.2 Distribuição não equitativa dos recursos da saúde Federal e Estadual aos municípios, sem observar os critérios estabelecidos pelo artigo 35 da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único - SUS (art. 198 da Constituição Federal/88).

De acordo com § 1º do artigo 198 “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”, alterado posteriormente pela Emenda Constitucional nº 29, que remeteu à definição do percentual a ser aplicado pela União na saúde para a legislação infraconstitucional, aprovada somente em janeiro de 2012, Lei Complementar Federal nº 141/2012.

Conforme parágrafo 2º do artigo 17 da Lei Complementar Federal nº 141/12, é pressuposto do SUS que as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde sejam reduzidas, ao passo que os recursos

destinados à saúde sejam aplicados de maneira que contribua com a diminuição dessas diferenças.

Neste sentido, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90 que, dispõe sobre princípios e diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, estabelece, em seu artigo 35, os critérios de financiamento do Sistema Único, no qual a distribuição de recursos deva ser feita a partir da combinação de critérios que contemplem: (I) perfil demográfico da região; (II) perfil epidemiológico da população a ser coberta; (III) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; (IV) desempenhos técnico, econômico e financeiro no período anterior; (V) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; (VI) previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; (VII) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

O grande desafio é o desenvolvimento de mecanismos de alocação de recursos que venham a garantir a eficiência e a equidade no financiamento das políticas e ações de saúde.

Importante ressaltar aqui o termo “equidade” é diferente de igualdade. Igualdade é um tratamento homogêneo, mesmo bem e serviço. Equidade, leva em consideração que as pessoas são diferentes e têm necessidades diferentes.

Equidade é uma das doutrinas fundamentais que constituem o SUS e estabelece o direito que todo o cidadão tem de usufruir do sistema de saúde, contemplando, porém a realidade de locais e pessoas diferentes, no entendimento do Ministério da Saúde, 2000)²³.

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades.

O princípio de equidade “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e merecem, portanto, tratamento diferenciado que elimine ou reduza a desigualdade. Ou seja, o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente” (Vianna et al., 2001 apud Pelegrini M.L.M et al)²⁴.

²³ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

²⁴ PELEGRINI M.L.M et al. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a02v10n2.pdf> Acesso em 25 de novembro de 2014.

Ao analisar os instrumentos legais que fundamentam os repasses para a atenção básica, tanto federal como estadual, verifica-se que os critérios utilizados são os mesmos para todos os municípios.

A única exceção é o Piso da Atenção Básica fixo - PAB Fixo, repassado pela União, estabelecido na Portaria nº 1.409/2013.

Art. 1º Fica definido o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos **no Anexo I a Portaria nº 1.602/GM/MS**, de 9 de julho de 2011 e atualizada no anexo I desta portaria.

Os valores atuais variam de R\$ 23,00 a 24,00 reais de acordo com o grupo do município (incisos I, II, III, IV do artigo 1º da referida Portaria).

No Anexo I da Portaria nº 1.602/GM/MMS, para o estabelecimento do valor mínimo do PAB fixo, o critério adotado foi a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com pontuação que varia de 0 a 10, com base em indicadores selecionados segundo critérios determinados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB): PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza e Densidade Demográfica. O PIB per capita refere-se ao ano de 2010, disponibilizado pelo Instituto.

Todavia, os recursos referentes ao repasse do PAB fixo, constituem uma parcela bem inferior aos recursos referentes ao PAB variável, que faria diferença para o município.

Porém, para o repasse destes recursos não são pactuados critérios que atendam às necessidades de saúde dos municípios, tais como: perfil epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede municipal, necessidades em saúde, perfil etário da população, capacidade instalada municipal, receita municipal, recursos próprios aplicados em saúde e prioridades regionais, conforme estabelece o artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90.

Nesta perspectiva, em uma realidade na qual os municípios são caracterizados por apresentarem alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de geração de receitas próprias, os incentivos federais e os estaduais devem cumprir o papel fundamental na busca da equidade do gasto com a saúde, no caso específico, no repasse dos recursos da Atenção Básica.

Dentre as evidências da falta de equidade no repasse dos recursos federais e estaduais aos municípios, a título de financiamento tripartite destaca-se a expressiva diferença entre municípios quanto os recursos investidos em suas ações e serviços públicos de saúde per capita (ASPS per capita).

Em uma análise dos gastos dos municípios per capita com saúde nos anos de 2012 e 2013, verifica-se que em 2012, foi gasto um valor de R\$ 318,82 por pessoa, em média, chegando em 2013 no valor de R\$ 366,64 por pessoa, em média, conforme a tabela a seguir:

Tabela 11 - Demonstrativo do valor per capita médio por ano, gastos com saúde pelos municípios, nos anos de 2012 e 2013.

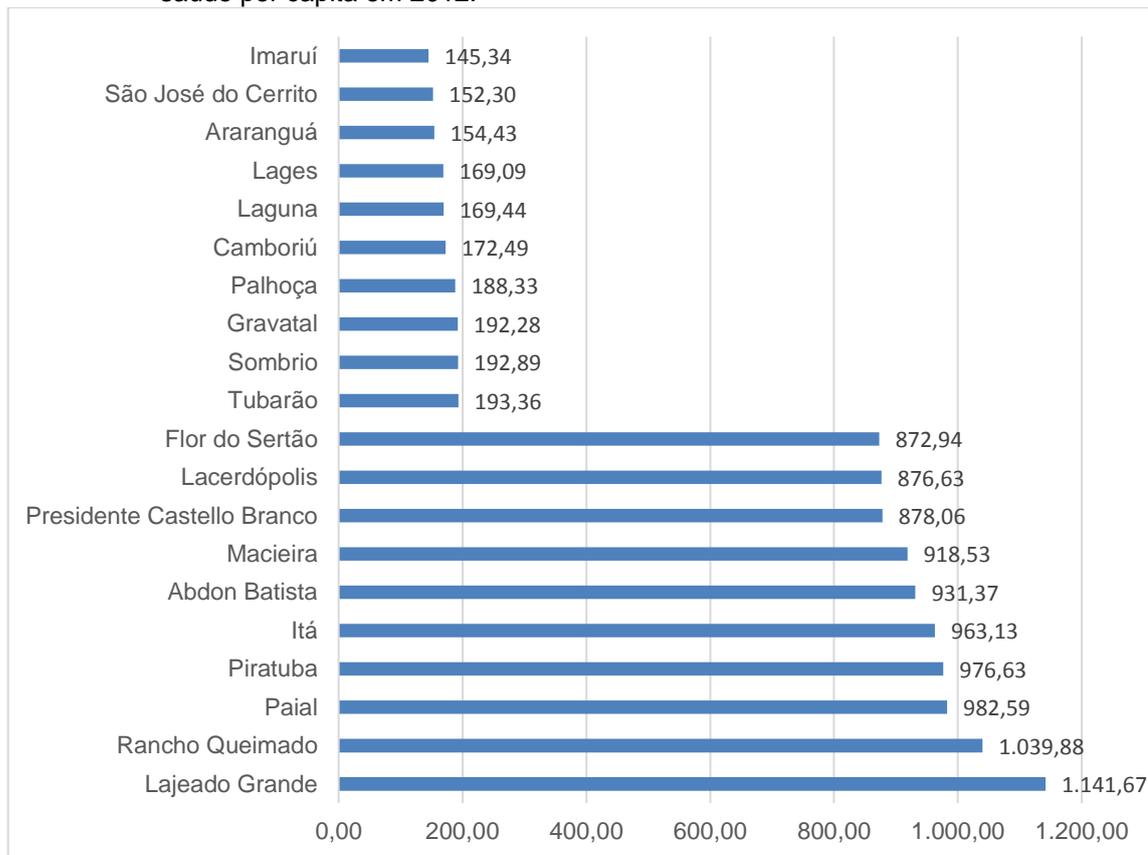
Ano	Montante gasto em saúde pelos Municípios	Indicador per capita médio por ano*
2012	R\$ 1.998.988.884,00	R\$ 318,82
2013	R\$ 2.298.850.148,33	R\$ 366,64

Fonte: Dados do Sfinge/TCE – Contas de Governo Municipal * 6.270.021 (população do IBGE de 2010).

Em uma análise mais apurada destes gastos, pode-se perceber uma grande disparidade destes valores entre os municípios do Estado. Ressalta-se que estes gastos são relativos a todas as ações de saúde, não sendo possível destacar os valores exclusivamente relativos à Atenção Básica.

A seguir, apresentam-se os vinte municípios que tiveram o menor e o maior gasto com saúde per capita em 2012 e 2013.

Gráfico 18 - Demonstrativo dos vinte municípios que apresentaram o menor e o maior gasto com saúde per capita em 2012.

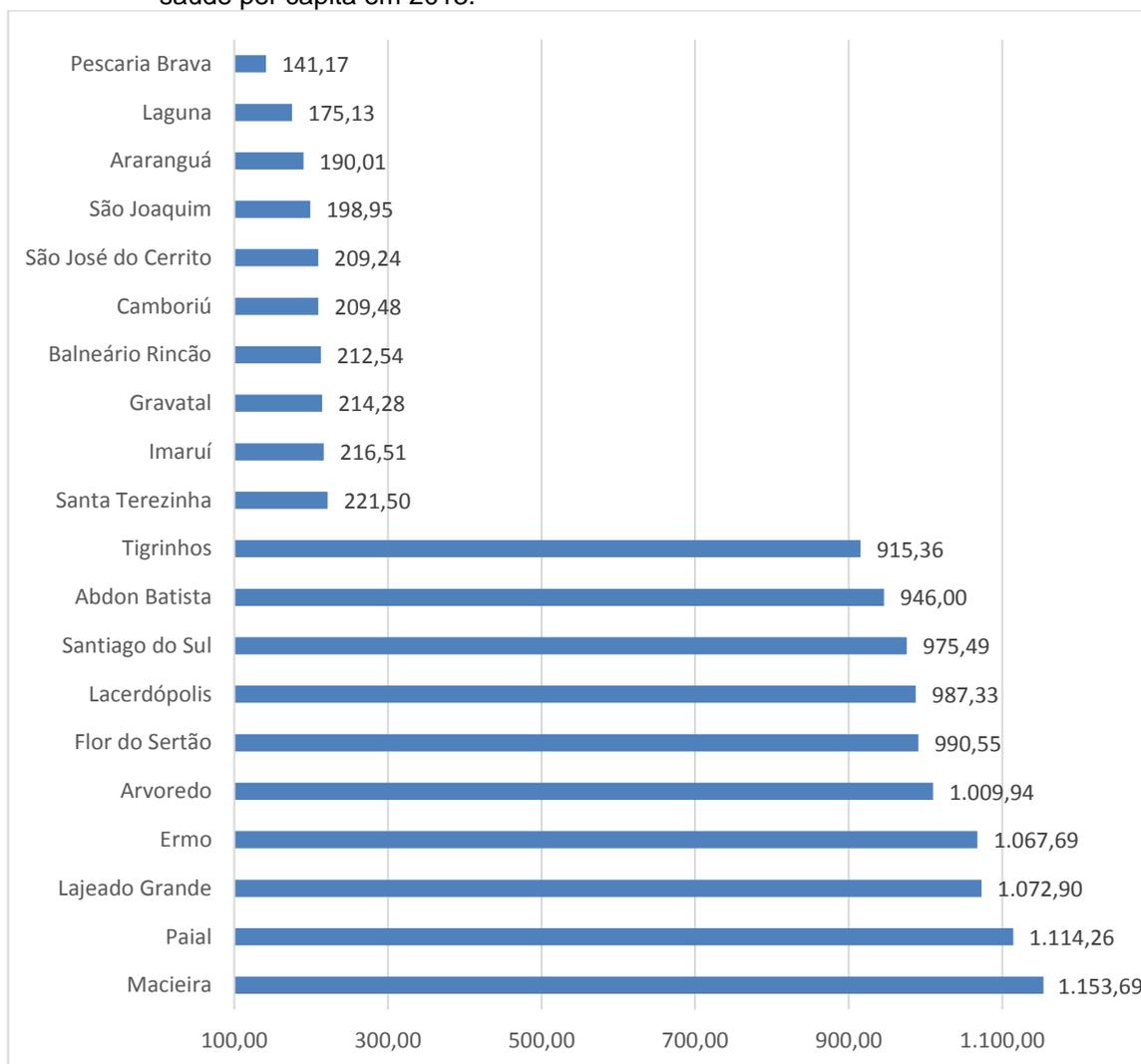


Fonte: Dados do Sfinge/TCE – Contas de Governo Municipal.

De acordo com o gráfico anterior, observa-se que a variação de gastos com saúde per capita vai de R\$ 145,34 no município de Imaruí a R\$ 1.141,67 no município de Lajeado Grande.

A mesma análise pode ser feita em relação ao exercício de 2013, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 19 - Demonstrativo dos vinte municípios que apresentaram o menor e o maior gasto com saúde per capita em 2013.



Fonte: Dados do Sfinge/TCE – Contas de Governo Municipal.

Conforme demonstra o gráfico acima, destaca-se uma variação de gastos com saúde per capita vai de R\$ 141,17 no município de Pescaria Brava a R\$ 1.153,69 no município de Macieira.

Para se analisar a distribuição dos recursos para a Atenção Básica sob uma perspectiva de equidade, examinou-se a capacidade de desconcentrar recursos sobre duas variáveis: (1) tamanho da população residente e o (2) nível de desenvolvimento humano municipal.

Para examinar as transferências de recursos foram utilizados os seguintes dados.

(a) Valores repassados a cada município pelo Estado a título de financiamento da Atenção Básica relativos aos anos de 2012 e 2013, solicitadas por meio de requisição;

(b) Valores repassados a cada município pela União a título de financiamento da Atenção Básica relativos aos anos de 2012 e 2013, solicitadas por meio de requisição;

(c) População estimada para 2012 e 2013 dos municípios conforme dados do IBGE²⁵;

(d) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) desenvolvido pelas Nações Unidas.

A Secretaria de Estado da Saúde informou o link no qual constam os repasses a título de cofinanciamento da Atenção Básica²⁶ aos municípios e as Secretarias municipais de saúde encaminharam planilhas com os valores solicitados.

Ao analisar os dados encaminhados pelos municípios observou-se a impossibilidade considerá-los na análise por dois motivos, primeiro porque cada município apresentou uma consolidação diferente, não permitindo distinguir os recursos federais dos estaduais, por exemplo, o que inviabiliza a análise comparativa entre os municípios. O segundo motivo deve-se à divergência entre os valores apresentados pelas secretarias municipais e os constantes do endereço eletrônico da Secretaria de Estado da Saúde.

Desta forma, optou-se por considerar na análise estadual os valores apresentados no site da SES, pois fundamentam-se nos mesmos critérios para todos os municípios, o que permite futuramente uma mesma referência dos dados para a realização do monitoramento desta auditoria.

Os valores repassados aos municípios pela União foram extraídos do endereço eletrônico do Fundo Nacional da Saúde ²⁷.

De acordo com os dados constantes do endereço eletrônico da SES, o Estado repassou recursos à Atenção Básica na ordem de R\$ 32.115.300,00, em 2012 e R\$ 30.970.200,00, em 2013. Se a distribuição de recursos se baseasse simplesmente em um critério populacional total, cada município do Estado receberia R\$ 5,03 per capita médio, em 2012 e R\$ 4,67 em 2013 (Média aritmética simples).

²⁵ www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa. Acesso em 11/11/2014

²⁶ http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2657&Itemid=490 Acesso em 01/12/2014

²⁷ <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>. Acesso em 04/12/2014.

Tabela 12 - Valor total de recursos estaduais repassados aos municípios catarinenses.

Ano	Total de recursos repassados	População estimada	Valor per capita
2012	R\$ 32.115.300,00	6.383.286	R\$ 5,03
2013	R\$ 30.970.200,00	6.634.254	R\$ 4,67

Fonte: Portal da SES e IBGE (PT 23).

A tabela a seguir apresenta o valor médio per capita dos recursos estaduais repassados aos municípios em relação ao tamanho da sua população.

Tabela 13 - Média per capita de valor estadual repassado aos municípios de acordo com tamanho da população segundo classificação do IBGE.

População por município	Número de Municípios 2012	Média per capita 2012	Número de Municípios 2013	Média per capita 2013
Até 5 000	108	R\$ 10,49	105	R\$ 9,73
De 5 001 até 10 000	63	R\$ 7,61	65	R\$ 6,94
De 10 001 até 20 000	60	R\$ 7,25	61	R\$ 6,58
De 20 001 até 50 000	35	R\$ 5,88	37	R\$ 5,46
De 50 001 até 100 000	15	R\$ 3,97	14	R\$ 3,48
De 100 001 até 500 000	11	R\$ 3,68	12	R\$ 3,73
Mais de 500 000	1	R\$ 1,53	1	R\$ 1,41

Fonte: Portal da SES e IBGE (PT 23).

Ao se analisar esta distribuição tendo-se como critério somente o tamanho da população, verifica-se que há uma variação do valor per capita médio de R\$ 1,53 até R\$ 10,49, em 2012, e de R\$ 1,41 até 9,73, em 2013. Com base nesta análise infere-se que há um certo grau de capacidade distributiva dos recursos do Estado, havendo uma desigualdade que atendeu aos municípios de menor porte, pois um maior número de municípios (105/108) obteve os maiores valores per capita médio. No entanto, esta análise não permite verificar se houve distribuição de forma equitativa.

Neste sentido, fez-se uma análise dos recursos estaduais transferidos aos municípios em condições de vida diferente, utilizando-se como critério o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

O indicador IDHM varia numa escala de 0 a 1, quanto mais próximo de um melhor o desempenho do município ou Estado. Este índice agrupa os municípios em cinco categorias: **Muito Baixo** varia entre 0 a 0,499, **Baixo** entre 0,5 e 0,599, **Médio** entre 0,6 a 0,699, **Alto** de 0,7 a 0,799 e **Muito alto** varia de 0,8 a 1,00.

O Estado de Santa Catarina não tem municípios com IDH baixo e muito baixo, portanto, a análise restringiu-se às categorias médio, alto e muito alto. Ressalta-se que os municípios de Balneário Rincão e Pescaria Brava não fizeram parte da análise, pois foram instalados somente no ano de 2013.

Os municípios foram classificados segundo a ordem de maior investimento per capita, nos anos de 2012 e 2013 e segundo a ordem do maior valor de IDH municipal. Com base no valor per capita médio ponderado²⁸, recalculou-se a média per capita do ano que foi de R\$ 8,04, em 2012, e R\$ 7,00, em 2013.

A partir de uma análise comparativa, nos anos de 2012 e 2013, verificou-se que dentre os 60 municípios com melhor classificação IDH do estado, 19 municípios recebem um valor per capita acima da média estadual (R\$ 8,04, em 2012 e R\$ 7,00, em 2013), ou seja, 19 municípios em boa condição social recebem do estado um valor per capita que varia de R\$ 8,04 a R\$ 18,34.

Tabela 14 - Demonstrativo dos 19 municípios dentre os 60 com melhor IDH que recebem valor per capita acima da média nos anos de 2012 e 2013.

Município	Per capita 2012	Class. Per capita 2012	Per Capita 2013	Class. Per capita 2013	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Rio Fortuna	R\$ 12,14	30º	R\$ 11,06	30º	0,806	6º
Iomerê	R\$ 10,80	53º	R\$ 10,27	45º	0,795	14º
Treze Tílias	R\$ 8,25	135º	R\$ 7,28	149º	0,795	15º
Luzerna	R\$ 9,67	81º	R\$ 8,85	83º	0,789	19º
Salto Veloso	R\$ 10,34	61º	R\$ 9,34	66º	0,784	22º
Lacerdópolis	R\$ 12,30	29º	R\$ 11,24	28º	0,781	26º
Cocal do Sul	R\$ 10,07	66º	R\$ 9,08	74º	0,78	30º
Pinheiro Preto	R\$ 8,50	123º	R\$ 7,61	129º	0,777	36º
Itapiranga	R\$ 8,67	113º	R\$ 7,82	117º	0,775	39º
Treviso	R\$ 15,12	9º	R\$ 13,60	11º	0,774	42º
Siderópolis	R\$ 8,50	122º	R\$ 8,09	109º	0,774	43º
Serra Alta	R\$ 8,26	133º	R\$ 7,58	131º	0,773	46º
Urussanga	R\$ 8,61	116º	R\$ 7,90	115º	0,772	47º
Lajeado Grande	R\$ 18,34	2º	R\$ 16,94	2º	0,771	48º

²⁸ A média aritmética ponderada é utilizada em casos onde as ocorrências tem importância relativa diferente. No caso em questão, o cálculo desta média levou em consideração o tamanho da população de cada município.

Município	Per capita 2012	Class. Per capita 2012	Per Capita 2013	Class. Per capita 2013	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Presidente Castelo Branco	R\$ 15,97	5º	R\$ 14,90	4º	0,77	50º
São Carlos	R\$ 10,39	60º	R\$ 9,37	64º	0,769	53º
Nova Veneza	R\$ 8,74	111º	R\$ 8,43	100º	0,768	55º
Peritiba	R\$ 9,18	99º	R\$ 8,52	96º	0,766	58º
São Domingos	R\$ 9,37	92º	R\$ 9,42	63º	0,765	59º

Fonte: Portal da SES e IBGE (PT 25).

Entre os 60 municípios com uma classificação média de IDH, em 2012, identificou-se 21 municípios que receberam um valor do repasse per capita abaixo da média (R\$ 8,04)

Tabela 15 - Demonstrativo dos 21 municípios dentre os 60 com pior IDH que recebem valor per capita abaixo da média no ano de 2012.

Município	Per capita 2012	Class. Per capita 2012	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Bom Retiro	R\$ 7,94	146º	0,699	236º
Água Doce	R\$ 7,77	159º	0,698	238º
Santa Cecília	R\$ 5,11	239º	0,698	239º
Rio das Antas	R\$ 7,34	169º	0,697	241º
Bom Jardim da Serra	R\$ 7,22	174º	0,696	244º
Major Vieira	R\$ 6,79	191º	0,69	254º
Anita Garibaldi	R\$ 7,01	182º	0,688	256º
São Joaquim	R\$ 3,70	268º	0,687	258º
Vargeão	R\$ 7,67	162º	0,686	260º
Monte Castelo	R\$ 6,46	201º	0,675	265º
Anitápolis	R\$ 7,79	156º	0,674	266º
Ponte Alta	R\$ 7,95	145º	0,673	268º
Santa Terezinha	R\$ 5,89	223º	0,669	271º
São Cristovão do Sul	R\$ 6,31	205º	0,665	274º
Ipuaçu	R\$ 7,85	152º	0,66	278º
Capão Alto	R\$ 7,11	179º	0,654	283º
Saltinho	R\$ 6,90	187º	0,654	284º
Lebon Régis	R\$ 5,96	218º	0,649	286º
Bocaina do Sul	R\$ 5,82	227º	0,647	287º

Município	Per capita 2012	Class. Per capita 2012	IDH (2010)	Class. IDH 2010
São José do Cerrito	R\$ 5,95	219º	0,636	290º
Cerro Negro	R\$ 7,74	161º	0,621	293º

Fonte: Portal da SES e IBGE (PT 25).

A mesma situação foi encontrada em 2013, ou seja, identificou-se 14 municípios receberam um valor repasse per capita abaixo da média (R\$ 7,00), apesar de apresentarem um IDH inferior em relação aos demais municípios.

Tabela 16 - Demonstrativo dos 14 municípios dentre os 60 com pior IDH que recebem valor per capita abaixo da média no ano de 2013.

Município	Per Capita 2013	Class. Per capita 2013	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Bom Retiro	R\$ 6,93	168º	0,699	236º
Santa Cecília	R\$ 4,63	243º	0,698	239º
Rio das Antas	R\$ 6,73	173º	0,697	241º
Bom Jardim da Serra	R\$ 6,57	178º	0,696	244º
Major Vieira	R\$ 6,17	191º	0,69	254º
Anita Garibaldi	R\$ 5,72	209º	0,688	256º
São Joaquim	R\$ 3,75	259º	0,687	258º
Monte Castelo	R\$ 6,37	185º	0,675	265º
São Cristovão do Sul	R\$ 5,71	210º	0,665	274º
Capão Alto	R\$ 6,64	176º	0,654	283º
Saltinho	R\$ 6,38	184º	0,654	284º
Lebon Régis	R\$ 4,80	238º	0,649	286º
Bocaina do Sul	R\$ 5,31	230º	0,647	287º
São José do Cerrito	R\$ 5,56	219º	0,636	290º

Fonte: Portal da SES e IBGE (PT 25).

Com base nos dados das tabelas apresentadas, verifica-se que há uma grande amplitude nos valores repassados pelo Estado, que variam de R\$ 3,75 a R\$ 18,34, muito além do valor per capita médio repassado pelo Estado.

Destaca-se o município de Lajeado Grande, que recebe um dos maiores valores per capita de R\$ 18,34, ocupando a 2ª posição dentre os municípios, apesar de ocupar o 48º lugar no IDH do Estado.

Na situação inversa, destaca-se o município de São Joaquim, que está na posição 258 de IDH, e recebeu do Estado o valor per capita de R\$ 3,70, em 2012 e 3,75, em 2013.

Ante o exposto, fica evidente a não perspectiva equitativa na distribuição de recursos estaduais aos municípios, já que municípios classificados com uma condição de vida superior recebem um valor per capita acima da média, enquanto municípios classificados com uma condição de vida inferior recebem um valor per capita abaixo da média.

O mesmo acontece em relação à análise dos recursos federais. Segundo dados extraídos do Portal Transparência da Saúde, foram repassados R\$ 502.687.922,48, em 2012 e R\$ 506.242.753,40, em 2013, o que resulta num valor de R\$ 78,75 per capita, em 2012, e R\$ 76,31 per capita, em 2013.

Tabela 17 - Demonstrativo do valor total de recursos federais repassados ao Estado nos anos de 2012 e 2013.

Ano	Total de recursos repassados	Valor populacional estimado	Valor per capita
2012	R\$ 502.687.922,48	6.383.286	R\$ 78,75
2013	R\$ 506.242.753,40	6.634.254	R\$ 76,31

Fonte: Portal Transparência da Saúde²⁹ e IBGE.

A tabela a seguir apresenta o valor médio per capita dos recursos federais repassados aos municípios em relação ao tamanho da sua população.

Tabela 18 - Média per capita de valor Federal repassado aos municípios de acordo com tamanho da população segundo classificação do IBGE.

População por município	Número de Municípios 2012	Média per capita 2012	Número de Municípios 2013	Média per capita 2013
Até 5 000	108	R\$ 142,59	105	R\$ 140,72
De 5 001 até 10 000	63	R\$ 108,40	64	R\$ 105,19
De 10 001 até 20 000	60	R\$ 102,07	60	R\$ 101,72
De 20 001 até 50 000	35	R\$ 89,86	37	R\$ 89,24
De 50 001 até 100 000	15	R\$ 70,89	14	R\$ 66,62
De 100 001 até 500 000	11	R\$ 61,92	12	R\$ 63,13
Mais de 500 000	1	R\$ 38,95	1	R\$ 37,23

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE (PT 26).

Ao analisar os recursos federais repassados aos municípios tendo-se como critério somente o tamanho da população, verifica-se que há uma variação do valor per capita médio de R\$ 38,95 até R\$ 142,59, em 2012, e de R\$ 37,23 até R\$ 140,72, em 2013.

Da mesma forma que os recursos estaduais, também há certo grau de capacidade distributiva dos recursos federais, havendo uma desigualdade que

²⁹<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

atendeu aos municípios de menor porte, pois um maior número de municípios (105/108) obteve os maiores valores per capita médio. No entanto, esta análise não permite verificar se houve distribuição de forma equitativa, ou seja, se atendeu aos que realmente mais precisam.

Fez-se, então, uma análise comparativa dos recursos federais transferidos aos municípios em condições de vida diferente, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM.

Os municípios foram classificados segundo a ordem de maior valor federal per capita, nos anos de 2012 e 2013 e segundo a ordem do maior valor de IDH municipal. Com base no valor per capita, recalculou-se a média per capita dos anos, que foi de R\$ 113,59, em 2012, e R\$ 111,40, em 2013.

Segundo este parâmetro, identificou-se que, em 2012, dentre os 60 municípios com melhor classificação IDH do estado, 11 municípios receberam um valor federal per capita acima da média federal (R\$ 113,59).

Tabela 19 - Demonstrativo dos 11 municípios dentre os 60 com melhor IDH que receberam valor per capita acima da média no ano de 2012.

Município	Per capita 2012	Class. Per capita 2012	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Rio Fortuna	R\$ 169,43	28º	0,806	6º
Iomerê	R\$ 130,50	80º	0,795	14º
Salto Veloso	R\$ 122,51	100º	0,784	22º
Cocal do Sul	R\$ 121,98	102º	0,780	30º
Pinheiro Preto	R\$ 114,24	122º	0,777	36º
Treviso	R\$ 209,77	8º	0,774	42º
Urussanga	R\$ 134,02	71º	0,772	47º
Laguna	R\$ 200,71	10º	0,771	48º
Presidente Castello Branco	R\$ 307,55	1º	0,770	50º
Peritiba	R\$ 150,72	44º	0,766	58º
São Domingos	R\$ 131,81	77º	0,765	59º

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE (PT 27).

Dentre os 11 municípios destacados, ressalta-se o Município de Presidente Castello Branco que recebeu um valor federal per capita de R\$ 307,55, sendo o 1º no ranking, ocupando a posição 50 na classificação IDH.

Em 2013, o número de municípios beneficiados com valores federais per capita acima da média (R\$ 111,40) subiu para 14 municípios, dentre os 60 municípios com melhor classificação IDH do estado.

Tabela 20 - Demonstrativo dos 14 municípios dentre os 60 com melhor IDH que receberam valor per capita acima da média no ano de 2013.

Município	Per capita 2013	Class. Per capita 2013	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Rio Fortuna	R\$ 146,00	51º	0,806	6º
Iomerê	R\$ 133,17	77º	0,795	14º
Salto Veloso	R\$ 115,82	119º	0,784	22º
Lacerdópolis	R\$ 139,72	64º	0,781	26º
Santo Amaro da Imperatriz	R\$ 119,03	108º	0,781	27º
Cocal do Sul	R\$ 119,54	105º	0,78	30º
Itapiranga	R\$ 117,75	113º	0,775	39º
Treviso	R\$ 189,94	10º	0,774	42º
Serra Alta	R\$ 129,55	82º	0,773	46º
Urussanga	R\$ 134,17	76º	0,772	47º
Laguna	R\$ 190,13	9º	0,771	48º
Presidente Castello Branco	R\$ 189,39	11º	0,77	50º
Peritiba	R\$ 129,24	83º	0,766	58º
São Domingos	R\$ 145,72	53º	0,765	59º

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE (PT 27).

Neste ano, dos municípios selecionados, destaca-se o Município de Laguna que recebeu o valor per capita de R\$ 190,13, ocupando a 9ª posição no ranking de repasse federal, mesmo apresentando a posição 48 do IDH municipal do Estado.

Dentre os municípios com uma classificação de IDH médio, em 2012, 18 municípios receberam um valor per capita federal abaixo da média (R\$ 113,59).

Tabela 21 - Demonstrativo dos 18 municípios dentre os 60 com classificação IDH médio que receberam valor per capita abaixo da média no ano de 2012.

Município	Per capita 2012	Class. Per capita 2012	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Bom Retiro	R\$ 109,39	137º	0,699	235º
Major Gercino	R\$ 112,60	125º	0,698	238º
Santa Cecília	R\$ 83,77	235º	0,698	239º
Rio das Antas	R\$ 95,00	198º	0,697	241º
Bom Jardim da Serra	R\$ 111,35	131º	0,696	244º
Major Vieira	R\$ 104,08	153º	0,69	254º
Anita Garibaldi	R\$ 96,89	190º	0,688	256º
São Joaquim	R\$ 69,97	262º	0,687	258º
Monte Castelo	R\$ 107,38	143º	0,675	264º
Anitápolis	R\$ 90,06	217º	0,674	266º
Santa Terezinha	R\$ 86,41	226º	0,669	271º
Alfredo Wagner	R\$ 111,93	129º	0,668	272º
São Cristovão do Sul	R\$ 101,26	170º	0,665	274º
Saltinho	R\$ 109,41	136º	0,654	283º
Capão Alto	R\$ 109,04	138º	0,654	284º
Lebon Regis	R\$ 97,01	187º	0,649	286º
Bocaina do Sul	R\$ 99,22	175º	0,647	287º
Cerro Negro	R\$ 103,52	157º	0,621	293º

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE (PT 27).

Igualmente aos repasses estaduais, o Município de São Joaquim foi o que recebeu o menor valor federal per capita no ano de 2012, de R\$ 69,97, mesmo ocupando uma posição inferior de IDH (258).

Em 2013, o número de municípios com classificação de IDH médio e que receberam um valor federal per capita inferior à média de R\$ 111,40 subiu para 24.

Tabela 22 - Demonstrativo dos 24 municípios dentre os 60 com classificação IDH médio que receberam valor per capita abaixo da média no ano de 2013.

Município	Per capita 2013	Class Per capita 2013	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Bom Retiro	R\$ 105,00	147º	0,699	235º
Ireneópolis	R\$ 100,78	164º	0,699	236º
Major Gercino	R\$ 105,39	145º	0,698	238º

Município	Per capita 2013	Class Per capita 2013	IDH (2010)	Class. IDH 2010
Santa Cecília	R\$ 87,63	214º	0,698	239º
Rio das Antas	R\$ 89,11	206º	0,697	241º
Bom Jardim da Serra	R\$ 99,17	176º	0,696	244º
São João do Sul	R\$ 88,81	208º	0,695	246º
Major Vieira	R\$ 83,12	226º	0,69	254º
Ponte Alta do Norte	R\$ 103,70	155º	0,689	255º
Anita Garibaldi	R\$ 99,92	171º	0,688	256º
São Joaquim	R\$ 71,03	259º	0,687	258º
Leoberto Leal	R\$ 103,60	157º	0,686	260º
Bela Vista do Toldo	R\$ 90,72	205º	0,675	265º
Anitápolis	R\$ 83,67	225º	0,674	266º
Ponte Alta	R\$ 109,09	130º	0,673	268º
Palmeira	R\$ 109,58	129º	0,671	270º
Alfredo Wagner	R\$ 87,35	216º	0,668	272º
São Cristóvão do Sul	R\$ 89,03	207º	0,665	274º
Timbó Grande	R\$ 103,17	162º	0,659	280º
Saltinho	R\$ 100,08	170º	0,654	283º
Capão Alto	R\$ 93,83	192º	0,654	284º
Lebon Regis	R\$ 71,06	258º	0,649	286º
Bocaina do Sul	R\$ 78,38	241º	0,647	287º
São José do Cerrito	R\$ 88,18	211º	0,636	290º

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE (PT 27).

No ano de 2013, além do Município de São Joaquim continuar recebendo o menor valor federal per capita de R\$ 71,03, mesmo ocupando uma posição inferior de IDH (258), destaca-se também o município de Lebon Regis em situação semelhante, com valor de R\$ 71,06 na posição 286 do IDH.

Com base nos dados das tabelas apresentadas, verifica-se que há uma grande amplitude nos valores federais repassados aos municípios, que variam de R\$ 69,97 a R\$ 307,55, que estão muito aquém do valor federal per capita médio repassado de R\$ 113,59, em 2012, e R\$ 111,40, em 2013.

Ante o exposto, infere-se a mesma não perspectiva equitativa na distribuição de recursos federais aos municípios, já que os municípios classificados com uma condição de vida superior recebem um valor per capita acima da média, enquanto municípios classificados com uma condição de vida inferior recebem um valor per capita abaixo da média.

Com base nas evidências levantadas, conclui-se que a política de distribuição de recursos estaduais e federais destinados à atenção básica aos

municípios não é equitativa, quando se trata de municípios em piores condições sociais.

Há que se considerar a necessidade de incorporação de novos critérios no processo de alocação de recursos do governo federal e estadual aos municípios. A ênfase nesta discussão deve ser a de aprofundar a alocação de recursos segundo critérios inspirados no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde (critérios demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e financeira).

Neste sentido, resta à **SES**:

- Articular e pactuar na CIB e CIT a concepção de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios, conforme critérios previstos no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde.

O estabelecimento de novos critérios de equidade contribui com a garantia de mais recursos disponíveis para a Atenção Básica, o que permitirá melhorias na prestação dos serviços.

3. CONCLUSÃO

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

Considerando que a auditoria operacional compreende o exame de funções, subfunções, programas, projetos, atividades, operações especiais, ações, áreas, processos, ciclos operacionais, serviços e sistemas governamentais com o objetivo de emitir comentários sobre o desempenho dos órgãos e entidades da Administração Pública estadual e municipal, e sobre o resultado de projetos realizados pela iniciativa privada sob delegação, ou mediante contrato de gestão ou congêneres, bem como sobre o resultado das políticas, programas e projetos públicos, pautado em critérios de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, equidade, ética e proteção ao meio ambiente, além dos aspectos de legalidade (art. 1º da Resolução N. TC-79/13);

Considerando os comentários do Gestor Público acerca dos itens 2.1.1, 2.2.1, 2.2.2 e 2.3.4 do Relatório de Auditoria, constantes às fls. 331-342;

Considerando que o Gestor não se manifestou acerca dos itens 2.2.3, 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5.1 e 2.3.5.2;

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

Considerando que o Tribunal Pleno poderá determinar ao responsável pela unidade auditada a apresentação de um plano de ação para o cumprimento das determinações e recomendações (art. 5º, da Resolução N. TC-79/13);

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

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

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

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

3.3 Recomendações:

3.3.1 Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos

membros das equipes de gestão e de atenção à saúde, item 3.3, inciso X da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (item 2.1.1 do Relatório);

3.3.2 Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família, item 3.3, inciso XI da PNAB (item 2.1.1 do Relatório);

3.3.3 Normatizar a atividade de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica na estrutura da Secretaria (item 2.2.1 do Relatório);

3.3.4 Dotar o setor de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica com pessoal suficiente, com base em critérios de dimensionamento pré-definidos, para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica (item 2.2.1 do Relatório);

3.3.5 Promover ações e capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação junto aos Municípios e no âmbito da própria Secretaria (item 2.2.1 do Relatório);

3.3.6 Adotar indicadores de insumos e processos de avaliação da atenção básica em articulação com as gestões municipais (item 2.2.2 do Relatório);

3.3.7 Elabore diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que contemple as necessidades demandadas nas unidades envolvidas com monitoramento e avaliação da Atenção Básica da SES (item 2.2.3 do Relatório);

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

3.3.9 Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da atenção básica, após discussão nas reuniões das

Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) (item 2.2.3 do Relatório);

3.3.10 Instituir ações no sentido de melhor instrumentalizar e capacitar os Municípios no processo de planejamento da Atenção Básica à Saúde em observância ao item 03, inciso VIII da PNAB (item 2.3.1 do Relatório);

3.3.11 Assumir sua atribuição de articulador do estabelecimento de fluxos de integração regionalizada da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, por meio da implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), estabelecido pelo art. 33 do Decreto Federal 7.508/2011 (item 2.3.2 do Relatório);

3.3.12 Ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade no Estado de Santa Catarina de forma a atender às necessidades de saúde da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, conforme estipula o artigo 2º, §2º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (item 2.3.3 do Relatório);

3.3.13 Aprimorar os sistemas de informação, articulando-se com as SMS, com vistas à integração entre as ferramentas de referência a contrarreferência (item 2.3.4 do Relatório);

3.3.14 Implementar estratégias para o desenvolvimento do apoio matricial nas Secretarias Municipais de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde; (item 2.3.4 do Relatório);

3.3.15 Criar mecanismos que institucionalize o preenchimento/registro da contrarreferência (item 2.3.4 do Relatório);

3.3.16 Apoiar os municípios no estabelecimento de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à Unidade Básica de Saúde, após o encaminhamento para outros níveis de atenção, ainda, monitorar e consolidar os resultados (item 2.3.4 do Relatório);

3.3.17 Incrementar os recursos estaduais repassados aos municípios para o financiamento da Atenção Básica, com base em critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080/90 e pactuados na CIB, respeitando o pressuposto no financiamento tripartite da Atenção Básica, estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (Item 3.1, IV) (item 2.3.5.1 do Relatório);

3.3.18 Articular e pactuar na CIB e CIT a concepção de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios, conforme critérios previstos no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde (item 2.3.5.2 do Relatório).

É o Relatório.

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

MARCIA ROBERTA GRACIOSA
Auditor Fiscal de Controle Externo

ROSEMARI MACHADO
Auditor Fiscal de Controle Externo

CELIO MACIEL MACHADO
Coordenador

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

ROBERTO SILVEIRA FLEISCHMANN
Diretor

Clique aqui para digitar texto.

APÊNDICE 1 – MODELO DE PLANO DE AÇÃO

Órgão:	
Decisão n.	Processo:

ORIENTAÇÕES:

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

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

Responsável pelo preenchimento do Plano de Ação:	
Cargo:	Data:
Assinatura:	