

AUDITORIA OPERACIONAL NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE E DOS MUNICÍPIOS DE ARAQUARI, CANOINHAS, FLORIANÓPOLIS E JOINVILLE

JUNHO A DEZEMBRO/2014

RELATOR

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

EQUIPE DE AUDITORIA

CÉLIO MACIEL MACHADO

MÁRCIA ROBERTA GRACIOSA

ROSEMARI MACHADO



2018



CONSELHEIROS

Luiz Eduardo Cherem – Presidente

Adircélio de Moraes Ferreira Júnior – Vice-Presidente

Wilson Rogério Wan-Dall – Corregedor-Geral

Luiz Roberto Herbst

César Filomeno Fontes

Herneus De Nadal

José Nei Alberton Ascari

AUDITORES

Gerson dos Santos Sicca

Cleber Muniz Gavi

Sabrina Nunes locken

Tribunal de Contas de Santa Catarina

Assessoria de Comunicação Social

Coordenação de Publicações

SUPERVISÃO	Conselheiro Adircélio de Moraes Ferreira Júnior
COORDENAÇÃO EDITORIAL	Assessoria de Comunicação Social – Coordenação de Publicações
TEXTOS	Diretoria de Atividades Especiais
REVISÃO GRAMATICAL	Priscylla A. C. Steffen
PROJETO GRÁFICO	Ana Sofia Carreço de Oliveira (DRT/SC 4709)
DIAGRAMAÇÃO	André Gonçalves Martins (DRT/SC 03057 DG)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S231v Santa Catarina. Tribunal de Contas do Estado
Auditoria operacional na gestão da atenção básica à saúde da Secretaria Estadual da Saúde e dos Municípios de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville.
Florianópolis : TCE/SC, 2018.

99 p. (Auditoria operacional; 24).

Auditoria em: Jun./dez. 2014.

1. Auditoria operacional. 2. Saúde – Gestão da atenção básica. I. Título. II. Secretaria Estadual da Saúde. III. Tribunal de Contas de Santa Catarina.

CDDir 341.3852

Ficha catalográfica: Sílvia M. B. Volpato CRB 14/408

PEDIDOS DESTA PUBLICAÇÃO PARA

TRIBUNAL DE CONTAS DE SANTA CATARINA

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL — COORDENAÇÃO DE PUBLICAÇÕES

Rua Bulcão Viana, 90, Centro — CEP 88020-160 — Florianópolis/SC

E-mail: publicacoes@tce.sc.gov.br

Site: www.tce.sc.gov.br

SUMÁRIO

6

APRESENTAÇÃO

8

A ATENÇÃO BÁSICA

- 9 O que foi avaliado pelo TCE/SC
- 10 Por que foi avaliado
- 11 Como se desenvolveu o trabalho

14

O QUE O TCE/SC ENCONTROU

- 14 Ausência do levantamento das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica e do Plano de Educação Permanente do Município
- 15 Insuficiência na oferta de cursos de capacitação para os profissionais que atuam na Atenção Básica
- 17 Deficiência na articulação entre SMSs e SES na promoção e formação dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica
- 18 Ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários que atenda os profissionais da Atenção Básica dos Municípios
- 20 Falta de ações que promovam a alocação e permanência dos profissionais na Atenção Básica
- 24 Falta de um diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal das UBSs, em desacordo com o previsto na PNAB, item 3.4, inciso XII
- 26 Ausência ou insuficiência de estruturas e equipes técnicas específicas das SES/SDRs/SMSs para monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica
- 29 Inexistência de indicadores de insumos e processos para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica, deficiência da sua utilização para o planejamento das ações de saúde e ausência de publicidade na *internet* dos instrumentos de planejamento

- 34 Insuficiência de estrutura de TI
- 42 Deficiências no processo de planejamento, o que não contribui para que seja participativo e compatível com as necessidades de saúde da população
- 45 Baixa participação dos Conselhos de Saúde nas discussões relativas ao planejamento, prejudicando o exercício do seu papel na execução das políticas de saúde
- 47 Precariedade dos instrumentos de pactuação e baixa adesão dos Estados ao Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP)
- 50 Restrição do acesso da população aos outros níveis de atenção
- 53 Deficiências na integração entre os níveis de atenção
- 57 Deficiências no repasse estadual aos municípios para o financiamento tripartite da Atenção Básica
- 58 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
- 62 Distribuição não equitativa aos municípios dos recursos federais e estaduais da saúde
- 76 Falta de atualização, pelas secretarias municipais de saúde, das informações sobre os profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

80

O QUE PODE SER FEITO PARA MELHORAR O DESEMPENHO DO SERVIÇO

82

BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCE/SC

83

DECISÕES Nºs 0448/2016, 0449/2016, 0450/2016, 0451/2016 E 0452/2016

APRESENTAÇÃO

A auditoria operacional verifica o desempenho de ações de governo, órgãos ou entidades da administração pública direta e indireta. Neste tipo de inspeção, o Tribunal de Contas determina e recomenda às unidades auditadas a correção dos problemas identificados e o aperfeiçoamento da aplicação dos recursos públicos.

O relatório resumido traz os achados mais relevantes das auditorias operacionais. A publicação contribui para a implantação das ações de correção e melhoria, por facilitar o acesso ao conteúdo da auditoria e favorecer o controle social.

Esta edição apresenta os resultados da auditoria operacional na gestão da Atenção Básica à Saúde da Secretaria Estadual da Saúde e dos municípios de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville. O objetivo do trabalho foi identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

O trabalho de fiscalização foi decorrente de auditoria coordenada realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e por 29 Tribunais de Contas do país, signatários de Acordo de Cooperação Técnica firmado em 25/03/2014. Realizada pela Diretoria de Atividades Especiais (DAE), do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC), a auditoria identificou deficiências na elaboração e na execução de ações de formação e educação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, bem como na alocação e permanência desses profissionais na atividade.

Outro apontamento da área técnica foi a ausência/insuficiência de estruturas e equipes técnicas, a inexistência de indicadores de insumos e processos para a realização de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, assim como a deficiência na sua utilização para o planejamento das ações de saúde. Constatou-se, ainda, a falta de priorização da Secretaria de Estado da Saúde em colaborar com o processo de planejamento da Atenção Básica pelas Secretarias Municipais e o apoio insuficiente das Secretarias Municipais de Saúde às

Unidades Básicas de Saúde.

Aos municípios, o TCE/SC determinou a atualização sistemática no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos dados referentes aos profissionais de saúde, quanto ao local de exercício de suas atividades, seja pública ou privada, conforme determina o Ministério da Saúde.

Entre as recomendações comuns às Secretarias Municipais de Saúde de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville estão: a garantia de estrutura física, recursos materiais, equipamentos e insumos necessários e em número suficiente ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde; a criação de mecanismos que institucionalizem o preenchimento/registo da contrarreferência (encaminhamento do usuário à unidade básica de saúde de origem após atendimento especializado).

À Secretaria de Estado da Saúde uma das recomendações foi para que sejam disponibilizados instrumentos técnicos e pedagógicos para a formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família. O órgão deverá ainda normatizar a atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica na estrutura da Secretaria. Cabe também ao órgão ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade em 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.

Após um breve relato sobre o que é a Atenção Básica à Saúde e como esta funciona em Santa Catarina, o leitor vai encontrar nesta publicação informações sobre os motivos que definiram a realização da auditoria, o serviço avaliado, o desenvolvimento do trabalho, os achados e os benefícios esperados com a implementação das determinações e recomendações feitas à Secretaria de Estado da Saúde e às prefeituras de Canoinhas, Araquari, Joinville e Florianópolis, constantes nas decisões nºs 0448/2016, 0449/2016, 450/2016, 0451/2016 e 0452/2016, respectivamente.

LUIZ EDUARDO CHEREM
PRESIDENTE DO TCE/SC

A ATENÇÃO BÁSICA

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 coletividades¹. É o nível de atenção à saúde de menor densidade tecnológica, entretanto, capaz de re-

solver 80% dos problemas de saúde da população. Por isso, esta deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Diante do fato de que a maioria da população brasileira busca as emergências dos hospitais como primeira e principal opção de atendimento, fruto da crença de que lá o atendimento será mais tempestivo e resolutivo, a Atenção Básica surgiu como uma nova estratégia para lidar com o esgotamento desse modelo hospitalocêntrico.

Em Santa Catarina, compete à Secretaria de Estado da Saúde (SES) a responsabilidade de coordenar a política de saúde no âmbito estadual, em observância aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Igualmente, é atribuição da SES promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde de forma descentralizada, desconcentrada e regionalizada, em articulação com as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional, bem como monitorar, analisar e avaliar a situação de saúde do Estado.

À época da auditoria, realizada em 2014, as ações de saúde eram realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde, por meio de 36 Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional (SDRs) e suas respectivas Gerências de Saúde, além

O assunto foi tema de auditoria operacional coordenada, realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e por 29 Tribunais de Contas (TCs), signatários de Acordo de Cooperação Técnica firmado em 25/03/2014.

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

das Secretarias Municipais de Saúde.

Para esta auditoria, foram analisadas as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) de Canoinhas, Araquari, Joinville, Florianópolis e suas respectivas estruturas responsáveis pela dinâmica da atenção básica nos municípios.

O QUE FOI AVALIADO PELO TCE/SC

A auditoria identificou 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. Também foram avaliadas as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

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 pelos 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

MUNICÍPIO	SUBFUNÇÃO	DESPESAS EM REAIS (R\$)			Total
		2011	2012	2013	
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).

O trabalho orientou-se pelas 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?

POR QUE FOI AVALIADO

A Atenção Básica à Saúde foi tema de auditoria operacional coordenada, realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e por 29 Tribunais de Contas (TCs), signatários de Acordo de Cooperação Técnica firmado em 25/03/2014.

O objetivo da auditoria foi avaliar aspectos relacionados ao atendimento, ao acesso, à infraestrutura e à resolutividade da atenção básica para os cidadãos usuários e se a gestão da atenção básica, nas esferas federal, estadual e municipal proporciona qualidade nos serviços prestados.

Para delimitar o escopo do trabalho, foram realizadas 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 UBSs Itapocu e Aci Ferreira de Oliveira, em Araquari; às UBSs Campo da Água Verde

e COHAB I, em Canoinhas; às UBSs Canto da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Ingleses e Rio Vermelho, em Florianópolis; e às UBSs Iririú, Morro do Meio, Nova Brasília e Willy Schossland, em Joinville.

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

COMO SE DESENVOLVEU O TRABALHO

Na fase de planejamento foi efetuada uma pesquisa documental na *internet*, como artigos e notícias veiculadas sobre a matéria em análise e a legislação correlata, bem como a avaliação de documentos disponibilizados pela SES sobre os assuntos inerentes à auditoria. Também foram realizadas entrevistas com representante da Secretaria 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. Procedeu-se a elaboração da análise *SWOT*², Diagrama de Verificação de Riscos (DVR), Análise *Stakeholder*³ e Diagrama de *Ishikawa*⁴ 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 uma oficina coordenada pelo Grupo de Auditoria Operacional (GAO) e Tribunal de Contas da União (TCU), na qual foram consolidadas as questões de auditoria de gestão de pessoas, monitoramento e avaliação e planejamento, comuns a todos os Tribunais de Contas brasileiros. Criado pelo Instituto Rui Barbosa (IRB), associação civil de estudos e pesquisas para o aprimoramento das atividades dos TCs, o GAO presta

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.

apoio à execução de auditorias operacionais.

A classificação do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS, 2012⁵) 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 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de todas as UBSs dos municípios, como o número total de equipes e profissionais por categoria. Dessa forma, o critério para seleção das UBS foi o número de equipes de Saúde da Família (eSF).

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

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

Fonte: Elaborado pelo TCE/SC, a partir de dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

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, em que os menores escores representariam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no Estado ou Município considerado.

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 representante da Secretária de Estado de Saúde; d) entrevista com os Secretários Municipais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde dos quatro municípios auditados; e) entrevistas com Gestores, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACSS) das UBSs visitadas; f) requisição de informações e documentos às quatro SMSs, à SES e às 12 UBSs; g) análise documental; h) extração eletrônica de dados; e i) cruzamento eletrônico de dados.

Na inspeção *in loco*, foi analisado o espaço físico das UBSs visitadas, atentando para o número e o 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 64 questões foram divididas em 4 temas gerais: identificação do município e comentários; gestão de pessoas; monitoramento e avaliação; e planejamento. Os dados coletados nessa pesquisa foram utilizados como subsídio para comprovar as situações identificadas na auditoria.

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

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 o TCU, em que foram consolidados os achados de gestão de pessoas, monitoramento e avaliação e planejamento.

O QUE O TCE/SC ENCONTROU

Ausência do levantamento das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica e do Plano de Educação Permanente do Município

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

Portanto, a PNAB preconiza que “é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município”. Ainda, conforme a PNAB, “é importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade”.

Dito isto, constatou-se na auditoria que as Secretarias Municipais de Saúde de Araquari, Canoinhas e Florianópolis não possuíam um diagnóstico que contemplasse mecanismos formais para identificar as necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

A inexistência de tal diagnóstico nos municípios citados se relaciona à falta

de um Plano de Educação Permanente em Saúde, para os municípios de Araquari e Canoinhas, uma vez que o município de Florianópolis o possui, mas não o colocou em prática.

Em 2013, no município de Florianópolis, foi criado um setor de educação em saúde e implantado um sistema oficial de registro e monitoramento dos eventos oferecidos internamente. No entanto, identificou-se que, em algumas UBSs visitadas in loco, apesar de os profissionais serem consultados, não chegam a participar dos cursos que sugerem.

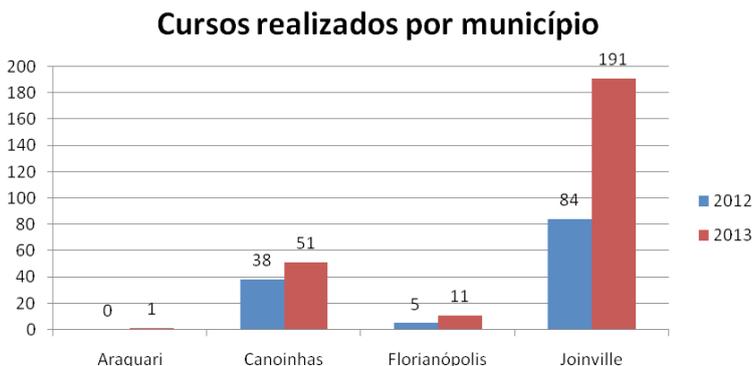
Em Joinville não foram constatados tais problemas.

Insuficiência na oferta de cursos de capacitação para os profissionais que atuam na Atenção Básica

Compete às Secretarias Municipais de Saúde, conforme exposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (item 3.4, VIII, p. 32), o desenvolvimento de ações e a articulação de instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família.

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

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



Fonte: TCE/SC.

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

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

Tabela 2 – Relação do número de cursos por profissional da Atenção Básica

Município	Número atual de profissionais da Atenção Básica (2014)	Número de cursos realizados		Número de cursos por servidor	
		2012	2013	2012	2013
Araquari	126	0	1	0	0,0079
Canoinhas	97	38	51	0,3918	0,5258
Florianópolis	1287	5	11	0,0039	0,0085
Joinville	908	84	191	0,0925	0,2104

Fonte: TCE/SC, a partir de dados das SMSs.

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

O município de Joinville, embora expresse os maiores números em cursos ofertados nos dois anos analisados, representa um quantitativo por profissional baixo, por possuir um elevado número de servidores se comparado com Canoinhas.

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

Florianópolis e Araquari apresentaram os índices mais baixos, este por quase não ofertar cursos de capacitação aos seus profissionais, e aquele

por possuir o maior quadro profissional dos três municípios e ainda assim promover poucos cursos se comparado a Joinville, por exemplo.

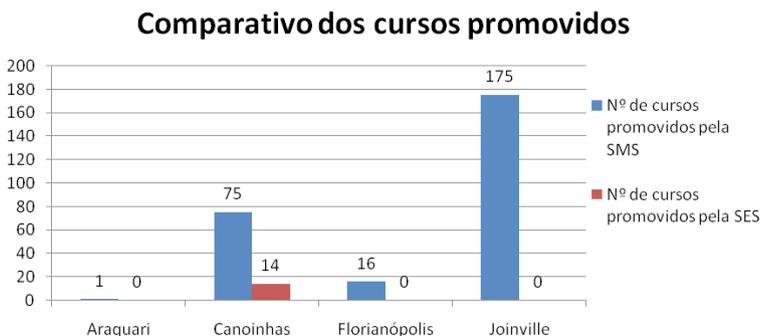
A carência de cursos influencia na qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, com comprometimentos da qualidade dos serviços prestados aos usuários nas UBSs.

Deficiência na articulação entre SMSs e SES na promoção e formação dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis por 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. Também é responsabilidade da SES, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, a articulação com instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família. Verificou-se, nos quatro municípios auditados, a deficiência da Secretaria Estadual de Saúde em articular-se com as Secretarias Municipais de Saúde para este fim.

Analisando a relação encaminhada pelos municípios dos cursos oferecidos, 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 2 – Comparativo dos cursos promovidos no período de 2012 e 2013



Fonte: TCE/SC.

De acordo com as informações apresentadas no gráfico acima, pode-se perceber que 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 informado pelos gestores locais, não houve cursos promovidos pela SES.

A situação descrita foi corroborada nas entrevistas realizadas com os Secretários Municipais de Saúde, 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.

Nas entrevistas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde dos quatro municípios, os profissionais mencionaram, também, um maior apoio das SMSs na oferta de cursos, relatando a ausência de participação da SES nos mesmos.

No entanto, embora se tenha conhecimento sobre o Plano Estadual de Educação Permanente (PEEP), a articulação entre a esfera estadual e os municípios na promoção da educação permanente ainda não é efetiva, conforme mencionado pelos municípios auditados.

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.

A participação da Secretaria de Estado da Saúde na educação permanente é primordial, uma vez que a falta de articulação entre as esferas estadual e municipal influi na baixa qualificação dos gestores e profissionais da atenção básica.

Ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários que atenda os profissionais da Atenção Básica dos Municípios

O Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) consiste em um conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e

estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, de forma a contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, constituindo-se em instrumento de gestão da política de pessoal (Portaria GM/MS nº 1.318/2007, item 1.6, “f”).

A obrigatoriedade do PCCS está inserida no art. 39, caput, da Constituição Federal. Já a Lei Federal nº 8.080/1990, art. 15, dispõe que a competência na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde é da União, Estados, Distrito Federal e Municípios

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

Dito isto, apurou-se que o município de Joinville possui plano de cargos, que à época da auditoria era regido pela Lei Complementar (municipal) nº 239/2007, com alterações da LCM nº 349/2011. Da mesma forma o município de Florianópolis também detém plano de cargos que era regido pela Lei (municipal) nº 2.897/1988, o qual sofreu alterações das Leis (municipal) nº 2.996/1988, 3.119/1988, 4.279/1993 e LCM nº 428/2012. Informa-se que a partir de maio/2015 entraria em vigor o novo PCCS de Florianópolis, tendo em vista que a Câmara Municipal de Florianópolis aprovou, em outubro/2014, o Projeto de Lei Complementar (municipal) nº 1.346/14, que se refere ao PCCS do Pessoal Civil, e o PLC nº 1.347/14, que trata do PCCS dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Com relação ao município de Araquari, este informou que o PCCS estava em fase de implantação com expectativa de vigência a partir de 2015, contudo não encaminhou a lei. O município de Canoinhas afirmou não possuir um PCCS para os profissionais da saúde.

Conclui-se, portanto, que os municípios de Araquari e Canoinhas não possuem um Plano de Carreira, Cargos e Salários instituído que atenda

A implantação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários se constitui em um instrumento de gestão imprescindível à constituição de uma força de trabalho qualificada para a efetiva implantação do SUS.

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

Falta de ações que promovam a alocação e permanência dos profissionais na Atenção Básica

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída por equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Contudo, para que a continuidade do cuidado/vínculo longitudinal⁶ aconteça, é preciso que haja oferta adequada de serviços de Atenção Primária, mecanismos de fixação do profissional nas Unidades Básicas de Saúde, bem como garantia de estrutura física e recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes ao funcionamento das UBSs.

Durante as entrevistas in loco realizadas com os Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores, Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde das UBSs visitadas de Araquari, Canoinhas, Joinville e Florianópolis, foi identificada a falta de ações na promoção da alocação e permanência dos profissionais da atenção básica, como a ausência de incentivos à produtividade no cargo e a falta de valorização profissional.

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

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

⁶ CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.16, supl.1, Rio de Janeiro, 2011.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída por equipe multidisciplinar que cobre toda a população.

O município de **Canoinhas**, quando questionado, informou que repassa aos profissionais da Atenção Básica apenas o incentivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), não havendo outros incentivos, uma vez que também não possui um PCCS instituído.

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

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

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

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

Nos municípios de **Araquari** e **Canoinhas**, os profissionais da Atenção Básica apontaram que a quantidade atual de computadores não é suficiente, fato que prejudica o desempenho de suas atividades.

Em **Florianópolis**, nas UBSs Canto da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Ingleses e Rio Vermelho, os profissionais apontaram problemas como a limitação de espaço físico para desenvolvimento das atividades, falta de manutenção das UBSs (piso com revestimento quebrado, o que dificulta a limpeza);

falta de recursos/materiais para a execução do trabalho, tendo como exemplo otoscópios que não funcionam, falta de ar condicionado, *internet* lenta; falta de material (caneta, repelente, protetor solar, mochila) e uniforme para os ACSs.

Em **Joinville**, os profissionais das UBSs de Iriirú, Morro do Meio, Nova Brasília e Willy Schossland apontaram como um dos principais problemas o espaço físico das UBSs, pois entendem que o mesmo não é próprio para o desenvolvimento das atividades e o atendimento aos usuários da Atenção Básica. Segundo eles, os imóveis geralmente se constituem de casas, sendo algumas de dois pavimentos, sem acessibilidade necessária aos usuários, como rampa para cadeirantes e idosos, conforme evidenciado na sequência.

Um dos fatores causadores da rotatividade dos profissionais na Atenção Básica é a ausência de boas condições de trabalho.

Quadro 3 – Infraestrutura deficitária de UBSs visitadas em Joinville



Crédito das fotos: DAE-TCE/SC

Consultório médico da UBS Iriirú Leonardo Schlickmann.



UBS Morro do Meio com dificuldade de acesso a cadeirantes e idosos.



UBS Morro do Meio com divisória danificada.



UBS Nova Brasília com piso danificado.

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

O levantamento/diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal das UBSs deve ser um processo contínuo desenvolvido pelos

Falta de um diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal das UBSs, em desacordo com o previsto na PNAB, item 3.4, inciso XII

municípios, uma vez que o conhecimento do quantitativo, composição e perfil dos servidores atuais e futuros, bem como a definição das estratégias e ações se fazem necessárias à viabilização do alcance de tais necessidades. A ausência do dimensionamento desses critérios dificulta a tomada de decisão dos gestores, bem como o alcance de resultados que sejam eficientes e eficazes, comprometendo, por fim, o atendimento adequado ao usuário.

As deficiências diagnosticadas nos planos de cargos e a ausência de ações que promovam a alocação e permanência dos profissionais de saúde contribuem para o aumento da rotatividade dos profissionais. Quanto a este aspecto, identificou-se que os municípios selecionados não possuem

mecanismos para acompanhar a rotatividade dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

Os municípios de Araquari e Florianópolis informaram que não dispõem de tais mecanismos. O município de Canoinhas afirmou que os mesmos estariam disponíveis no site da Prefeitura, no entanto verificou-se que este fazia referência apenas aos editais realizados para concurso público.

Por último, o município de Joinville informou que possui instrumentos para acompanhar a rotatividade dos profissionais da AB, contudo não encaminhou documentos comprobatórios.

Além disso, nas entrevistas realizadas, foi questionado aos profissionais sobre o tempo de atuação dos mesmos nas respectivas UBSs, onde os dados coletados foram consolidados na tabela a seguir:

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

Tabela 3 – Tempo de atuação por categoria profissional

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

Fonte: Análise do tempo de atuação dos profissionais

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

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

Ausência ou insuficiência de estruturas e equipes técnicas específicas das SES/SDRs/SMSs para monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), item 3.1, VIII, são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo o planejamento, apoio, monitoramento e avaliação da atenção básica. Estabelece ainda o inciso IX a criação de mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica como parte do processo de planejamento e programação.

As estruturas de monitoramento e avaliação devem ser fortalecidas com capacidade técnica nas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde.

Às Secretarias Estaduais de Saúde, a PNAB (item 3.3) estabelece algumas competências ligadas ao monitoramento e avaliação, tais como: a) analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação e utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; b) verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando as informações aos gestores municipais; c) 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; d) definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica.

Para as Secretarias Municipais de Saúde, a PNAB (item 3.4) estabelece as seguintes competências: a) definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica; b) 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; c) manter atualizado o cadastro no sistema de cadastro nacional vigente dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos

ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

Para tanto, objetivando o cumprimento das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, as esferas de governo devem ter as equipes de monitoramento e avaliação estruturadas de forma que possam realizar a avaliação e o 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** informou 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, quem as realiza é o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas) da UFSC.

O Município de Florianópolis, por meio 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 da 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.

O Município de Joinville, em resposta documental, informou que não há um setor formalmente constituído na SMS para monitoramento e avaliação e que quem realiza a função é a gerência de Atenção Básica, por meio do Núcleo de Apoio Técnico (NAT). O setor de Planejamento atua como facilitador desse processo, realizando diversas atividades, tais como capacitações com os profissionais, e também disponibilizando uma plataforma na rede informatizada da Secretaria, com os indicadores oficialmente pactuados, esclarecendo dúvidas e compilando os indicadores: trimestralmente, para prestar contas junto ao Conselho Municipal de Saúde e a Câmara de Vereadores; e anualmente, para apresentação do Relatório Anual de Gestão. Para o monitoramento e avaliação, o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) conta com 14 servidores efetivos, enquanto o Setor de Planejamento conta com 4 servidores efetivos.

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.

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 (ACSs). 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 cinco servidores efetivos com cargo de auditor.

Apresenta-se, na sequência, o resumo do quantitativo de servidores que realizam monitoramento e avaliação e outras atividades nos municípios auditados:

Quadro 2 – Quantitativo de servidores de M&A e existência de norma de M&A

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

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

Levando-se em consideração a documentação encaminhada e a inspeção *in loco*, verificou-se que a SES e as SMSs de Florianópolis e Joinville não possuem estruturas formais para a realização de monitoramento e avaliação da atenção básica. Embora as SMSs de Araquari e Canoinhas tenham apresentado normas de estrutura de M&A, elas não são específicas sobre o assunto. Ademais, verificou-se que nenhum desses órgãos possui critérios de dimensionamento para definição da equipe de M&A da Atenção Básica, bem como se observou que os técnicos acumulam outras atribuições.

Inexistência de indicadores de insumos e processos para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica, deficiência da sua utilização para o planejamento das ações de saúde e ausência de publicidade na *internet* dos instrumentos de planejamento

A Política Nacional de Atenção Básica (item 3.1, III, VII, VIII, IX e X) estabelece responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, tais como: a) garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades; b) desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades; c) planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica; d) estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica como parte do processo de planejamento e programação; e) divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica.

Às Secretarias Estaduais de Saúde, a PNAB (item 3.3, IX) estabelece a competência de definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica. Para as Secretarias Municipais de Saúde, a PNAB (item 3.4, VII) estabelece a competência de 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 no art. 2º diretrizes do PMAQ-AB, como os transcritos abaixo:

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;

De acordo com o PMAQ-AB, essas diretrizes serão realizadas por meio de autoavaliação da equipe de saúde da atenção básica; monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde. O Programa prevê ainda avaliação externa, a ser realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa.

Os indicadores devem permitir a inferência de tendências e a avaliação dos efeitos no programa de atenção básica.

Os indicadores ao longo do tempo devem ser comparados de modo que permitam a inferência de tendências e a avaliação dos efeitos no programa de atenção básica. Os dados referentes à AB, além de constar nos instrumentos de planejamento, devem ser avaliados para que se alcance os 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 (Lei de Acesso à Informação).

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 por meio da divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações.

A partir da tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde e gestores das secretarias de estado de desenvolvimento regionais, evidenciou-se quanto aos indicadores de avaliação da AB:

- 17,2% dos respondentes afirmaram que não utilizam indicadores para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica;
- 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;

Quanto aos procedimentos para verificar a confiabilidade dos dados da Atenção Básica inseridos pelas UBS, 56,7% afirmaram não possuir procedimentos e/ou mecanismos para tal. Já sobre a utilização dos indicadores de monitoramento e avaliação da Atenção Básica para o planejamento, 16,3% dos gestores municipais de saúde afirmaram que não os utilizam.

É preciso que as Secretarias de Saúde publiquem na sua página da *internet* o planejamento e os resultados advindos dele.

Com relação à 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 as que divulgam, utilizam canais de baixo alcance, como murais (47,3%);
- Apenas 56% 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.

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 SDRs afirmaram que eventualmente ou algumas vezes utilizam em seu planejamento os indicadores de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- 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 tais procedimentos, enquanto 14,3% não opinaram.

Por meio de entrevista, a Secretária de Estado da Saúde assegurou que: utiliza no planejamento os indicadores de monitoramento e avaliação da AB para a implementação de recursos na área; os resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica são divulgados na página da secretaria e na Revista Informativo AB em Santa Catarina, que é publicada semestralmente; são adotados procedimentos (auditoria ou encontro de contas) para verificação da confiabilidade dos dados encaminhados pelos municípios por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS), Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). A veracidade das informações se dá por meio de auditoria ou encontro de contas.

Nas entrevistas com os gestores das secretarias municipais de saúde dos municípios de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville, sobre a utilização dos indicadores da AB no planejamento, a divulgação destes e a confiabilidade dos dados fornecidos pelos municípios, verificou-se que:

- Todos utilizam os indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica para a realização do seu planejamento e para a prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e à Câmara de Vereadores;
- Todos afirmaram que os resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica são divulgados, no entanto, a frequência e a forma da divulgação variam. 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 trimestralmente no *site*. Em Joinville, a frequência é quadrimestral ao CMS;
- Com exceção de Joinville, os demais municípios afirmaram que existem procedimentos para verificação da confiabilidade dos dados encaminhados pelas UBS.

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: esse seria o objetivo de instituições acadêmicas. Como indicadores de gestão, foram encaminhados os mesmos indicadores de resultado da Atenção Básica.

O **Município de Florianópolis** encaminhou os indicadores de resultado da Atenção Básica utilizados para avaliar e monitorar a qualidade nos serviços prestados (Pacto Municipal de Saúde 2011-12 e Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP 2012-13 e 2012-14).

Quanto aos indicadores de gestão, foi remetido o Pacto dos Distritos Sanitários e os resultados da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 2012. 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).⁷

A SMS utiliza o ciclo PDCA⁸, ferramenta de qualidade que facilita a tomada de decisões e visa 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.

O **Município de Joinville** encaminhou os indicadores de resultado da Atenção Básica (COAP 2014-2017, do Plano Municipal de Saúde; indicadores do PMAQ com o desempenho de 26 ESFs, avaliados em 2012; indicadores programados e executados nos exercícios de 2012 e 2013).

Quanto aos indicadores de gestão, foram remetidos somente os resultados da Avaliação Externa do PMAQ 2012. Observou-se no Plano Municipal de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de 2012 e 2013 poucos indicadores de insumos e processos.

O **Município de Araquari** encaminhou os indicadores de resultado (Pacto e do COAP, dos exercícios de 2012 e 2013). Salienta-se que a Secretaria não realizou o plano municipal para os exercícios de 2014-2017. Quanto aos indicadores de gestão, a SMS de Araquari não remeteu, pois apresentou os mesmos indicadores de resultado dos exercícios de 2012 e 2013.

O **Município de Canoinhas** encaminhou os indicadores de resultado

⁷ 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.

⁸ 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.

Os auditores constataram a baixa utilização de indicadores como estratégia de aprimoramento da gestão na Atenção Básica.

(PMAQ do exercício de 2012, PACTO-COAP 2012 e 2013). Quanto aos indicadores de gestão, foi encaminhada a Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ) de 2012, no entanto, são poucos indicadores de insumos e processos.

Resumindo as evidências documentais, conclui-se que em 75% dos municípios selecionados (Joinville, Canoinhas e Araquari) não foi identificada nos instrumentos de planejamento a relação dos indicadores com as ações de gestão da Atenção Básica. Constatou-se, ainda, a ausência de publicação nos sites, dos Relatórios Anual e Quadrimestral, como também a falta de procedimentos de conferência dos dados fornecidos pelas UBSs. Neste sentido, ocorre a falta de capacitação dos gestores e equipes de M&A das Secretarias de Saúde para o desenvolvimento de indicadores.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) possui alguns indicadores de insumos e processos, mas que ainda são incipientes, e as Secretarias de Saúde não têm 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 pelo controle de estoque inexistente ou falho, pode levar o usuário a um 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 recursos humanos, 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.

Como as secretarias municipais de saúde não possuem 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.

Deficiências no processo de monitoramento e avaliação geram pouca transparência no desempenho das ações de saúde.

Insuficiência de estrutura de TI

Para o funcionamento das UBSs, as Secretarias Municipais têm a competência de garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no item 3.4, XI.

A **SES** não enviou ao TCE/SC 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 solicitada a seguinte informação: se o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI? Em sua resposta, a SES informou o número do processo SES 62432/2013, que trata de manutenção e instalação de pontos de rede lógica.

Para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, as Secretarias Municipais devem garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes.

A **SMS de Araquari** respondeu que o levantamento/diagnóstico estava em desenvolvimento, ou seja, ainda não o tinha à época da auditoria. Também foi solicitada a seguinte informação: o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI? Em sua resposta, a SMS de Araquari informou que o planejamento está em estudo e atualmente não tem um documento que o represente.

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*. Também, foi solicitada a seguinte informação: o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI? Em sua resposta, a SMS de Canoinhas informou que foi prevista no Plano Municipal de Saúde (2014-2017) a compra de computadores e impressoras para Unidades de Saúde.

A **SMS de Florianópolis** não remeteu o levantamento/diagnóstico e encaminhou o que foi solicitado à Administração Municipal: 12 circuitos de Fibra Óptica - R\$ 200.400,00 (pagos em 2014); obras e adequações de rede lógica – R\$ 150.000,00; contratação de Equipe de Manutenção em informática - 700.000,00; Sistema de Terceirização de impressão - R\$ 720.000,00; e Contratação de Equipe de Desenvolvimento - R\$ 2.000.000,00, conforme sua informação no ofício nº OE 234/SMS/GAB/14, de 05/09/2014. Também foi solicitado a seguinte informação: o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI? Em sua resposta, a SMS de Florianópolis informou as aquisições realizadas no ano em curso.

A **SMS de Joinville** não remeteu o levantamento/diagnóstico, mas informou que as UBSs receberiam novos computadores e *links* IPs em

substituição a *links* de comunicação ADSL, 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 informação no ofício nº 152/2014/GAB/SMS/MV, de 09/09/2014. Também foi solicitada a seguinte informação: o planejamento e a execução do exercício de 2014 contemplava o atendimento das necessidades de TI? Em sua resposta, a SMS de Joinville informou que os atendimentos das necessidades estão no Plano Municipal de Saúde 2014-2017: página 22.

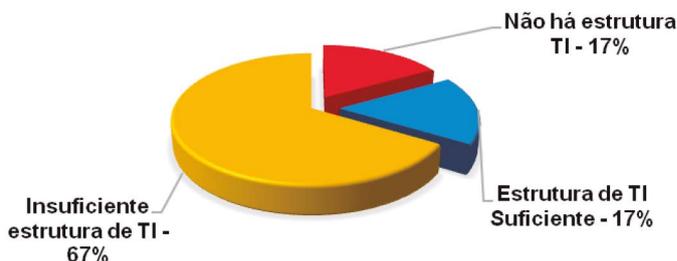
A Secretária de Estado da Saúde, por meio de entrevista, afirmou que a estrutura de TI da SES é suficiente.

Por outro lado, 75% (Araquari, Florianópolis e Joinville) das Secretarias Municipais de Saúde avaliaram que a sua estrutura de TI é insuficiente para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica.

Nas entrevistas com os gestores das UBSs visitadas, 67% deles afirmaram que a estrutura de TI das UBSs é insuficiente para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica, já para 33% a estrutura de TI é suficiente. Em entrevista com os profissionais médicos das UBSs visitadas, 67% avaliaram a estrutura de TI insuficiente, 17% avaliaram que não há estrutura de TI, e para outros 17% a estrutura de TI é suficiente.

Gráfico 3 – Entrevista nas UBSs com os médicos

AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS DA ESTRUTURA DE TI NAS UBSs

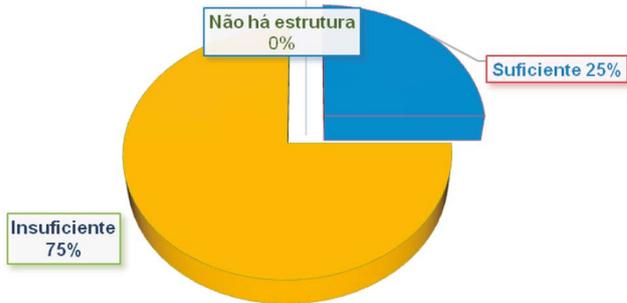


Fonte: Consolidação das entrevistas nas UBSs com os médicos.

Para 75% dos profissionais enfermeiros, a estrutura de TI é insuficiente nas UBSs. Já para 25% destes profissionais, a estrutura de TI é suficiente.

Gráfico 4 – Avaliação da estrutura de TI nas UBSs pelos enfermeiros

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DE TI NAS UBSs PELOS ENFERMEIROS



Fonte: Consolidação das entrevistas nas UBSs com os enfermeiros.

Por observação direta, constatou-se nas UBSs visitadas que os profissionais médicos e enfermeiros, bem como os ACSs não têm computadores suficientes, impressoras, sistemas próprios de prontuário eletrônico, nem *internet* com velocidade adequada. Os ACSs, por exemplo, precisam preencher sua produção no Cadastramento Familiar (CADFAM) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Quadro 7 – Consultórios de médicos e de enfermeiros da UBSs visitadas com infraestrutura insuficiente de informática.



Consultório Médico na UBS Campo da Água Verde de Canoinhas sem computador e impressora.



Consultório Médico na UBS Cohab I de Canoinhas sem computador e impressora.



Consultório Médico na UBS Itapocu de Araquari sem computador e impressora.



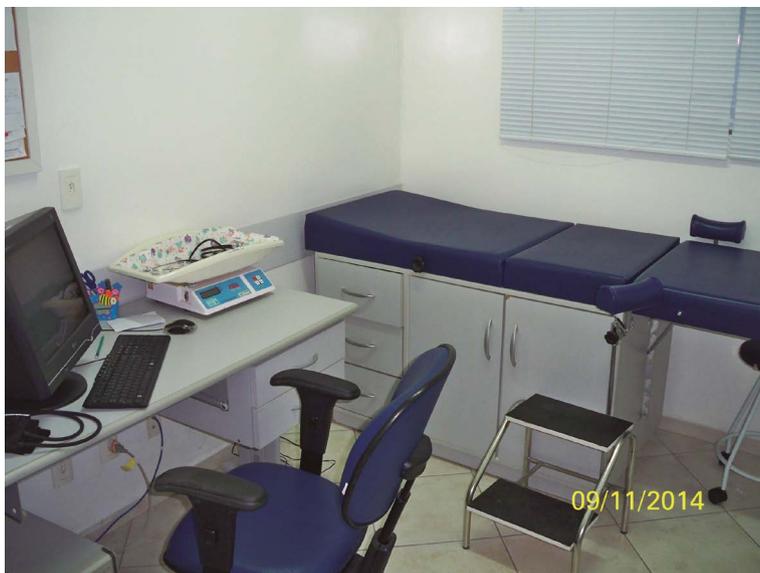
Sala triagem da UBS Aci Ferreira (Enfermaria) de Canoinhas sem computador e impressora.



Consultório Médico na UBS Aci Ferreira de Canoinhas sem computador e impressora.



Consultório Médico na UBS Canto da Lagoa de Florianópolis com *nobreak*, com ruído forte, disposto bem embaixo da maca, e *internet* lenta.



Consultório Médico na UBS da Costeira do Pirajubaé de Florianópolis com computador antigo.



Consultório Médico na UBS Iriirú Leonardo Schilickmann de Joinville com computador antigo e sem impressora.

Foi constatada, ainda, a falta de sistema informatizado próprio integrado para registro da produção diária das UBSs. Em muitas delas, o registro é realizado em fichas, o que leva, muitas vezes, à concentração e sobrecarga em uma única pessoa da SMS, que fica 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, e o fornecimento pelas operadoras de telefonia de *internet* com velocidade lenta têm gerado demora no atendimento ao usuário, perdas de dados da Atenção Básica, retrabalho na alimentação dos diversos sistemas, elevação de custos, ociosidade e intempetividade na alimentação de dados, bem como perda ou suspensão de recursos financeiros aos municípios.

Nas UBSs visitadas, os profissionais não têm computadores suficientes, impressoras, sistemas próprios de prontuário eletrônico, nem *internet* com velocidade adequada.

Deficiências no processo de planejamento, o que não contribui para que seja participativo e compatível com as necessidades de saúde da população

A Lei nº 8.080/1990, Lei Orgânica de Saúde, em seu art. 36, e o Decreto 7.508/2011, 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 e 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 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, as informações e os procedimentos utilizados de suporte para o levantamento das necessidades de saúde.

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 as informações utilizadas 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 o monitoramento de metas e a viabilização de recursos visando ao atendimento das necessidades apontadas pelas equipes da atenção básica.

Quanto à Canoinhas, foram citados: Indicadores de Saúde (Sistema de Pactuação dos Indicadores - SISPACTO); realização de oficinas; reuniões de trabalho e preenchimento de matrizes.

A Secretaria de Joinville informou que a metodologia de elaboração do plano é padronizada pela portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 3.176/2008⁹ 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

⁹ Revogada pela Portaria nº 2135/GM/MS de 25/09/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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 em 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.

Esse 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 oferece um 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 às 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 há 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. Destaca-se o Município de

Foram identificadas fragilidades no apoio das secretarias municipais às Unidades Básicas de Saúde para levantamento das necessidades da população e o planejamento da saúde.

Araquari, que ainda não elaborou o seu Plano Municipal de Saúde, segundo resposta enviada ao TCE/SC por *e-mail*.

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, há um grau de amadurecimento do processo de planejamento, o que é considerada uma boa prática.

Foram identificadas 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 gestores de **Araquari** informaram que o referido apoio ocorre por meio da promoção de encontros de planejamento para consolidar as necessidades das unidades e elaborar quadro de metas, elencadas por prioridade.

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.

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.

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), que é alimentado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e por membros da própria equipe. A secretaria destacou ainda várias ações externas às UBSs que servem de suporte e auxílio para o Planejamento, tais como: informações do Serviço de Vigilância Epidemiológica; disponibilização de base de dados *on line*; serviços de suporte da Área de Tecnologia da Informação (TI); apoio administrativo da Coordenação da Regional de Saúde; e apoio da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde.

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 têm à disposição. Esta segregação é percebida nas entrevistas com os gestores das Unidades Básicas de Saúde, por meio das quais 42% informaram que as necessidades das UBSs não são contempladas no planejamento, 33% informaram que às vezes são contempladas e 25% responderam que as UBSs são contempladas no planejamento.

Por fim, o que se verificou foi um apoio deficiente da SES às secretarias municipais 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.

Baixa participação dos Conselhos de Saúde nas discussões relativas ao planejamento, prejudicando o exercício do seu papel na execução das políticas de saúde

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

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

A Lei nº 8.142/11, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, em seu artigo 1º, §2º, estabelece que o Conselho de Saúde é um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Com o objetivo de colher as percepções dos conselhos acerca do planejamento em saúde, foi realizado grupo focal com, pelo menos, três conselheiros dos Municípios de Araquari, Canoinhas, Joinville e Florianópolis. Convém destacar que não foi possível realizar o mesmo trabalho com

o Conselho Estadual de Saúde. Portanto, as evidências referem-se ao Planejamento de Saúde Municipal.

No que se refere à **Araquari**, os conselheiros foram unânimes em afirmar que não participam do planejamento em saúde. O próprio Município informou que o Plano Municipal da Saúde está sendo desenvolvido e que a metodologia para a sua elaboração será por meio de reuniões periódicas do grupo de gestão e representantes da Atenção Básica. Em relação à fiscalização dos recursos públicos, os conselheiros informaram que a realizam, mas que não têm conhecimento suficiente para analisar os documentos que lhes são apresentados, pois são muito detalhados pela contabilidade ou apresentados de uma forma muito técnica.

Em **Canoinhas**, os entrevistados informaram que há uma comissão de planejamento paritária que apresenta sugestões e as encaminha para a programação de planejamento. Eles também participam de oficinas para elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Há ainda comissão de auditoria e princípios éticos do SUS, comissão para declaração de utilidade pública de entidades, comissão de controle e avaliação, comissão para monitoramento de obras e comissão provisória de assuntos gerais. A SMS não tem setor de planejamento para elaborar planos anuais, programações e alimentação de sistemas. Com relação aos instrumentos de prestação de contas, informaram que analisam relatórios anuais, porém têm dificuldade de analisar os relatórios trimestrais devido à demora com que os documentos são entregues aos conselheiros, o que acaba por deixá-los com pouco tempo para uma análise mais apurada.

Em **Joinville**, os conselheiros informaram que participam do Plano Municipal da Saúde. Uma comissão para a construção do plano foi composta, com a participação de 10 conselheiros antigos. Com relação aos outros instrumentos de planejamento, não há participação.

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

Em síntese, há pouca participação dos conselhos no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde e muita dificuldade no

Há pouca participação dos Conselhos de Saúde no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde.

acompanhamento dos instrumentos de execução. Segundo as informações coletadas, essa pouca participação se deve aos seguintes aspectos: conhecimento técnico insuficiente dos membros dos conselhos para análise dos documentos apresentados, morosidade da entrega dos documentos, dificuldades orçamentárias, deficiências por parte das Secretarias na divulgação das informações aos conselhos e falta de percepção da importância da atuação dos conselhos.

Precariedade dos instrumentos de pactuação e baixa adesão dos Estados ao Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP)

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

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.

Quando o serviço de saúde requerido estiver disponível em outro município, as negociações para o atendimento da população devem ser efetivadas entre os gestores municipais.

Dentre as causas identificadas para as deficiências na articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção destacam-se a precariedade dos instrumentos de pactuação e a não efetivação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como um instrumento substituto. De acordo com o decreto federal nº 7.508/2001, o COAP tem como um dos objetivos a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde 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.

Essa relação, mediada pelo Estado, tem como instrumento de garantia a Programação Pactuada e Integrada (PPI) na Comissão Intergestores

Bipartite (CIB) regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente (Norma Operacional Básica 1/96).

Aos municípios de **Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville** foi questionada a forma adotada para a promoção do acesso aos demais serviços prestados pela rede de atenção à saúde por meio de requisição.

Araquari informou que as consultas e exames não disponibilizados no âmbito municipal são encaminhados aos municípios de referência pactuados na PPI. Os exames e consultas que o Município tem dificuldade de agendar via SUS são comprados em Consórcio Intermunicipal de Saúde. Porém, ainda existe uma parcela de exames, consultas e cirurgias que não são atendidas devido ao *deficit* de capacidade instalada nas referências. 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 Secretaria 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 Comissão Intergestores Regionais e Comissão Intergestores Bipartite.

Em **Florianópolis**, foi implantado o Complexo Regulador, aprovado por meio da Deliberação nº 524/CIB/2012, e também 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 à 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, por isso tem que haver complementação com recursos próprios do município. Outra dificuldade é o fato de a Secretaria de Estado da Saúde não realizar o encontro de contas com o município.

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 previstos 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).

Segundo informações prestadas pela SES, 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, visando a assinatura do contrato. A SES elencou várias ações que foram tomadas neste sentido¹⁰, no entanto, conclui que Santa Catarina somente 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 sobre a assinatura do COAP, o Município de **Araquari** informou que o instrumento que tem hoje é o pacto de gestão assinado em 2008. Em **Canoinhas**, apesar de o Estado não ter aderido ainda, já são utilizados os indicadores a partir de 2013. Em **Florianópolis**, a crítica ao COAP é em relação ao financiamento, pois existe

¹⁰ 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; 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.

a obrigação de alocar recursos, porém não gera novos.

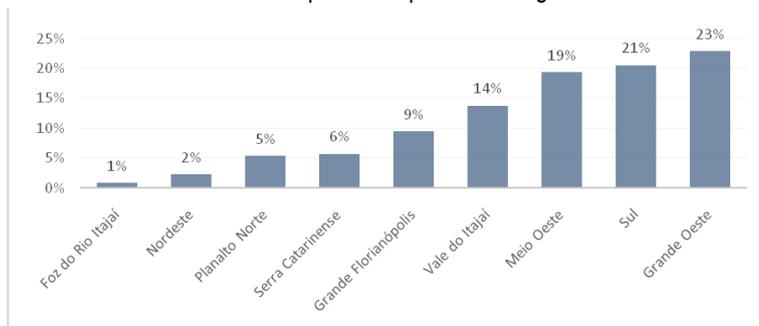
Em **Joinville**, foi informado que a Secretaria de Estado da Saúde encaminhou em 2012 um questionário sobre saúde. Em 2014, tiveram o conhecimento de um diagnóstico consolidado, mas ainda não foi discutido como vai ser a metodologia desse questionário e qual vai ser o seu custo.

Por fim, as fragilidades dos Instrumentos de Pactuação Programada e Integrada e a não adesão ao COAP no Estado contribuem para a restrição do acesso da população à média e alta complexidade, o que reflete diretamente no aumento das demandas judiciais.

Restrição do acesso da população aos outros níveis de atenção

Ao se realizar um levantamento no *site* do Ministério da Saúde¹¹ 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 a seguir.

Gráfico 5 – Demonstrativo do percentual de estabelecimentos ambulatoriais estaduais de média e alta complexidade por macrorregiões



Fonte: Dados do Ministério da Saúde.

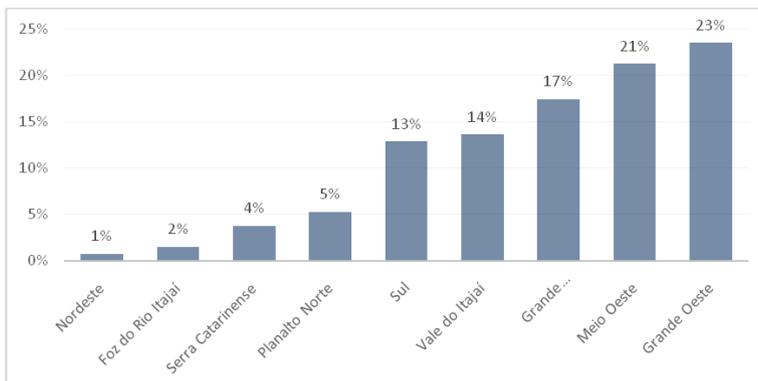
O Estado conta com 176 estabelecimentos ambulatoriais, sendo 164 de média complexidade e 12 de alta complexidade. Ao analisar a sua distribuição geográfica, verifica-se que há uma concentração em apenas 4 Macrorregiões, ficando o Vale do Itajaí com 14%, o Meio Oeste com 19%, o Sul com 21% e o Grande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

¹¹ <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/atencsc.def>> acesso em 12/11/2014.

Da mesma maneira, é possível observar uma menor concentração de 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 estaduais de média e alta complexidade por macrorregiões, conforme demonstra gráfico a seguir.

Gráfico 6 – Demonstrativo do % de hospitais estaduais de média e alta complexidade por macrorregiões



Fonte: Dados do Ministério da Saúde.

O Estado conta com 31 Hospitais, sendo 28 de média e 3 de alta complexidade. Ao analisar sua distribuição, verifica-se que a maior parte 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 nas Macrorregiões do Nordeste (1%), Foz do Rio Itajaí (2%), Serra Catarinense (4%) e Planalto Norte (5%).

Somando-se informações de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville, 89.470 pessoas estavam na fila por exames e consultas especializadas nos anos de 2012 a 2014.

Resalta-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 Secretaria, foi informado que 70% da 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 de saúde do município.

Somando-se informações encaminhadas pelos quatro municípios auditados, tem-se um total de 9.500 pessoas na fila de espera por exames de média e alta complexidade e consultas com especialistas desde 2012, 29.156 desde 2013, 30.797 desde 2014, além de 20.017 sem registro da data de entrada, perfazendo um total de 89.470 pessoas na fila por exames e consultas especializadas, conforme tabela a seguir:

Tabela 4 – Número de pessoas na fila de espera por exames e consultas especializados de 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.

A mesma informação foi solicitada à Secretaria de Estado da Saúde, que encaminhou o número de pessoas na fila, com a data de entrada constante 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, depreende-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 5 – Número de pessoas na fila de espera por exames e consultas especializados de 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
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.

A má distribuição dos estabelecimentos de saúde restringe o acesso da população aos outros níveis de atenção.

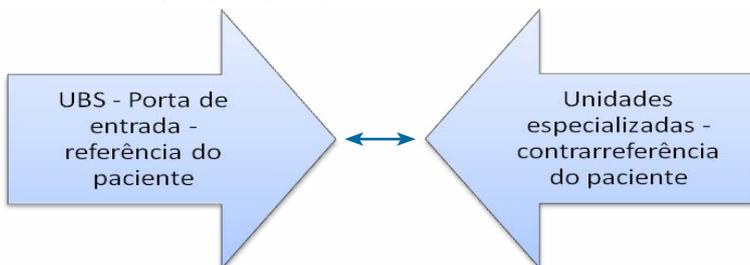
Além disso, os Municípios pequenos são obrigados a oferecer ou contratar da rede particular outros níveis de atenção, assim como arcar com uma suplementação financeira para que o paciente tenha acesso a procedimentos e atendimentos especializados, o que sobrecarrega os municípios financeiramente com as ações e serviços de saúde pública. Muitos chegam a aplicar percentuais que vão além dos 15% estabelecidos legalmente.

Deficiências na integração entre os níveis de atenção

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

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

Quando finalizado o atendimento especializado, 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.



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

O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é encaminhado para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita.

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 UBSs 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 nomeado como “ficha de retorno” para que o paciente seja contrarreferenciado. Alguns pacientes marcam o retorno quando os exames ficam prontos. Mas 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, aos poucos, implantando os módulos disponíveis (consultas especializadas, exames). A próxima etapa será a regulação das consultas e dos procedimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, extinguindo a necessidade de os pacientes ficarem em filas para agendamento.

Com base nos depoimentos dos profissionais das UBSs de Araquari, um dos problemas 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 o 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 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 ACSs.

Em **Canoinhas**, foi informado que a contrarreferência ocorre por meio de prescrição médica, comunicação pelos profissionais de enfermagem ou, ainda, contato telefônico entre os serviços envolvidos. Não há contrarreferência para casos de atendimentos nos hospitais do Estado.

De acordo com os profissionais entrevistados das UBSs 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, especialidade com alta demanda.

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.

Na percepção dos profissionais entrevistados neste Município, o

Na percepção dos entrevistados, há uma desqualificação e desvalorização do profissional médico que atua na Atenção Básica.

Infosaúde é um bom sistema, apesar de apresentar alguns problemas, tais como ser fragmentado, não muito rápido, além de apresentar algumas inconsistências.

Ao questionar os profissionais das UBSs visitadas sobre a forma de acompanhamento dos pacientes referenciados, a maioria informou que isso se dá por meio de uma busca ativa, 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 seu acompanhamento, 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, essa 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 aos profissionais terem acesso às especialidades consultadas, porém como não dispõem de um prontuário eletrônico, não é possível ter acesso ao atendimento que foi realizado.

De acordo com os profissionais entrevistados, não existe a prática de contrarreferência pelos médicos especialistas. Na percepção dos entrevistados, 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, ele tem que encaminhar ao especialista. Os referidos profissionais citaram também outros problemas: a falta de integração entre os sistemas e o alto número de encaminhamentos desnecessários para a regulação.

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

O matriciamento é um procedimento de discussão de casos entre os profissionais da Média e Alta Complexidade (MAC), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da 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 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.

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 resolatividade da Atenção Básica.

Deficiências no repasse estadual aos municípios para o financiamento tripartite da Atenção Básica

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”. São 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.

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, na tabela a seguir.

O financiamento da atenção básica é tripartite, ou seja, de composição federal, estadual e municipal.

Tabela 6 – Consolidação das Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (Estado e Municípios) de 2011 a 2013

Tipo de Incentivo do Estado para os Municípios	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

Tipo de Incentivo do Estado para os Municípios		CIB 2011	CIB 2012	CIB 2013
Incentivo por adesão ao PMAQ	Equipes	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00	R\$ 1.650,00
	Equipes de Saúde Bucal	R\$ 700,00	R\$ 700,00	R\$ 825,00
Apoio ao início do funcionamento de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)		R\$ 1.350.000,00	R\$ 1.350.000,00	R\$ 1.350.000,00
Financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)		R\$ 9.256.000,00	R\$ 8.105.688,00	R\$ 7.124.000,00
Cofinanciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)		R\$ 950.000,00	R\$ 951.456,00	R\$ 951.456,00
Realização de eventos e publicação da Revista Catarinense de Saúde da Família (SF)		R\$ 990.000,00	R\$ 2.138.856,00 *	R\$ 842.744,00

Fonte: Consolidação das Deliberações das CIB 2011-2013.

* Foi incluída nos gastos a premiação das equipes da Estratégia Saúde da Família e participantes das atividades do Telessaúde, programa vinculado ao Ministério da Saúde que visa oferecer apoio aos profissionais da saúde da família de Santa Catarina por meio da educação permanente à distância, orientado pelos princípios do SUS, a fim de destacar o protagonismo das equipes no fortalecimento da Atenção Básica à Saúde.

Analisando a tabela acima, verifica-se que houve um aumento do incentivo estadual para a Atenção Básica com a CIB 2013 para o 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.

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

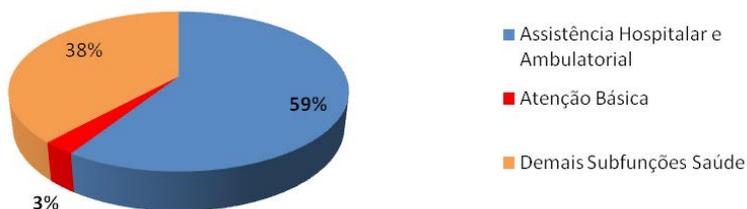
Identificou-se um baixo percentual aplicado pelo Estado de Santa Catarina em Atenção Básica, em relação ao total de recursos estaduais destinados à saúde, o que não coloca a Atenção Básica como prioridade, segundo pressuposto da PNAB.

Analisando dados referentes aos gastos efetuados em saúde pelo Estado de Santa Catarina, extraídos do Sistema Integrado de Planejamento e

Gestão Fiscal (Sigef), os mesmos foram consolidados 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 7 – Demonstrativo dos gastos com saúde do Estado em 2011

Gastos com Saúde 2011

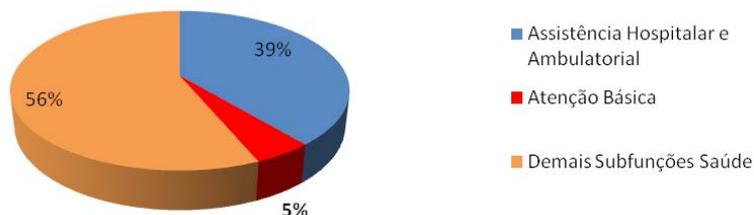


Fonte: Análise dos gastos com saúde.

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 foram destinados 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 8 – Demonstrativo dos gastos com saúde do Estado em 2012

Gastos com Saúde 2012

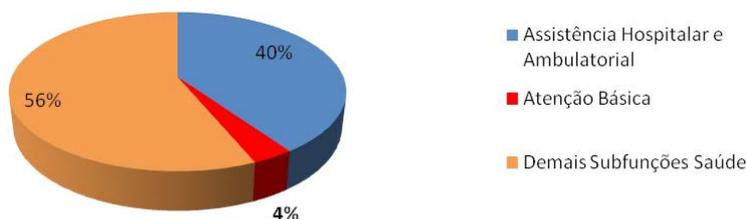


Fonte: Análise dos gastos com saúde.

Para o ano de 2012, os gastos totais do Estado com saúde foram de R\$ 2.137.495.253,29, sendo que apenas R\$ 101.712.048,59 foram destinados 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 9 – Demonstrativo dos gastos com saúde em 2013

Gastos com Saúde 2013



Fonte: Análise dos gastos com saúde.

Em 2013, verificando os gastos em saúde do Estado, que foram de R\$ 2.443.929.288,89, apenas R\$ 82.636.080,01 foram efetuados com a Atenção Básica, o que representa 3,38% do total 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.

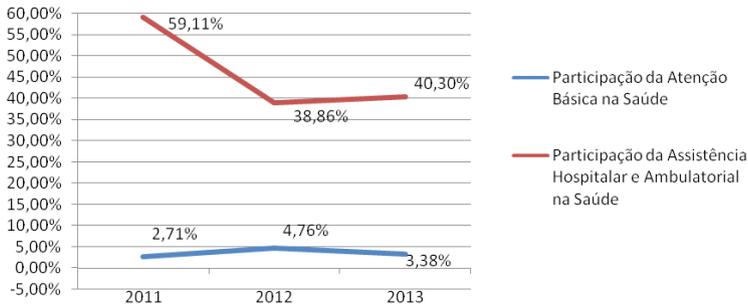
Observa-se um aumento do percentual de repasse para a Atenção Básica de 2011 para 2012, passando de 2,71% para 4,76%. No entanto, em 2013 ocorreu uma redução do apoio do Estado para a Atenção Básica, uma vez que, de 4,76% aplicados em 2012, o percentual reduziu para 3,38% no ano seguinte, apresentando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

A deficiência de recursos destinados à Atenção Básica pelo Estado compromete a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde.

Gráfico 10 – Comparativo do percentual de participação dos gastos do Estado na atenção básica em relação à média e alta complexidade no período de 2011 a 2013

Participação dos Níveis de Atenção nos Gastos Totais em Saúde



Fonte: Análise dos gastos com saúde.

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, 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 o Governo Estadual e a União têm repassado aos Municípios vem comprometendo os percentuais gastos na saúde e, muitas vezes, o orçamento dos demais setores.

Conclui-se, por fim, que 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 em insatisfação por parte dos usuários.

Distribuição não equitativa aos municípios dos recursos federais e estaduais da saúde

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.

Nesse 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 que o termo “equidade” é diferente de igualdade. Igualdade é um tratamento homogêneo, mesmo bem e serviço. O termo 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 Saúde¹².

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.

Mas ao analisar os instrumentos legais que fundamentam os repasses para a atenção básica, tanto federal como estadual, verifica-se que os critérios

¹² BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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. Os valores atuais variam de R\$ 23 a R\$ 24 de acordo com o grupo do município.

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 em geral para a atenção básica 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 aos recursos investidos em ações e serviços públicos de saúde *per capita* (ASPS *per capita*).

Em uma análise dos gastos *per capita* dos municípios com saúde, verifica-se que, em 2012, foi gasto um valor de R\$ 318,82 por pessoa, em média, chegando em 2013 a R\$ 366,64, conforme a tabela a seguir:

Tabela 7 – Demonstrativo do valor *per capita* médio por ano, gasto com saúde pelos municípios, nos anos de 2012 e 2013

Ano	Montante gasto em saúde pelos Municípios	Indicador <i>per capita</i> 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 e-Sfinge/TCE/SC – Contas de Governo Municipal.

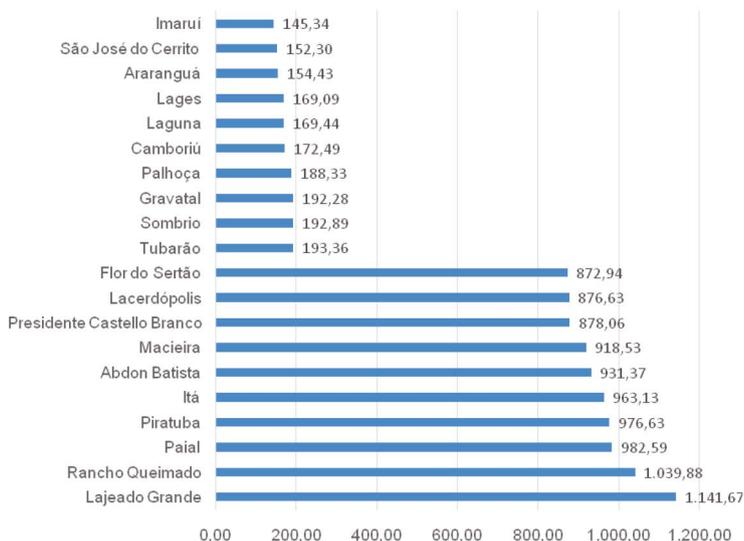
* 6.270.021 (população de Santa Catarina, conforme IBGE/2010).

Em uma análise mais apurada dos gastos, pode-se perceber uma 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 10 municípios que tiveram o menor e os 10 com maior gasto *per capita* com saúde, em 2012 e 2013.

Gráfico 11 – Demonstrativo dos municípios que apresentaram o menor e o maior gasto *per capita* com saúde, em 2012 (em R\$)



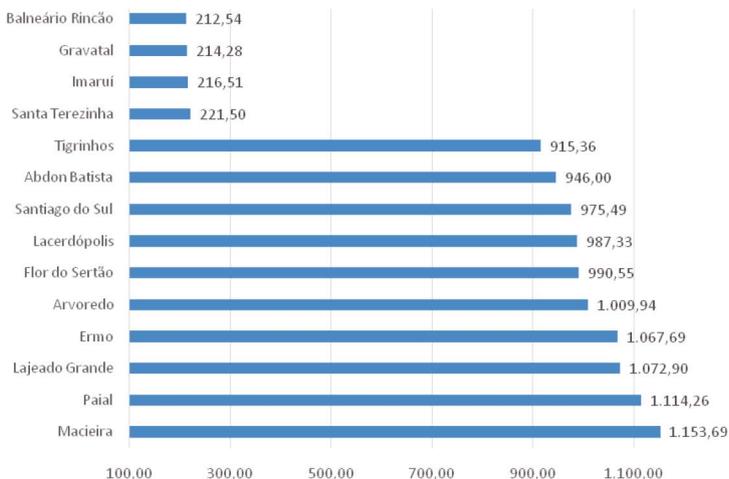
Fonte: Dados do e-Sfinge/TCE/SC – Contas de Governo Municipal.

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 12 – Demonstrativo dos municípios que apresentaram o menor e o maior gasto *per capita* com saúde, em 2013 (em R\$)





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

Conforme demonstra o gráfico acima, destaca-se uma variação *per capita* de gastos com saúde que 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, solicitados pelo TCE/SC 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, solicitados pelo TCE/SC por meio de requisição;

(c) População estimada para 2012 e 2013 dos municípios, conforme dados do IBGE¹³;

(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 Básica¹⁴ aos municípios,

¹³ www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa. Acesso em 11/11/2014.

¹⁴ http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2657&Itemid=490 Acesso em 01/12/2014.

enquanto as secretarias municipais de saúde encaminharam planilhas com os valores solicitados pelo TCE/SC.

Ao analisar os dados encaminhados pelos municípios, observou-se a impossibilidade de considerá-los na análise por dois motivos. O 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 no 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 ¹⁵.

De acordo com os dados constantes no 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*, em 2012, e R\$ 4,67 em 2013 (Média aritmética simples).

Tabela 8 – Valor total de recursos estaduais repassados aos municípios catarinenses

Ano	Total de recursos repassados	População estimada	Valor <i>per capita</i>
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.

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

Tabela 9 – 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 <i>per capita</i> 2012	Número de Municípios 2013	Média <i>per capita</i> 2013
Até 5 000	108	R\$ 10,49	105	R\$ 9,73

¹⁵ <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>. Acesso em 04/12/2014.

População por município	Número de Municípios 2012	Média <i>per capita</i> 2012	Número de Municípios 2013	Média <i>per capita</i> 2013
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.

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 R\$ 9,73, em 2013. Com base nesta análise, infere-se que há 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 (108 em 2012 e 105 em 2013) obteve os maiores valores *per capita* médio. No entanto, essa análise não permite verificar se houve distribuição de forma equitativa.

Nesse 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 (IDH-M).

O indicador IDH-M varia numa escala de 0 a 1; quanto mais próximo de 1, melhor o desempenho do município ou Estado. Esse 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 (IDH-M). Com base no valor *per capita* médio ponderado¹⁶, recalculou-

¹⁶ A média aritmética ponderada é utilizada em casos onde as ocorrências têm importância relativa diferentes entre si. No caso em questão, o cálculo desta média levou em consideração o tamanho da população de cada município.

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.

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 10 – 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	IDH (2010)	Class. IDH 2010	Per capita 2012	Class. per capita 2012	Per capita 2013	Class. per capita 2013
Rio Fortuna	0,806	6º	R\$ 12,14	30º	R\$ 11,06	30º
Iomerê	0,795	14º	R\$ 10,80	53º	R\$ 10,27	45º
Treze Tilias	0,795	15º	R\$ 8,25	135º	R\$ 7,28	149º
Luzerna	0,789	19º	R\$ 9,67	81º	R\$ 8,85	83º
Salto Veloso	0,784	22º	R\$ 10,34	61º	R\$ 9,34	66º
Lacerdópolis	0,781	26º	R\$ 12,30	29º	R\$ 11,24	28º
Cocal do Sul	0,78	30º	R\$ 10,07	66º	R\$ 9,08	74º
Pinheiro Preto	0,777	36º	R\$ 8,50	123º	R\$ 7,61	129º
Itapiranga	0,775	39º	R\$ 8,67	113º	R\$ 7,82	117º
Treviso	0,774	42º	R\$ 15,12	9º	R\$ 13,60	11º
Siderópolis	0,774	43º	R\$ 8,50	122º	R\$ 8,09	109º
Serra Alta	0,773	46º	R\$ 8,26	133º	R\$ 7,58	131º
Urussanga	0,772	47º	R\$ 8,61	116º	R\$ 7,90	115º
Lajeado Grande	0,771	48º	R\$ 18,34	2º	R\$ 16,94	2º
Presidente Castello Branco	0,77	50º	R\$ 15,97	5º	R\$ 14,90	4º
São Carlos	0,769	53º	R\$ 10,39	60º	R\$ 9,37	64º
Nova Veneza	0,768	55º	R\$ 8,74	111º	R\$ 8,43	100º
Peritiba	0,766	58º	R\$ 9,18	99º	R\$ 8,52	96º
São Domingos	0,765	59º	R\$ 9,37	92º	R\$ 9,42	63º

Fonte: Portal da SES e IBGE.

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 11 – Demonstrativo dos 21 municípios dentre os 60 com pior IDH que recebem valor *per capita* abaixo da média no ano de 2012

Município	IDH (2010)	Class. IDH 2010	Per capita 2012	Class. per capita 2012
Bom Retiro	0,699	236°	R\$ 7,94	146°
Água Doce	0,698	238°	R\$ 7,77	159°
Santa Cecília	0,698	239°	R\$ 5,11	239°
Rio das Antas	0,697	241°	R\$ 7,34	169°
Bom Jardim da Serra	0,696	244°	R\$ 7,22	174°
Major Vieira	0,69	254°	R\$ 6,79	191°
Anita Garibaldi	0,688	256°	R\$ 7,01	182°
São Joaquim	0,687	258°	R\$ 3,70	268°
Vargeão	0,686	260°	R\$ 7,67	162°
Monte Castelo	0,675	265°	R\$ 6,46	201°
Anitápolis	0,674	266°	R\$ 7,79	156°
Ponte Alta	0,673	268°	R\$ 7,95	145°
Santa Terezinha	0,669	271°	R\$ 5,89	223°
São Cristovão do Sul	0,665	274°	R\$ 6,31	205°
Ipuaçú	0,66	278°	R\$ 7,85	152°
Capão Alto	0,654	283°	R\$ 7,11	179°
Saltinho	0,654	284°	R\$ 6,90	187°
Lebon Régis	0,649	286°	R\$ 5,96	218°
Bocaina do Sul	0,647	287°	R\$ 5,82	227°
São José do Cerrito	0,636	290°	R\$ 5,95	219°
Cerro Negro	0,621	293°	R\$ 7,74	161°

Fonte: Portal da SES e IBGE.

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

Tabela 12 – Demonstrativo dos 14 municípios dentre os 60 com pior IDH que recebem valor *per capita* abaixo da média no ano de 2013

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

Fonte: Portal da SES e IBGE.

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 entre 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 distribuição não equitativa 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 13 – 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 <i>per capita</i>
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 Saúde¹⁷ e IBGE.

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

Tabela 14 – Média *per capita* do repasse federal aos municípios, de acordo com tamanho da população, segundo classificação do IBGE

População por município	Número de Municípios 2012	Média <i>per capita</i> 2012	Número de Municípios 2013	Média <i>per capita</i> 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.

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 atendeu aos municípios de menor porte, pois um maior número de municípios (108 em 2012 e 105 em 2013) 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.

¹⁷ <http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/index.jsf>

Fez-se, então, uma análise comparativa dos recursos federais transferidos aos municípios com condições de vida diferente, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M).

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 receberam um valor federal *per capita* acima da média federal (R\$ 113,59).

Tabela 15 – Demonstrativo dos 11 municípios dentre os 60 com melhor IDH que receberam valor *per capita* acima da média, no ano de 2012

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

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE.

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 16 – Demonstrativo dos 14 municípios dentre os 60 com melhor IDH que receberam valor *per capita* acima da média, no ano de 2013

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

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE.

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

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

Tabela 17 – Demonstrativo dos 18 municípios dentre os 60 com classificação IDH médio que receberam valor *per capita* abaixo da média, no ano de 2012

Município	IDH (2010)	Class. IDH 2010	Per capita 2012	Class. per capita 2012
Bom Retiro	0,699	235°	R\$ 109,39	137°
Major Gercino	0,698	238°	R\$ 112,60	125°
Santa Cecília	0,698	239°	R\$ 83,77	235°
Rio das Antas	0,697	241°	R\$ 95,00	198°
Bom Jardim da Serra	0,696	244°	R\$ 111,35	131°
Major Vieira	0,69	254°	R\$ 104,08	153°
Anita Garibaldi	0,688	256°	R\$ 96,89	190°

Município	IDH (2010)	Class. IDH 2010	Per capita 2012	Class. per capita 2012
São Joaquim	0,687	258º	R\$ 69,97	262º
Monte Castelo	0,675	264º	R\$ 107,38	143º
Anitápolis	0,674	266º	R\$ 90,06	217º
Santa Terezinha	0,669	271º	R\$ 86,41	226º
Alfredo Wagner	0,668	272º	R\$ 111,93	129º
São Cristovão do Sul	0,665	274º	R\$ 101,26	170º
Saltinho	0,654	283º	R\$ 109,41	136º
Capão Alto	0,654	284º	R\$ 109,04	138º
Lebon Regis	0,649	286º	R\$ 97,01	187º
Bocaina do Sul	0,647	287º	R\$ 99,22	175º
Cerro Negro	0,621	293º	R\$ 103,52	157º

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE.

A exemplo do que ocorreu com os repasses estaduais, o Município de São Joaquim foi o que recebeu o menor valor federal *per capita* no ano de 2012, R\$ 69,97, mesmo ocupando a posição 258 de IDH.

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

Tabela 18 – Demonstrativo dos 24 municípios dentre os 60 com classificação IDH médio que receberam valor *per capita* abaixo da média, no ano de 2013

Município	IDH (2010)	Class. IDH 2010	Per capita 2013	Class. per capita 2013
Bom Retiro	0,699	235º	R\$ 105,00	147º
Irenópolis	0,699	236º	R\$ 100,78	164º
Major Gercino	0,698	238º	R\$ 105,39	145º
Santa Cecília	0,698	239º	R\$ 87,63	214º
Rio das Antas	0,697	241º	R\$ 89,11	206º
Bom Jardim da Serra	0,696	244º	R\$ 99,17	176º
São João do Sul	0,695	246º	R\$ 88,81	208º
Major Vieira	0,69	254º	R\$ 83,12	226º
Ponte Alta do Norte	0,689	255º	R\$ 103,70	155º
Anita Garibaldi	0,688	256º	R\$ 99,92	171º
São Joaquim	0,687	258º	R\$ 71,03	259º
Leoberto Leal	0,686	260º	R\$ 103,60	157º

Município	IDH (2010)	Class. IDH 2010	Per capita 2013	Class. per capita 2013
Bela Vista do Toldo	0,675	265º	R\$ 90,72	205º
Anitápolis	0,674	266º	R\$ 83,67	225º
Ponte Alta	0,673	268º	R\$ 109,09	130º
Palmeira	0,671	270º	R\$ 109,58	129º
Alfredo Wagner	0,668	272º	R\$ 87,35	216º
São Cristovão do Sul	0,665	274º	R\$ 89,03	207º
Timbó Grande	0,659	280º	R\$ 103,17	162º
Saltinho	0,654	283º	R\$ 100,08	170º
Capão Alto	0,654	284º	R\$ 93,83	192º
Lebon Regis	0,649	286º	R\$ 71,06	258º
Bocaina do Sul	0,647	287º	R\$ 78,38	241º
São José do Cerrito	0,636	290º	R\$ 88,18	211º

Fonte: Portal Transparência da Saúde e IBGE.

No ano de 2013, além do Município de São Joaquim continuar recebendo do governo federal o menor valor *per capita*, 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 diferença nos valores federais repassados aos municípios, que variam de R\$ 69,97 a R\$ 307,55. Os valores mínimos estão muito aquém do valor *per capita* médio repassado pelo governo federal, que foi de R\$ 113,59, em 2012, e R\$ 111,40, em 2013.

Ante o exposto, infere-se que a distribuição de recursos federais aos municípios não é equitativa, já que cidades classificadas com uma condição de vida superior recebem um valor *per capita* acima da média, enquanto outras classificadas com uma condição de vida inferior recebem um valor *per capita* abaixo da média.

Há que se considerar a necessidade de incorporação de novos critérios no processo de distribuição aos municípios de recursos do governo

Cidades classificadas com uma condição de vida superior recebem um valor *per capita* acima da média, enquanto outras classificadas com uma condição de vida inferior recebem um valor *per capita* abaixo da média.

federal e estadual. A ênfase nessa discussão deve acontecer no sentido 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).

Falta de atualização, pelas secretarias municipais de saúde, das informações sobre os profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

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

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

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

Tabela 19 – Inconsistências verificadas no CNES

Município	UBS	Data da pesquisa no CNES	Data da visita na UBS	Profissionais que saíram da UBS e ainda constam no CNES	Profissionais que atuam na UBS e não constam no CNES	Total de inconsistências
Araquari	Ací Ferreira de Oliveira	28/08/2014	18/09/2014	7	-	7
	Itapocu	28/08/2014	19/09/2014	8	3	11
Canoinhas	Campo da Água Verde	29/08/2014	15/09/2014	1	-	1
	COHAB I	29/08/2014	17/09/2014	1	5	6

Município	UBS	Data da pesquisa no CNES	Data da visita na UBS	Profissionais que saíram da UBS e ainda constam no CNES	Profissionais que atuam na UBS e não constam no CNES	Total de inconsistências
Florianópolis	Rio Vermelho	08/09/2014	26/09/2014	1	-	1
	Costeira do Pirajubaé	28/08/2014	11/09/2014	1	1	2
	Ingleseles	28/08/2014	02/09/2014	3	3	6
Joinville	Iririú	28/08/2014	18/09/2014	7	8	15
	Willy Schossland	28/08/2014	17/09/2014	2	2	4
	Morro do Meio	28/08/2014	16/09/2014	1	1	2
Total				32	23	55

Fonte: Consolidação checklist profissionais.

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

No município de Araquari foram encontradas 18 inconsistências, em Canoinhas, 7 inconsistências; em Florianópolis, 9; e em Joinville, 21. No total, são 55 informações desatualizadas, sendo 32 de profissionais que não atuam mais nas UBS e 23 de profissionais novos nas UBSs, mas que não constam no CNES.

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

Tabela 20 – Comparativo em percentual de inconsistências nas UBS visitadas

Município	UBS	Total de profissionais	Total de inconsistências	Percentual de inconsistências em relação ao total de profissionais
Araquari	Aci Ferreira de Oliveira	49	7	14,29%
	Itapocu	13	11	84,62%
Canoinhas	Campo da Água Verde	32	1	3,13%
	COHAB I	14	6	42,86%

Município	UBS	Total de profissionais	Total de inconsistências	Percentual de inconsistências em relação ao total de profissionais
Florianópolis	Rio Vermelho	41	1	2,44%
	Costeira do Pirajubaé	36	2	5,56%
	Ingleseas	63	6	9,52%
	Canto da Lagoa	9	0	0
Joinville	Iriirú	24	15	62,50%
	Willy Schossland	21	4	19,05%
	Morro do Meio	24	2	8,33%
	Nova Brasília*	-	-	-
Total		326	55	16,87%

Fonte: Consolidação *checklist* profissionais.
*Em Nova Brasília não foi aplicado o *checklist*.

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

As UBSs com percentuais mais expressivos foram as de Itapocu, em Araquari, e Iriirú, em Joinville, onde, respectivamente, 85% e 62% dos profissionais estão com cadastros desatualizados no CNES. Ou seja, mais da metade dos profissionais que atuam nessas duas UBSs não possuem seus registros funcionais corretos no portal.

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

Em Araquari, foi informado que um servidor da Secretaria faz a checagem dos dados por meio de algumas amostras e que a atualização do CNES é mensal.

Em Canoinhas, a checagem é feita quando algo “anormal” é verificado. Então, ligam para a UBS e solicitam a confirmação.

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

No caso de Joinville, foi informado que é a própria SMS a responsável por alimentar os sistemas informatizados e encaminhar para o Ministério da Saúde.

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

Devido às inconsistências no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) um profissional pode estar cadastrado em mais de uma equipe no mesmo município, ou até em municípios diferentes. Tal situação gera a suspensão da transferência do Incentivo Financeiro para a equipe do município que estiver com a data de ativação mais antiga do profissional no SCNES.

O QUE PODE SER FEITO PARA MELHORAR O DESEMPENHO DO SERVIÇO

A presente auditoria operacional conduziu a conclusões que indicam a necessidade de adoção de medidas no intuito de aprimorar a qualidade dos serviços da Atenção Básica oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, como também avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

Dessa maneira, o Tribunal de Contas de Santa Catarina propôs determinações e recomendações à Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville, para a adoção de diversas medidas a partir das constatações da auditoria.

Dentre as recomendações efetuadas à **Secretaria de Estado da Saúde**, recomendou-se que a mesma disponibilize instrumentos técnicos e pedagógicos, bem como articule instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para a formação e garantia da educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família. O órgão deverá ainda normatizar a atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica na estrutura da Secretaria e adotar indicadores de insumos e processos de avaliação da atenção básica em articulação com as gestões municipais. Cabe ainda ao órgão ampliar de forma regionalizada a estrutura de média e alta complexidade em Santa Catarina de forma a atender as necessidades de saúde da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

Constituem determinações/recomendações comuns às Secretarias Municipais de Saúde de **Araquari, Canoinhas, Florianópolis, Joinville** a atualização sistemática no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos cadastros dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados; garantia da

estrutura física necessária e recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde; a adoção de indicadores de insumos e processos para a avaliação da Atenção Básica; criação de mecanismos que institucionalizem o preenchimento/registo da contrarreferência.

BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCE/SC

Com a implementação das medidas apresentadas, espera-se que haja o aprimoramento da qualificação dos profissionais da Atenção Básica, repercutindo assim na qualidade da prestação dos serviços ofertados aos usuários; melhora sistemática de monitoramento e avaliação de indicadores da Atenção Básica influenciando, dessa forma, a eficiência do planejamento estadual e municipal da Atenção Básica; melhor articulação entre as unidades básicas de saúde, os municípios e o Estado, no sentido de realizar um planejamento consistente com as necessidades locais.

DECISÕES NºS 0448/2016, 0449/2016, 0450/2016, 0451/2016 E 0452/2016

DECISÃO Nº 0448/2016 – TCE/SC – PLENÁRIO

1. Processo n.: RLA-14/00675828
2. Assunto: Auditoria Operacional para avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizada em 2014
3. Responsável: Tânia Maria Eberhardt
4. Unidade Gestora: Secretaria de Estado da Saúde
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0448/2016

O TRIBUNAL PLENO, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro nos arts. 59 da Constituição Estadual e 1º da Lei Complementar n. 202/2000, decide:

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

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

6.2.1. Recomendações:

6.2.1.1. 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 de Reinstrução

DAE n. 024/2015;

6.2.1.2. 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 DAE);

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

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

6.2.1.5. 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 DAE);

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

6.2.1.7. 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 (item 2.2.3 do Relatório DAE);

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

6.2.1.9. 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 DAE;

6.2.1.10. 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 DAE);

6.2.1.11. 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) n. 7.508/2011 (item 2.3.2 do Relatório DAE);

6.2.1.12. 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 art. 2º, §2º, da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 (item 2.3.3 do Relatório DAE);

6.2.1.13. Aprimorar os sistemas de informação, articulando-se com as SMS, com vistas à integração entre as ferramentas de referência à contrarreferência (item 2.3.4 do Relatório DAE);

6.2.1.14. 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 DAE);

6.2.1.15. Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/ registro da contrarreferência (item 2.3.4 do Relatório DAE);

6.2.1.16. 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, e, ainda, monitorar e consolidar os resultados (item 2.3.4 do Relatório DAE);

6.2.1.17. Incrementar os recursos estaduais repassados aos municípios para o financiamento da Atenção Básica, com base em critérios previstos no art. 35 da Lei n. 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 DAE;

6.2.1.18. Articular e pactuar na CIB e CIT a concepção de critérios de equidade para calcular o valor destinado aos municípios, conforme critérios previstos no art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (item 2.3.5.2 do Relatório DAE).

6.3. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Reinstrução DAE n. 024/2015, ao Exmo. Sr. Governador do Estado – Sr. João Raimundo Colombo, ao Sr. João Paulo Karam Kleinubing - Secretário de Estado da Saúde, e à Responsável nominada no item 3 desta deliberação.

7. Ata n.: 43/2016

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

9. Especificação do quorum:

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

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

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

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

Relator

Fui presente: CIBELLY FARIAS CALEFFI

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

Decisão publicada na edição nº 1999 do Diário Oficial Eletrônico do TCE/SC, de 03/08/2016.

1. Processo n.: RLA-15/00146517

DECISÃO Nº 0449/2016 – TCE/SC – PLENÁRIO

2. Assunto: Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizada em 2014

3. Responsáveis: Luiz Alberto Rincoski Faria e Telma Regina Bley

4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Canoinhas

5. Unidade Técnica: DAE

6. Decisão n.: 0449/2016

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

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

6.2. Conceder à Prefeitura Municipal de Canoinhas o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta deliberação no Diário Oficial Eletrônico do TCE – DOTC-e -, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução n. TC-79/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas

Plano de Ação estabelecendo atividades, prazos e responsáveis visando ao cumprimento da determinação e à implantação das recomendações a seguir:

6.2.1. Determinação:

6.2.1.1. Proceder à atualização sistemática dos cadastros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados, conforme estabelece o art. 1º da Portaria SAS/MS n. 134, de 4 de abril de 2011 (item 2.4.1 do Relatório de Instrução DAE n. 016/2015).

6.2.2. Recomendações:

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

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

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

6.2.2.4. Apresentar Projeto de Lei ao Poder Legislativo Municipal com previsão de implantação de Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS - que atenda aos profissionais da Atenção Básica, de acordo com o disposto na Constituição Federal, art. 39, caput, e conforme Portaria GM/MS n. 1.318/2007 e Portaria n. 2.488/2011, item 3.4, XII (item 2.1.3 do Relatório DAE);

6.2.2.5. Incluir no Plano de Carreira, Cargos e Salários incentivos à produtividade e à valorização dos profissionais da Atenção Básica, conforme disciplina a Portaria GM/MS n. 1.318/2007 (item 2.1.4 do Relatório DAE);

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

6.2.2.7. Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, conforme determina o item 3.4, XI, da PNAB (item 2.1.4 do Relatório DAE);

6.2.2.8. Elaborar um diagnóstico das necessidades de pessoal e promover

sua alocação a fim de aumentar a cobertura atual de 41,61% pela Estratégia Saúde da Família, de acordo com o item 4.4, inciso III, da Política Nacional de Atenção Básica (item 2.1.5 do Relatório DAE);

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

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

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

6.2.2.12. Publicar os Relatórios Anual de Gestão (RAG) e o Quadrimestral (RQDM) no site da Prefeitura ou da Secretaria Municipal de Saúde, conforme inciso II do art. 3º da Lei 12.527/2011 (item 2.2.2 do Relatório DAE);

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

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

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

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

6.2.2.17. Elaborar e implementar rotinas e procedimentos que auxiliem o processo de planejamento de saúde a serem utilizados pelas UBS e consolidados pela Secretaria Municipal de Saúde (item 2.3.1 do Relatório DAE);

6.2.2.18. Desenvolver e implementar rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde e na fiscalização dos recursos, possibilitando a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do art. 1º da Lei n. 8.142/11 (item 2.3.2 do Relatório DAE);

6.2.2.19. Adotar procedimentos de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde do município (item 2.3.3 do Relatório DAE);

6.2.2.20. Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/ registro da contrarreferência (item 2.3.3 do Relatório DAE);

6.2.2.21. Estabelecer controles do tempo médio de retorno por encaminhamento e, também, do percentual de encaminhamentos da atenção básica para a média e alta complexidades, através de indicadores específicos (item 2.3.3 do Relatório DAE).

6.3. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 016/2015, ao Sr. Luiz Alberto Rincoski Faria - Prefeito Municipal de Canoinhas, e à Sra. Telma Regina Bley.

7. Ata n.: 43/2016

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

9. Especificação do quorum:

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

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

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

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

Relator

Fui presente: CIBELLY FARIAS CALEFFI

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

Decisão publicada na edição nº 1999 do Diário Oficial Eletrônico do TCE/SC, de 03/08/2016.

1. Processo n.: RLA-15/00146606

2. Assunto: Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizada em 2014

3. Responsáveis: João Pedro Woitexem e Déborah Patrícia Schutel Mendes

DECISÃO Nº 0450/2016 – TCE/SC – PLENÁRIO

4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Araquari

5. Unidade Técnica: DAE

6. Decisão n.: 0450/2016

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

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

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

6.2.1. Determinações:

6.2.1.1. Proceder à atualização sistemática dos cadastros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados, conforme estabelece o art. 1º da Portaria SAS/MS n. 134, de 4 de abril de 2011 (item 2.4.1 do Relatório de Instrução DAE n. 014/2015).

6.2.2. Recomendações:

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

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

6.2.2.3. Ofertar cursos de formação e capacitação continuada aos gestores e profissionais da Atenção Básica com vistas a contemplar as necessidades de capacitação dos profissionais da Atenção Básica, previstas no Diagnóstico e levantamento das necessidades, de forma a estimular e viabilizar a educação permanente, de acordo com o item 3.1, VI, da PNAB (item 2.1.2 do Relatório

DAE);

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

6.2.2.5. Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, conforme determina o item 3.4, XI, da PNAB (item 2.1.4 do Relatório DAE);

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

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

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

6.2.2.9. Publicar os Relatórios Anual de Gestão (RAG) e o Quadrimestral (RQDM) no site da Prefeitura ou da SMS, conforme inciso II do art. 3º da Lei 12.527/2011 (item 2.2.2 do Relatório DAE);

6.2.2.10. Adotar indicadores de insumos e processos para a avaliação da Atenção Básica no Município (item 2.2.2 do Relatório DAE);

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

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

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

6.2.2.14. Elaborar e implementar rotinas e procedimentos que auxiliem o processo de planejamento de saúde a serem utilizados pelas UBS e consolidados pelas Secretarias Municipais de Saúde (item 2.3.1 do Relatório DAE);

6.2.2.15. Desenvolver e implementar rotinas e procedimentos que estabeleçam

a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde e na fiscalização dos recursos, possibilitando a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do art. 1º da Lei n. 8.142/11 (item 2.3.2 do Relatório DAE);

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

6.2.2.17. Criar mecanismos que institucionalizem o preenchimento/ registro da contrarreferência (item 2.3.3 do Relatório DAE);

6.2.2.18. Estabelecer controles do tempo médio de retorno por encaminhamento, e também do percentual de encaminhamentos da atenção básica para a média e alta complexidade, através de indicadores específicos (item 2.3.3 do Relatório DAE).

6.3. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 014/2015, aos Srs. João Pedro Woitexem - Prefeito Municipal de Araquari, e Jeferson Dias da Silva - Secretário de Saúde daquele Município em 2014, e à Secretaria Municipal de Saúde de Araquari.

7. Ata n.: 43/2016

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

9. Especificação do quorum:

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

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

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

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

Relator

Fui presente: **CIBELLY FARIAS CALEFFI**

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

Decisão publicada na edição nº 1999 do Diário Oficial Eletrônico do TCE/SC,

de 03/08/2016.

1. Processo n.: RLA-15/00146789
2. Assunto: Auditoria Operacional para avaliar a qualidade do serviço de atenção básica oferecido em Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizada em 2014
3. Responsáveis: Udo Döhler e Francieli Cristini Schultz

DECISÃO Nº 0451/2016 – TCE/SC – PLENÁRIO

4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Joinville
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0451/2016

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

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

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

6.2.1. Determinação:

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

6.2.2. Recomendações:

6.2.2.1. Ofertar cursos de formação e capacitação continuada aos gestores e profissionais da Atenção Básica com vistas a contemplar as suas necessidades, previstas no Diagnóstico e levantamento, de forma a estimular

e viabilizar a educação permanente, de acordo com o item 3.1, VI, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - item 2.1.1 do Relatório DAE;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2.2.12. Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento

das necessidades levantadas no diagnóstico (item 2.2.3 do Relatório DAE);
6.2.2.13. Apresentar proposta de integração dos sistemas informatizados (interoperabilidade) da atenção básica, após discussão nas reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite (item 2.2.3 do Relatório DAE);
6.2.2.14. Desenvolver e implementar rotinas e procedimentos que estabeleçam a participação efetiva dos conselhos municipais de saúde no processo de planejamento de saúde e na fiscalização dos recursos, possibilitando a sua atuação na formulação e no controle da execução da política de saúde, conforme estabelece o §2º do art. 1º da Lei n. 8.142/11 (item 2.3.1 do Relatório DAE);

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

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

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

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

7. Ata n.: 43/2016

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

9. Especificação do quorum:

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

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

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

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

Relator

Fui presente: CIBELLY FARIAS CALEFFI
Procuradora-Geral Adjunta do Ministério Público junto ao TCE/SC

Decisão publicada na edição nº 1999 do Diário Oficial Eletrônico do TCE/SC,
de 03/08/2016.

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

DECISÃO Nº 0452/2016 – TCE/SC – PLENÁRIO

5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0452/2016

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

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

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

6.2.1. Determinação:

6.2.1.1. Proceder à atualização sistemática dos cadastros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos profissionais de saúde

em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados, conforme estabelece o art. 1º da Portaria SAS/MS n. 134, de 4 de abril de 2011 (item 2.4.1 do Relatório de Instrução DAE n. 012/2015).

6.2.2. Recomendações:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2.2.10. Publicar os Relatórios Quadrimestrais (RQDM) no site da Prefeitura

ou da SMS, conforme inciso II do art. 3º da Lei 12.527/2011 (item 2.2.2 do Relatório DAE);

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Ata n.: 43/2016

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

9. Especificação do quorum:

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

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

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

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente

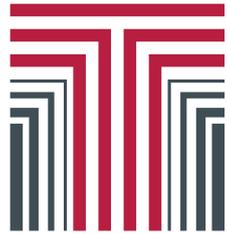
ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA JÚNIOR

Relator

Fui presente: CIBELLY FARIAS CALEFFI

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

Decisão publicada na edição nº 1999 do Diário Oficial Eletrônico do TCE/SC,
de 03/08/2016.



TRIBUNAL
DE CONTAS
DE SANTA
CATARINA