



AUDITORIA OPERACIONAL AOP

SAÚDE – ATENÇÃO BÁSICA
NO MUNICÍPIO DE BELÉM - PA



TCM
Estado do Pará
Tribunal de Contas dos Municípios

TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ – TCM/PA

NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – N AOP

**RELATÓRIO PRELIMINAR DE AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM
SAÚDE, NA ATENÇÃO BÁSICA, COM ÊNFASE NOS PROCESSOS DE GESTÃO QUE
AFETAM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE (UBS) DO MUNICÍPIO DE BELÉM**

EQUIPE TÉCNICA DE AUDITORIA:

MÁRIO AUGUSTO MEDINA VIANA
Coordenador

ELISA DO SOCORRO MELO RESQUE
Analista de Controle Externo

GEORGINA BENEDITA PANTOJA QUARESMA
Analista de Controle Externo

LUÍS OTÁVIO GADELHA BARBOSA
Analista de Controle Externo

ROSEMARY BALDUINA DE SOUZA LOPES
Assessor Técnico

RELATÓRIO PRELIMINAR DE AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE, COM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA REALIZADA NO MUNICÍPIO DE BELÉM

Processo nº 201607935-00

Ato originário: Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre os Tribunais de Contas Brasileiros, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil e o Instituto Rui Barbosa.

Vínculo: Secretaria Municipal de Saúde de Belém (Sesma).

Designação da equipe: Portaria nº 1220/2014 – TCM de 08 setembro de 2014, publicada no Diário Oficial do Estado – DOE, número 32789, em 16 de dezembro de 2014 e sua alteração efetuada por meio da Portaria nº 1586/2015 – TCM de 16 novembro de 2015.

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

Período abrangido pela auditoria: janeiro/2012 a abril/2015.

Período de realização da auditoria: maio/2014 a junho/2015.

Equipe de auditoria: Mário Augusto Medina Viana (Coordenador), Elisa do Socorro Melo Resque, Georgina Benedita Pantoja Quaresma, Luís Otavio Gadelha Barbosa e Rosemary Balduína de Souza Lopes.

Agradecimentos

A participação direta dos atores envolvidos e a parceria existente entre a equipe de auditoria, os dirigentes, técnicos e demais servidores do órgão, ação e/ou entidade auditada, bem como beneficiários e especialistas no tema, é responsável pelo sucesso da Auditoria Operacional.

Neste norte, queremos aqui registrar agradecimentos ao Exmº Prefeito Municipal de Belém, Sr. Zenaldo Rodrigues Coutinho Júnior e ao Ilmo. Sr. Sérgio Amorim Figueiredo, então Secretário Municipal de Saúde, pela receptividade, cordialidade e substancial colaboração dispensados à Equipe de Auditoria, bem como pelo apoio, presteza e colaboração dos servidores daquela secretaria no atendimento a um grande número de solicitações necessárias para o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico, tornando possível a troca de experiências e a incorporação de suas expectativas e dificuldades no trabalho ora em apreço.

Cabe registrar também, um agradecimento especial a Ilma. Sra. Dra. Deusa Meriam da Silva Brito por atuar como especialista, fornecendo informações de extrema relevância sobre o tema auditado sem as quais este trabalho restaria menos enriquecido.

Cabe, por fim, agradecer a valiosa colaboração do Presidente dessa Corte de Contas, Exmo. Sr. Sebastião Cezar Leão Colares que em cumprimento ao Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre os Tribunais de Contas do Brasil (TC's), a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (ATRICON) e o Instituto Rui Barbosa (IRB) tornou possível a realização desta Auditoria Operacional Coordenada em saúde, com foco na Atenção Básica.

Lista de Siglas

AB	Atenção Básica.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AEA	Áreas Estratégicas de Atuação.
AOP	Auditoria Operacional.
APS	Atenção Primária em Saúde.
BO	Business Objects.
CA	Comunicação de Auditoria.
CD	Compact Disk.
CES	Conselho Estadual de Saúde.
CGU	Controladoria Geral da União.
CIB	Comissão Intergestores Bipartite.
CIES	Comissões Interinstitucionais de Ensino e Serviço.
CIR	Comissão Intergestores Regional.
CIT	Comissão Intergestores Tripartite.
CMB	Câmara Municipal de Belém.
CMS	Conselho Municipal de Saúde.
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CPU	Central Processing Unit.
CRS	Centro Regional de Saúde.
DABEL	Distrito Administrativo de Belém.
DABEN	Distrito Administrativo do Bengui.
DAENT	Distrito Administrativo do Entroncamento.
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá.
DAICO	Distrito Administrativo de Icoaraci.
DAMOS	Distrito Administrativo de Mosqueiro.
DAOUT	Distrito Administrativo de Outeiro.
DASAC	Distrito Administrativo de Sacramenta.
Datusus	Departamento de Informação e Informática do SUS.
DDASS	Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde.
DEA	Despesas de Exercícios Anteriores.
DEAS	Departamento de Ações em Saúde
Denasus333	Departamento Nacional de Auditoria do SUS.
DERE	Departamento de Regulação
DPAIS	Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde.
e-SUS AB	e-SUS da Atenção Básica.
EPI	Equipamento de Proteção Individual.
ESB	Estratégia de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
ETSUS	Escola Técnica do SUS.
FES	Fundo Estadual de Saúde.
FMS	Fundo Municipal de Saúde.
GM	Gabinete Ministerial.

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDAtB	Índice de Atenção Básica.
IDB	Indicadores e Dados Básicos.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano.
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS.
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias.
LOA	Lei Orçamentária Anual.
M&A	Monitoramento e Avaliação.
MS	Ministério da Saúde.
NISPLAN	Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento.
NUPS	Núcleo de Assessoria em Promoção a Saúde
NUSP	Núcleo Setorial de Planejamento
PAB	Piso de Atenção Básica.
PAS	Programação Anual de Saúde.
PCCR	Plano de Cargos, Carreira e Remuneração.
PES	Plano Estadual de Saúde.
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.
PFVAP	Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Básica.
PFVPS	Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde.
PIB	Produto Interno Bruto.
PID	Programa de Inclusão Digital.
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
PMB	Prefeitura Municipal de Belém
PMS	Plano Municipal de Saúde.
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica.
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
PNI	Plano Nacional de Imunização.
PPA	Plano Plurianual.
PPI	Programação Pactuada e Integrada.
PSF	Programa Saúde da Família.
RAS	Rede de Atenção à Saúde.
RAG	Relatório Anual de Gestão.
RCL	Receita Corrente Líquida.
RI	Regimento Interno.
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Equipamentos de Saúde.
Sesma	Secretaria de Saúde do Município de Belém.
Sespa	Secretaria de Estado de Saúde Pública.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.
Siafem	Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios.
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação.
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde.
Sisab	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.
Siscolo	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero.
SISHIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica.
Sispacto	Sistema de Pactuação do Ministério da Saúde.
SISPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização.

Sisprenatal	Sistema de Acompanhamento de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
SISREG	Sistema Nacional de Regulação.
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.
SES	Secretaria Estadual de Saúde.
Sespa	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats.
TC	Tribunal de Contas
TCM/PA	Tribunal de Contas DOS Municípios do Estado do Pará.
TCG	Termo de Compromisso de Gestão.
TCU	Tribunal de Contas da União.
TI	Tecnologia da Informação.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
USF	Unidade de Saúde da Família.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.

Índice de Fotografias

Fotografia	Legenda	Páginas
Fotografia 1	Recepção UMS Jurunas	65
Fotografia 2	Prontuários UMS Jurunas	65
Fotografia 3	Sala de PCCU UMS Águas Lindas	65
Fotografia 4	Sala de Curativos UMS Jurunas	65
Fotografia 5	Consultório Odontológico UMS Curió-Utinga	65
Fotografia 6	Inalação UMS Jurunas	66
Fotografia 7	Acessibilidade UMS Águas Lindas	66
Fotografia 8	Almoxarifado UMS Jurunas	66
Fotografia 9	Sala PCCU UMS Curió- Utinga	66
Fotografia 10	WC UMS Fama	66
Fotografia 11	Medicamentos vencidos UMS Águas Lindas	67
Fotografia 12	Acondicionamento de Materiais UMS Curió-Utinga	67
Fotografia 13	Espaços inadequados UMS Fama	67
Fotografia 14	Utilização de Equipamentos UMS Águas Lindas	67

Índice de Tabelas

Tabela	Legenda	Páginas
Tabela 1	Municípios selecionados e critérios utilizados	13
Tabela 2	Distribuição da Rede Básica Municipal/SUS por Distrito	19
Tabela 3	Distritos e bairros que compõem o Município de Belém	20
Tabela 4	Programação da Atenção Básica contida nos PPA's 2010/2013 e 2014/2017	21
Tabela 5	Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Função Saúde	22
Tabela 6	Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Atenção Básica	24
Tabela 7	Despesas Realizadas na Função Saúde por Sub função - Exercícios 2011 a 2014	24
Tabela 8	Forma de contratação dos trabalhadores de saúde, por categoria profissional	37
Tabela 9	Motivos que levaram os profissionais de saúde a trabalhar na Atenção Básica	38
Tabela 10	Fatores motivacionais de permanência dos profissionais de saúde na Atenção Básica	39
Tabela 11	Fatores desmotivacionais de permanência dos profissionais de saúde na AB	40
Tabela 12	Principais fontes/informações utilizadas no levantamento das necessidades de saúde da população	47
Tabela 13	Visão do Gestor sobre registro de contrarreferência	52
Tabela 14	% Frequência de Reuniões Realizadas entre Gestor da UBS e Equipe de Saúde	62

Índices de Gráficos

Gráficos	Legenda	Páginas
	Quantificação dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde / Rede Pública Própria	18
Gráfico 02	Estabelecimentos de Saúde/SUS, por tipo de gestão	19
Gráfico 03	Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Atenção Básica	23
Gráfico 04	Despesas Realizadas na Sub função AB em relação ao total de recursos aplicados na Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014	24
Gráfico 05	Despesas Realizadas nas Sub funções Atenção Básica e Administração Geral em relação ao total de recursos aplicados na Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014	25
Gráfico 06	Percentual de trabalhadores de saúde, por categoria profissional, que consideraram insuficientes as capacitações ofertadas.	30
Gráfico 07	Percentual de profissionais de saúde, por categoria profissional, que não foram consultados se teriam necessidade/interesse em realizar cursos ou capacitações.	32
Gráfico 08	Participação dos Conselheiros de saúde no Planejamento Municipal da Atenção Básica	48
Gráfico 09	Percentual de Reuniões Realizadas entre Gestor da UBS e Equipe de Saúde	61
Gráfico 10	Quantidade de Computadores nas UBS – Atual X Ideal	76
Gráfico 11	Forma de Alimentação dos Dados pelas UBS nos Sistemas Informatizados do Ministério da Saúde	77
Gráfico 12	Registro de Problemas nos Sistemas de TI nas UBS	77
Gráfico 13	Qualidade da Estrutura de TI nas UBS	78

Sumário

1. Introdução	10
1.1. Objeto da Auditoria	10
1.2. Antecedentes.....	10
1.3. Objetivo e Escopo da Auditoria	10
1.4. Critérios Para a Escolha dos Municípios.....	12
1.5. Metodologia.....	14
1.6. Estrutura do Relatório.....	15
2. Visão Geral da Ação Auditada.....	16
2.1. Contextualização e Relevância do Tema.....	16
2.2. Aspectos Relacionados a Atenção Básica no Município de Belém	17
2.3. Aspectos Orçamentários e Financeiros	21
3. Eixo de Investigação: Gestão de Pessoas, seus achados e recomendações de auditoria	26
3.1. Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais que atuam na Atenção Básica.	29
3.2. Deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho.....	35
4. Eixo de Investigação: Planejamento, seus achados e recomendações de auditoria....	43
4.1. Incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na Atenção Básica.....	45
4.2. Deficiências no processo de referência e contra referência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.	50
5. Eixo de Investigação: Monitoramento e Avaliação, seus achados e recomendações de auditoria:.....	56
5.1. Fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, decorrentes da inexistência de equipe técnica específica e deficiências na estrutura para realizar o monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica.....	58
5.2. Inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica	68
5.3. Insuficiente estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção, suporte técnico e treinamentos) para realizar o monitoramento e avaliação (M&A) da A.B	73
6 . Conclusão	80
7. Proposta de Encaminhamento	84
8 . Referências Bibliográficas	87
9. Anexos	89

1. Introdução

1.1. Objeto da Auditoria

A atenção básica (atenção primária) à saúde é a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e o acesso dos usuários ao SUS dá-se por intermédio das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Segundo especialistas em saúde, uma Atenção Básica bem estruturada é capaz de resolver de 80% a 85% dos problemas de saúde da população, proporcionando: redução de filas nos prontos-socorros e hospitais; consumo abusivo de medicamentos; uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia; custos (por consequência), entre outros.

Face a importância desse nível de atenção para o sistema de saúde brasileiro, o Tribunal de Contas da União (TCU) de forma coordenada, juntamente com 28 Tribunais de Contas brasileiros firmaram um acordo de cooperação técnica com o objetivo de realizar uma auditoria coordenada em saúde, cujo o objeto comum a todos os Tribunais de Contas participantes é a avaliação da qualidade da prestação dos serviços da atenção básica à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscando identificar os principais problemas que afetam a qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos em UBS, independentemente dos programas implementados em cada unidade avaliada.

1.2. Antecedentes

O presente trabalho decorre de um Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre os Tribunais de Contas do Brasil (TC's), a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (ATRICON) e o Instituto Rui Barbosa (IRB), em 25 de março de 2014, para a realização de Auditoria Coordenada, nos termos dispostos na Declaração de Vitória – ES, documento referência do XXVII Congresso dos Tribunais de Contas do Brasil, com o objetivo de avaliar as ações governamentais na área de atenção básica à saúde, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), e oferecer à sociedade brasileira uma visão ampla dos problemas que afetam a qualidade da prestação dos serviços da atenção básica à saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as suas possíveis causas.

Importante frisar que, muito embora se trate de uma Auditoria Coordenada, cada Tribunal de Contas partícipe do Acordo de Cooperação realizou auditorias independentes, todavia seguindo um planejamento conjunto acordado entre os partícipes do Acordo.

Nesse contexto, com respaldo no Inciso IV, do art. 1º da Lei Orgânica do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Pará, o TCM/PA, por meio da Portaria nº 1220/2014, designou a Equipe de Auditoria Operacional para realizar a auditoria coordenada na área de atenção básica à saúde nos municípios de Belém/PA, Breves/PA, Canaã dos Carajás/PA, Marabá/PA, Maracanã/PA, Parauapebas/PA, Salinópolis/PA e Santarém/PA.

1.3. Objetivo e Escopo da Auditoria

A realização da presente Auditoria Operacional visou avaliar as ações governamentais que refletem na qualidade da cadeia de serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura, independentemente dos programas implementados.

O viés condutor da avaliação da auditoria é identificar se as ações de gestão investigadas estão alinhadas com as boas práticas de governança, bem como com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e se conduzem para uma prestação de serviço de saúde de qualidade e resolutivo nas UBS. Sabe-se que a qualidade dos serviços de atenção básica prestados nas UBS é resultado, dentre outras variáveis, de ações de gestão estratégicas formuladas, promovidas e executadas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Desta feita, os trabalhos de auditoria pautaram-se na avaliação do atendimento das competências de cada ente político e no gerenciamento dos recursos necessários aos processos inerentes à atenção básica.

Frise-se que a prestação dos serviços de atenção básica ocorrida nas UBS decorre ainda das atuações gerenciais, formuladas e promovidas pelas gestões municipais e pela gerência da UBS.

Como esta auditoria tem como foco principal os processos de gestão implantados na atenção básica e se concentrará nos processos de gestão, relacionados à eficácia e à efetividade, dimensões que refletem na qualidade do atendimento prestado e podem, em consequência, levar a melhoria dos indicadores de saúde da população e na resolutividade dos problemas de saúde da comunidade necessário definir preliminarmente o conceito de processos de trabalho ante a perspectiva sobre a qual este trabalho se desenvolve. Desta feita, por tratar-se de uma auditoria coordenada, este Tribunal adotou o mesmo entendimento do TCU em seu relatório de auditoria, Processo nº TC nº 008.963/2014-2, item 1.3, parágrafos 12, 13, e 14.

Assim, para efeito deste relatório, processo de trabalho será entendido como o conjunto de atividades que transformam entradas em saídas com valor para os usuários.

Os processos de trabalho dividem-se em três categorias: operacionais, de gestão e de suporte. Os processos de gestão direcionam o órgão/entidade e exercem influência sobre a execução dos demais processos; os operacionais estão associados com a satisfação das necessidades dos usuários, ou seja, aquilo que o usuário recebe; e os processos de suporte dão amparo à consecução dos processos de gestão e operacionais.

Por fim, por se tratar de uma auditoria coordenada tanto a fase de planejamento quanto a fase de execução da auditoria foram realizadas de forma conjunta entre os Tribunais de Contas brasileiros, sob a coordenação do TCU, consoante o Plano de Trabalho anexado ao Acordo de Cooperação. Todavia, esta Corte de Contas conduziu o trabalho focando nas competências das Secretarias de Saúde dos municípios sob sua jurisdição, e a execução dos trabalhos se deu de forma independente pela equipe de auditoria deste Tribunal.

Em Oficina de Trabalho realizada em julho de 2014, em Brasília-DF promovida pela ATRICON, IRB, TCU e os Tribunais de Contas do Brasil (TC's), foi elaborada pelos auditores operacionais a Matriz de Planejamento de Auditoria, onde ficaram definidos os eixos de investigação, as questões de auditoria e todos os procedimentos necessários para a sua execução.

Esta auditoria foi formulada com base em três grandes temas (doravante chamados de eixos de investigação), quais sejam: gestão de pessoas; planejamento; avaliação e monitoramento; e investigados a partir de questões e subquestões de auditoria apresentadas no desenvolvimento deste relatório.

1.4. Critérios Para a Escolha dos Municípios

O TCM/PA, a partir de um Estudo de Viabilidade, onde foram estabelecidos uma combinação de critérios técnicos para definição, dentre os 144 municípios paraenses, aqueles que representariam uma amostra da realidade municipal quanto à qualidade dos serviços de atenção básica prestados à população nas UBS, optou por aferir a qualidade da prestação dos serviços da atenção básica à saúde nos municípios de Belém, Breves, Canaã dos Carajás, Marabá, Maracanã, Parauapebas, Salinópolis e Santarém, perfazendo um total de 8 municípios, cuja população de 2.410.824 (dois milhões, quatrocentos e dez mil, oitocentos e vinte e quatro reais) habitantes, corresponde a 30,76% do total de 7.837.437 (sete milhões, oitocentos e trinta e sete mil, quatrocentos e trinta e sete) habitantes do Estado.

A seleção dos 8 municípios observou os seguintes critérios:

a) municípios com maior e menor população nas mesorregiões¹ e regiões de integração²;

b) seleção de municípios com os melhores e os piores desempenhos pelo indicador Índice de Desempenho do SUS na Atenção Básica³ (IDSUS), formulado pelo Ministério da Saúde representados respectivamente por valores entre 7,99 e 2,00;

c) maiores e menores índices de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde (Equipes de Saúde da Família, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde Bucal, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF));

d) seleção de municípios em que a despesa total com saúde per capita sejam muito reduzidas ou muito expressivas.

A Tabela 01 apresenta os Municípios selecionados e os critérios enunciados acima.

¹ Mesorregião é uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Foi criada pelo IBGE e é utilizada para fins estatísticos e não constitui, portanto, uma entidade política ou administrativa.

² Uma visão sócioeconômica do território paraense. Foram identificadas 12 Regiões de Integração que levou em consideração as características de concentração populacional, acessibilidade, complementaridade e interdependência econômica. Foram utilizados no estudo doze critérios: População; Densidade Populacional; Concentração de Localidades; Repasse de ICMS; Renda per capita; Acessibilidade física; Consumo de Energia Elétrica; Leitos por mil habitantes; Índice de Desenvolvimento Humano; Telefonia Fixa; Índice de Alfabetização; Fatores Geopolíticos.

³ Índice de avaliação de desempenho do SUS tem como objetivo avaliar o desempenho do SUS quanto à: universalidade do acesso, integralidade, igualdade, resolubilidade e equidade da atenção, descentralização com comando único por esfera de gestão, responsabilidade tripartite, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, atribuindo uma nota de zero a 10 para cada município. Os menores escores representam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no município. O IDSUS classifica os municípios em seis grupos homogêneos.

Tabela 01
Municípios selecionados e critérios utilizados

MUNICÍPIO	MESORRE- GIÃO	REGIÕES DE INTEGRA- ÇÃO	POPU- LAÇÃO	% POPULAÇÃO MUNICÍPIO	% COBERTURA ESTRATÉ- GIA SAÚDE DA FAMÍLIA	% COBERTURA AGENTES COMUNITÁ- RIOS DE SAÚDE	Nº EQUIPES SAÚDE BUCAL	Nº NASF	CLASSI- FICAÇÃO IDSUS	IDatB - IDSUS	DESPESA FUNÇÃO SAÚDE	
											VALOR (R\$)	DESPESA PERCAPTA Em R\$
BELÉM	BELÉM	METROPO- LITANA	1.410.430	18,00%	23,97%	34,86%	6	1	1	4,39	588.523.442,38	417,27
SANTARÉM	BAIXO AMAZONAS	BAIXO AMAZONAS	299.419	3,82%	30,33%	87,54%	5	0	4	4,23	79.391.224,26	265,15
MARABÁ	SUDESTE	CARAJÁS	243.583	3,11%	4,25%	70,58%	1	0	3	2,52	112.878.959,94	463,41
PARAUPEBAS	SUDESTE	CARAJÁS	166.342	2,12%	35,26%	73,97%	9	0	3	3,86	168.088.833,99	1.010,50
BREVES	MARAJÓ	MARAJÓ	94.779	1,21%	18,20%	100,00%	4	1	4	2,52	25.975.277,05	274,06
SALINÓPOLIS	NORDESTE	CAETÉ	38.021	0,49%	90,74%	100,00%	10	1	4	7,67	9.697.621,00	255,06
CANAÃ DOS CARAJÁS	SUDESTE	CARAJÁS	29.101	0,37%	100,00%	75,08%	6	1	5	7,83	38.643.473,65	1.327,91
MARACANÃ	NORDESTE	GUAMÁ	28.498	0,36%	96,85%	100,00%	3	0	4	7,67	8.970.055,69	314,76
TOTAIS			2.281.675	30,76%	---	---	---	---	---	---	---	---

Fonte: Censo Demográfico – 2010 / IBGE, Balanço Geral dos Municípios do exercício de 2014 protocolados neste TCM.

1.5 Metodologia

Na etapa de planejamento da Auditoria foram realizadas as seguintes atividades:

- a) seleção e leitura de material bibliográfico;
- b) revisão da legislação;
- c) visitas exploratórias aos municípios selecionados (junho a agosto 2014), onde foram realizadas as seguintes atividades: reuniões com prefeitos, secretários de saúde, coordenadores de saúde da atenção básica, gerentes e enfermeiros responsáveis pela gestão das UBS; aplicação das técnicas de diagnóstico Análise SWOT⁴ e Análise Stakeholder⁵, juntamente com os gestores e profissionais de saúde dos municípios selecionados;
- d) requisição de documentos às SMS visitadas por meio de Ofício;
- e) leitura dos documentos encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios selecionados referente aos serviços prestados na atenção básica à saúde;
- f) elaboração da Matriz de Planejamento e dos instrumentos de coleta de dados em conjunto com os auditores operacionais do TCU e demais Tribunais de Contas brasileiros, em Oficina de Trabalho realizada em julho de 2014, em Brasília-DF.

Com o objetivo de investigar as questões de auditoria diante dos riscos encontrados, foram realizados durante as visitas aos municípios selecionados os seguintes procedimentos:

- a) requisição de documentos às SMS visitadas por meio de Ofício;
- b) aplicação de questionários a oito (08) Secretários Municipais de Saúde, a quarenta e oito (48) gestores municipais de saúde que atuam na atenção básica, a setenta e dois (72) gestores das UBS, a cento e dois (102) enfermeiros que atuam nas UBS visitadas, a técnicos de enfermagem e de saúde bucal, a quatrocentos e trinta e quatro (434) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a 71 médicos e 66 odontólogos que prestam serviço nas UBS, a 447 usuários das UBS visitadas e a oitenta e dois (82) conselheiros municipais de saúde;
- c) aplicação de entrevistas a Secretários Municipais de Saúde, gestores municipais de saúde que atuam na atenção básica, gestores das UBS, médicos, odontólogos que prestam serviço nas UBS, e conselheiros municipais de saúde
- d) visitas às UBS para observação dos serviços prestados à população e verificação da estrutura física;

⁴ A análise Swot consiste na análise subjetiva das capacidades internas, para identificar as forças e as fraquezas da organização, e do ambiente externo no qual atua a organização, para apontar as oportunidades e ameaças presentes. (Brasil. Tribunal de Contas da União. Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco aplicados em Auditoria / Tribunal de Contas da União. Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), 2010. 22 p. 1. Auditoria operacional – Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco aplicados em Auditoria – manual. I. Título)

⁵ A análise Stakeholder consiste na identificação dos principais atores envolvidos, dos seus interesses e do modo como esses interesses irão afetar os riscos e a viabilidade de programas ou projetos. Está ligada à apreciação institucional e à avaliação social, não só utilizando as informações oriundas destas abordagens, mas também contribuindo para a combinação de tais dados em um único cenário. Stakeholder são pessoas, grupos ou instituições com interesse em algum programa ou projeto e inclui tanto aqueles envolvidos quanto os excluídos do processo de tomada de decisão. (Brasil. Tribunal de Contas da União. Técnicas de Auditoria : análise Stakeholder / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2001. 33 p1. Auditoria I. Título).

- e) pesquisa de informações disponibilizadas nos sites do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.
- f) extração de dados informatizados para obter a relação e a base histórica dos indicadores a serem avaliados.

Em outubro de 2014, em Brasília-DF, ainda na fase de execução da auditoria, foi realizada outra Oficina de Trabalho para discussão das Matrizes de Achados de Auditoria, elaboradas pelas Equipes de Auditoria dos Tribunais de Contas partícipes, referentes aos eixos de investigação da auditoria e definição de uma Matriz de Achados Comum.

O resultado dos trabalhos de auditoria de cada Tribunal de Contas partícipe foi consolidado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que apresentou um diagnóstico nacional a respeito da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde ofertados nas UBS no Brasil, de acordo com os aspectos acima abordados.

Foi garantida aos gestores da atenção básica e aos profissionais de saúde que atuam nas UBS a confidencialidade das informações prestadas a equipe de Auditoria.

Imprescindível se faz esclarecer que os vocábulos gestor e gestores, não se referem somente ao secretário municipal de saúde, mas a todos os agentes públicos que praticam atos de gestão, gerem e administram a coisa pública, particularmente no que se refere à atenção básica. Quando for necessário individualizar o secretário de saúde, será utilizado o vocábulo gestor municipal de saúde.

No que se refere as limitações encontradas para a realização desta auditoria, enfatizamos dentre outros fatores, aqueles que, embora não tenham inviabilizado as investigações relacionados ao escopo da auditoria e à metodologia aplicada, dificultaram a análise mais precisa do desempenho da AB, quais sejam:

- a) precarização na conectividade de banda larga no estado do Pará dificultando e na maioria das vezes impedindo a comunicação por meio eletrônico;
- b) encaminhamento intempestivo e parcial de documentos solicitados e falta de confiabilidade dos dados apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde em razão da inconsistência ou desatualização das informações;
- c) inexistência/indisponibilidade dos dados dos sistemas informatizados das SMS;
- d) grande número de edição de normas e estudos expedidos pelo Ministério da Saúde, exigindo constante atualização e acompanhamento;
- e) coincidência do período de execução da auditoria com o período eleitoral.

1.6. Estrutura do Relatório

Este relatório encontra-se estruturado em oito capítulos, sendo o primeiro de cunho introdutório. No capítulo 2, apresenta-se uma visão geral da situação da Atenção Primária. Nos capítulos 3, 4 e 5, são apresentados os principais achados de auditoria. O capítulo 6 traz as conclusões do trabalho, o capítulo 7, a proposta de encaminhamento com recomendações para melhoria dos problemas detectados e o capítulo 8 contém as referências bibliográficas.

2. Visão Geral da Ação Auditada

2.1. Contextualização e Relevância do Tema

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, preconizou que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

A partir da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) o ordenamento constitucional buscou garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde aos cidadãos brasileiros. O SUS encontra-se definido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – n°s 8.080/90 e 8.142/90, e é regulamentado por Normas Operacionais Básicas (NOB's) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).

A Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS), regulamentada pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, estabeleceu os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes do SUS, assim como definiu a organização, a direção e a gestão do Sistema nas três esferas de governo.

A NOB n° 01/93 regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde e os mecanismos de financiamento no âmbito do SUS, bem como as diretrizes para os investimentos no setor. Nessa norma foram criados os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e pelos gestores estadual e municipal, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade do SUS.

O texto constitucional, em seu artigo 198, estabeleceu que o SUS integra uma rede regionalizada e hierarquizada, que tem como diretrizes: a descentralização das ações e serviços, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, **com prioridade para as atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

Congruente com a diretriz “atendimento integral” preconizada na Constituição Federal, a Lei 8.080/90 estabelece como um dos princípios do SUS a integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema - atenção básica, média e alta complexidade.

A organização da Atenção Básica (atenção primária), objeto dessa auditoria, tem suas diretrizes e normas estabelecidas pela Portaria n° 2.488/11/MS, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB consolidou a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como formas prioritárias de reorganização da Atenção Básica no Brasil.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), os postos tradicionais de saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são unidades de saúde relacionadas a esse nível de atenção.

A atenção básica é o nível de atenção à saúde de menor densidade tecnológica, entretanto, capaz de resolver 80% (oitenta por cento) dos problemas de saúde da população, devendo ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de

desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

Vê-se, assim, que a atenção básica se revela muito importante, porque atua no nível preventivo, de menor custo se comparada com os demais. O primeiro nível de assistência, além de atuar na promoção e na proteção da saúde, detecta doenças em estágios iniciais, por essa razão, tem maior poder de resolutividade ou de redução de impactos negativos.

2.2. Aspectos Relacionados a Atenção Básica no Município de Belém

O Município de Belém integra a Região Metropolitana de Belém (RMB), possuindo uma área territorial de aproximadamente 1.065 km², sendo 34,6% do território formado pela região continental e 65,4% de área insular, correspondendo ao conjunto de 39 ilhas habitadas e um contingente populacional, segundo Censo 2010 (IBGE), de 1.393.399 399 (um milhão, trezentos e noventa e três mil, trezentos e noventa e nove) habitantes e estimativa de 1.432.844 de (01 de julho/IBGE/2014), abrigando em torno de 1/3 da população do Estado do Pará, que corresponde a 7.581.051 habitantes.

Do ponto de vista da gestão, o Município de Belém, por intermédio da Lei nº 7.682/94, foi descentralizado administrativamente em 08 Distritos, que funcionam como unidade de planejamento territorial, cada um com suas especificidades e vulnerabilidades locais, quais sejam: Belém (DABEL), Bengui (DABEN), Entroncamento (DAENT), Guamá (DAGUA), Icoaraci (DAICO), Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT) e Sacramenta (DASAC),

A área geográfico-espacial de Belém é desenhada por baías, rios, igarapés e furos, além de canais retificados que compõem as 14 Bacias Hidrográficas, conferindo uma característica ambiental de várzea, estando, em algumas localidades, na cota de 04 metros abaixo do nível do mar, o que corresponde a uma extensa área suscetível a alagamentos, como as “baixadas”, principalmente quando coincidem as chuvas com as marés altas, que podem se elevar em torno de 2 metros. O município ainda apresenta ambientes naturais preservados a despeito de uma urbanização excludente, concentrada na porção continental e, principalmente, nos bairros centrais, com melhor infraestrutura e dotados de bens e serviços públicos.

Ante as condições geográficas evidencia-se os enormes desafios que são enfrentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA). Desafios esses que requerem aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado, além de medidas estruturantes, capazes de assegurar integralidade⁶ no atendimento, continuidade dos avanços alcançados e permitir o enfrentamento de novos desafios, como por exemplo: o envelhecimento populacional, a morbidade e mortalidade causada por acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal, que complexificam a resposta a ser dada pelos cuidados em saúde e repercutem de forma muito importante sobre a saúde da população.

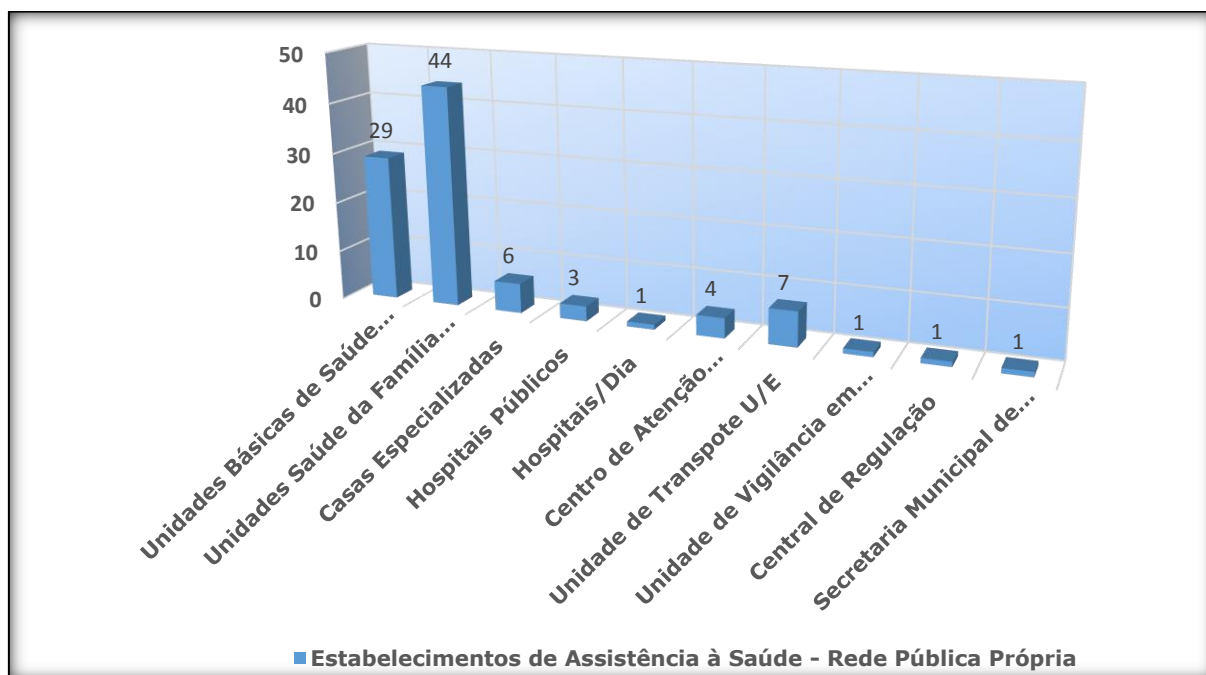
⁶ A Lei nº 8.080/1990 dispõe que a assistência integral é o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”

Na mesma linha, a SESMA tem como missão planejar, executar e gerir os serviços de saúde em consonância com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integridade na saúde e qualidade de vida dos cidadãos. Em concordância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde, foi instituído o Plano Municipal de Saúde (PMS), o qual além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, busca-se, a partir de um diagnóstico situacional, explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para melhorar o desempenho dos serviços de saúde e, então, atingir a sua missão.

Conforme demonstrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em dez/2012, o Sistema Municipal de Saúde de Belém possui uma Rede Assistencial/SUS, composta por 205 Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), incluindo 130 estabelecimentos públicos cadastrados e 75 estabelecimentos privados conveniados ao SUS.

A rede pública própria do município em dezembro/2012 (vinculada diretamente à SESMA) totalizava 97 estabelecimentos, além da própria Secretaria Municipal de Saúde, apresentando a seguinte composição: 29 Unidades Municipais de Saúde (UMS), 44 Unidades Saúde da Família (USF), 6 Casas Especializadas, 03 Hospitais, 01 Hospital/Dia, 04 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 07 Unidades de Transporte U/E, 01 Unidade de Vigilância em Saúde (UVS), 01 Central de Regulação.

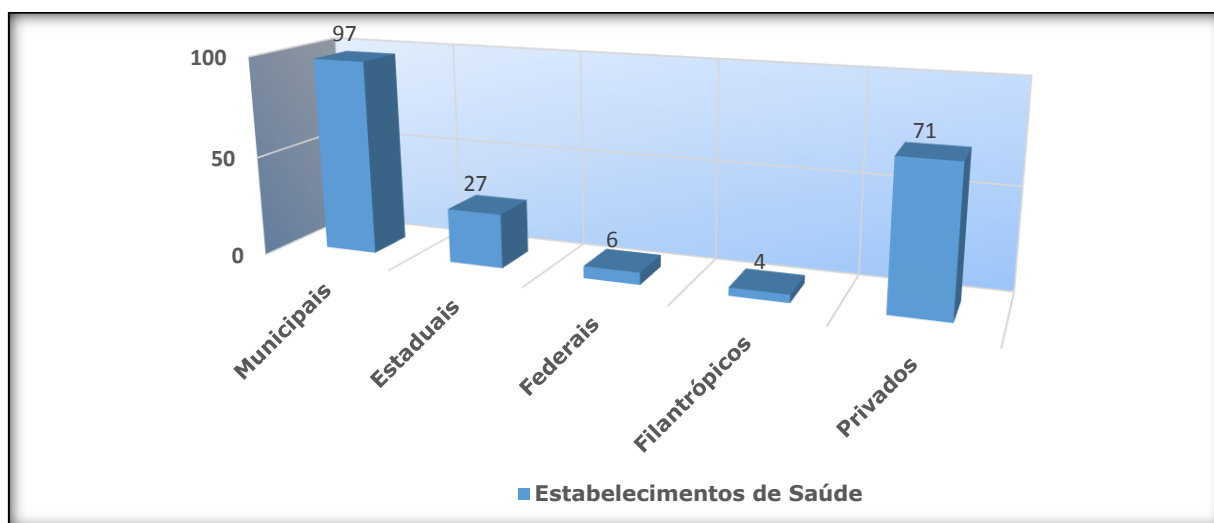
Gráfico 01
Quantificação dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde / Rede Pública Própria



Fonte: NUPS/SESMA.

Dentre esses estabelecimentos evidenciou-se as instituições públicas e privadas, nestas inclusas as filantrópicas, daí resulta a necessidade de fortalecimento da compreensão do trabalho em rede em todas as esferas a fim de integrar as diferentes esferas de atenção, de forma a contribuir com o desenvolvimento do SUS no Estado e a garantir a suficiência das ofertas intramunicipais: 97 municipais, 27 estaduais, 06 federais, 04 filantrópicos e 71 privados, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 02
Estabelecimentos de Saúde/SUS, por tipo de gestão



Fonte: NUPS/SESMA.

Apresenta-se a seguir a distribuição da rede básica municipal de saúde/SUS por distritos administrativos, Belém/2012:

Tabela 02
Distribuição da Rede Básica Municipal/SUS por Distrito

Distrito	UMS	USF	POPULAÇÃO IBGE
DAICO	Icoaraci e Maguari	Agulha, Águas Negras, Eduardo Angelim, Paracuri e Parque Guajará	167.035
DAMOS	Carananduba, Maracajá e Baía do Sol	Baía do Sol, Furo das Marinhas, Maracajá, Carananduba, Sucuriçuquara e Aeroporto	33.232
DAOUT	Cotijuba e Outeiro	Fama, Fidelis e Cotijuba	38.731
DASAC	Vila da Barca, Paraíso dos Pássaros, Sacramento, Fátima e Telégrafo	Canal do Galo I, Canal do Galo II, Malvinas, Barreiro I, Barreiro II, Vila da Barca, Canal do Pirajá, Canal do Visconde, CDP, São Joaquim, Sacramento e Telégrafo	256.641
DABEN	Bengui I, Bengui II, Pratinha, Satélite, Cabanagem, Sideral e Tapanã	Cristo Redentor, Uma, Carmenlândia, Pratinha, Tapanã I, Tapanã II, Parque Verde e Mangueirão.	284.670
DAENT	Águas Lindas, Marambaia, Curió-Utinga, Tavares Bastos e Providência	Paraíso Verde (Utinga), Souza, Águas Lindas e Água Cristal	125.400
DAGUA	Condor, Cremação, Guamá Terra Firme e Jurunas	Riacho Doce, Terra Firme, Combú, Radional II, Parque Amazônia I e Parque Amazônia II	342.742
DABEL	Inexiste UMS*	Inexiste USF	144.948
TOTAL	29	44	1.393.399

Fonte: NUPS/SESMA

A partir desse demonstrativo faz-se imprescindível destacar:

- 1) Unidades Municipais de Saúde (UMS) são estabelecimentos de saúde, que no caso de Belém seguem o modelo tradicional, gerenciados por pessoa designada especificamente para essa

finalidade, que atuam com atendimento ambulatorial, não realizam busca ativa em sua área de atuação e nem visitas domiciliares. Trabalham, em sua maioria, com as especialidades: clínico geral, ginecologista, pediatra, odontólogo, e com os programas próprios da atenção básica no atendimento dos usuários advindos de áreas descoberta pelas Estratégia Saúde da Família, que vão até a unidade e se inscrevem nos programas da AB.

- 2) Unidades Saúde da Família (USF) são estabelecimentos de saúde, gerenciados por enfermeiros, que contam com equipes multiprofissionais, formada por médicos especializados em Saúde da Família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e atuam por meio dos programas da Atenção Básica.
- 3) Cada distrito é chefiado por uma coordenadora, a qual compete entre outras atribuições: acompanhar o processo de acolhimento e humanização nas UMS e articular para superação de entraves que surgem em decorrência da implementação, indicando as medidas de correção de distorções, inclusive com alteração de processo de trabalho e necessidade de capacitação. Todavia, merece registro o fato de: a) existir, no que tange a saúde, apenas 6 coordenadorias, vez que inexistem UMS e USF no distrito DABEL e o distrito DAICO ser coordenado juntamente com o DAOUT, e b) atualmente as coordenações terem suas atuações focadas nos aspectos gerencial administrativo.
- 4) (*) Registramos que o Bairro de Fátima está oficialmente inserido no Distrito do DASAC (ver tabela abaixo), contudo esclarecemos que este bairro também corta o Distrito do DABEL, e a localização atual da unidade de Fátima (Rua Domingos Marreiros) é no distrito do DABEL.
- 5) Os bairros que compõem cada distrito serão apresentados na tabela seguinte:

Tabela 03
Distritos e Bairros que compõem o Município de Belém

Nº	DISTRITOS	BAIRROS	POPULAÇÃO
1	DABEL	Batista Campos, Campina, Cidade Velha, Marco, Miramar, Nazaré, Reduto, São Brás, Umarizal	144.948
2	DABEN	Bengui, Cabanagem, Coqueiro, Parque Verde, Pratinha, São Clemente, Tapanã e Una	284.670
3	DAENT	Águas Lindas, Aurá, Castanheira, Curió-Utinga, Guanabara, Mangueirão, Marambaia e Souza, Universitário e Val-de-Cans	125.400
4	DAGUA	Canudos, Condor, Cremação, Guamá, Jurunas e Montese (Terra Firme)	342.742
5	DAICO	Águas Negras, Agulha, Campina de Icoaraci, Cruzeiro, Maracacuera, Paracuri, Parque Guajará, Ponta Grossa e Tenoné	167.035
6	DAMOS	Aeroporto, Ariramba, Baía do Sol, Bonfim, Carananduba, Caruara, Chapéu Virado, Farol, Mangueiras, Maracajá, Marahú, Murubira, Natal do Murubira, Paraíso, Porto Arthur, Praia Grande, São Francisco, Sucuriçuquara e Vila	33.232
7	DAOUT	Água Boa, Brasília, Itaiteua e São João do Outeiro	38.731
8	DASAC	Barreiro, Fátima* acima, Maracangalha, Pedreira, Sacramento e Telégrafo	256.641
TOTAL	08	71	1.393.399

Fonte: IBGE - Censo/2010, elaboração: NUPS/SESMA

Essa organização visa à efetivação do cuidado à saúde considerando a economia de escala necessária para otimizar os recursos públicos garantindo, assim, o acesso e a qualidade nos serviços ofertados pelo SUS no Município de Belém.

2.3. Aspectos Orçamentários e Financeiros

Iniciaremos a análise dos aspectos orçamentários e financeiros com a abordagem dos dados apresentados nos Planos Plurianuais – PPA's, 2010/2013 e 2014/2017, conforme demonstrado na Tabela a seguir:

Tabela 04
Programação da Atenção Básica contida nos PPA's 2010/2013 e 2014/2017

PPA 2010 a 2013		PPA 2014 a 2017	
Órgão Responsável: SESMA		Órgão Responsável: SESMA	
Programa: Saúde e Qualidade de Vida (2.066)		Programa: Saúde e Assistência Social (0001)	
Objetivo: desenvolver as ações de promoção, prevenção de riscos e agravos e recuperação da saúde, envolvendo ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade para elevar a qualidade de vida da população		Objetivo: ampliar a Atenção Básica/primária, visando a saúde integral e a qualidade de vida da população	
Ação: Fortalecimento da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família		Ações	Metas
Meta: 100% em cada um dos quatro exercícios.		Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Em 80%
-		Ampliar o programa Estratégia Saúde da Família, para atingir uma população de 500.000 habitantes	Em 100%
-		Reduzir o percentual de internações por causas sensíveis à atenção básica	-
-		Aumentar a cobertura de acompanhamento da condicionalidade de saúde do programa Bolsa Família	Em 100%
-		Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	Em pelo menos 40%
-		Ampliar a ação coletiva de escovação dental supervisionada	Em pelo menos 60%
-		Reformar unidades de saúde (UBS)	10 unidades
-		Reformar unidades Saúde da Família	03 unidades

Fonte: Dados extraídos do PPA 2010/2013 do Município de Belém (Processo nº 201002253-00)

Fonte: Dados extraídos do PPA 2014/2017 do Município de Belém (Protocolo nº 201317775-00)

Nos PPA's acima apresentados vê-se que a estruturação das ações de saúde baseou-se nos programas: Saúde e Qualidade de Vida (PPA 2010/2013) e Saúde e Assistência Social (PPA 2014/2017). Esses programas por meio de ação/ações específicas têm como objetivo desenvolver e ampliar a Atenção Básica/primária, visando a saúde integral e a qualidade de vida da população, durante o período de sua vigência.

Através da análise procedida nas Leis Orçamentarias Anuais – LOA do período de 2011 a 2014 identificamos que a execução orçamentaria relativa aos recursos do setor saúde ficou sempre acima dos créditos consignados nessas leis em cada exercício. Esta situação está evidenciada na Tabela 05.

Tabela 05
Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Função Saúde

Ano	Créditos Inicialmente Consignados (1)	Execução Orçamentária (2)	% de Execução
2011	476.865.556,00 (1)	517.260.220,72 (5)	108,47%
2012	529.835.258,00 (2)	542.955.890,31 (6)	102,48%
2013	562.743.197,00 (3)	588.523.442,38 (7)	104,58%
2014	656.861.605,00 (4)	739.641.456,00 (8)	112,60%
TOTAL	2.226.305.616,00	2.388.381.009,41	107,28%

Fonte: (1) Lei Orçamentária Anual – LOA 2011 (Processo nº 201100714-00)

(2) Lei Orçamentária Anual – LOA 2012 (Processo nº 201200957-00)

(3) Lei Orçamentária Anual – LOA 2013 (Processo nº 201301903-00)

(4) Lei Orçamentária Anual – LOA 2014 (Processo nº 201401228-00)

(5) Balanço Geral – BG 2011 (Processo nº 201205713-00)

(6) Balanço Geral – BG 2012 (Processo nº 201304902-00)

(7) Balanço Geral – BG 2013 (Processo nº 201405848-00)

(8) Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO 6º Bimestre/2014 (Processo nº 201501562-00), ressalte-se que até a presente data não foi encaminhado, a este TCM, o Balanço Geral relativo ao exercício de 2014.

Inicialmente, vale registrar que nos quatros exercícios analisados a execução orçamentária se deu além dos valores inicialmente consignados. Entretanto, há que observar que em relação ao aporte de recursos orçamentário/financeiro constata-se que em 2014 houve acréscimo positivo de 4,13% em relação ao exercício de 2011, já em relação a 2013 e 2012 observou-se uma retração sucessiva na ordem de 3,89% e 5,99% respectivamente.

Com relação à execução orçamentária/financeira especificamente da Atenção Básica, escopo desta auditoria, evidenciou-se o que segue na Tabela ... abaixo apresentada.

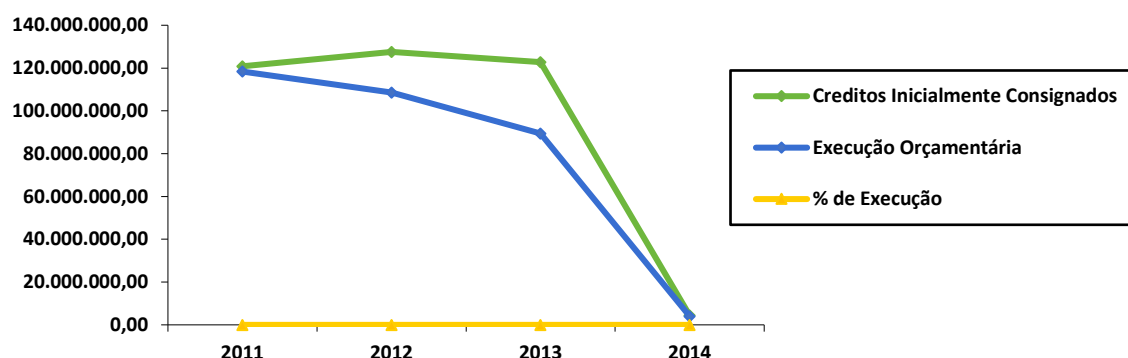
Tabela 06
Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Atenção Básica

Ano	Créditos Inicialmente Consignados (1)	Execução Orçamentária (2)	% de Execução
2011	120.841.615,00	118.367.037,12	(-) 2,05%
2012	127.548.450,00	108.515.289,99	(-) 14,92%
2013	122.745.867,00	89.390.092,74	(-) 27,17%
2014	4.417.477,00	4.051.125,00	(-) 8,29%
TOTAL	375.553.409,00	320.323.544,85	(-) 14,71%

Fonte: LOA's 2011 a 2014, BG's 2011 a 2013 e RREO 2014, fontes devidamente identificadas na tabela anterior.

Depreende-se da tabela acima apresentada que 14,71%, dos créditos inicialmente consignados não foram plenamente executados. Individualizando-se constatamos que houve um decréscimo de execução na ordem de 2,05%, 14,92% e 27,18% e 8,29, respectivamente, que representa uma monta de aplicação de somente 85,29% do valor inicialmente consignado. Gráficamente temos:

Gráfico 03
Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Atenção Básica



Fonte: LOA's 2011 a 2014, BG's 2011 a 2013 e RREO 2014, fontes devidamente identificadas na tabela anterior.

Em consonância ao disposto na Portaria 648/2006, que instituiu a PNAB, o financiamento da atenção básica se dará em composição tripartite, ou seja, trata-se de uma responsabilidade comum entre as instâncias de gestão, devendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios destinarem recursos para executar as respectivas ações.

O componente da União para esse financiamento é o Piso da Atenção Básica (PAB), composto de uma fração fixa e outra variável. A parte fixa é destinada a todos os municípios, enquanto que a parte variável é destinada à implantação de estratégias nacionais como o Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal (SB), Saúde Indígena, Saúde no Sistema Penitenciário e Compensações de Especificidades Regionais.

Esses recursos federais são organizados e transferidos, na modalidade fundo a fundo, em forma de blocos de financiamento: atenção básica, atenção de média e alta complexidades ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde. Há que se ressaltar que existem critérios específicos em relação ao financiamento aportado pelo Ministério da Saúde, porém, não há um critério comum para os estados.

Deve-se considerar ainda, que recursos aplicados em ações relacionadas à atenção básica podem estar presentes em outros blocos de financiamento, tais como Gestão do SUS, Assistência Farmacêutica e Investimentos.

O componente estadual, assim como o municipal para o financiamento da Atenção Básica compete às respectivas Secretarias de Saúde a sua definição, isso ocorre tendo em vista a inexistência de normativos que estabeleçam a proporção desse financiamento que cabe a cada ente federado.

Dados extraídos dos Balanços Gerais, e na ausência deste, no caso concreto do exercício de 2014, do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, nos possibilitam apresentar a aplicação da função saúde, por sub função, conforme tabela abaixo:

Tabela 07
Despesas Realizadas na Função Saúde por Sub função - Exercícios 2011 a 2014

Subfunções	2011	2012	2013	2014 (*)	TOTAL
	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Administração Geral	257.872.390,46	278.216.335,85	317.733.334,40	366.420.977,00	1.220.243.037,71
Atenção Básica	118.367.037,12	108.515.289,99	89.390.092,74	4.051.125,00	320.323.544,85
Assist. Hospitalar e Ambulatorial	115.185.175,73	128.438.463,16	155.326.401,33	273.529.003,00	672.479.043,22
Vigilância Sanitária	546.141,01	587.878,97	976.389,44	11.409.558,00	13.519.967,42
Vigilância Epidemiológica	5.952.544,92	5.548.183,35	3.417.568,41	34.425.757,00	49.344.053,68
Outros	19.336.931,48	21.649.738,99	21.679.656,06	49.805.036,00	112.471.362,53
Total dos rec. aplic. Na Função Saúde	517.260.220,72	542.955.890,31	588.523.442,38	739.641.456,00	2.388.381.009,41
% aplicado na AB em relação ao Total de recursos aplicados na Função Saúde	22,88%	19,99%	15,19%	0,55%	13,41%
% aplicado na Assist. Hosp. e Ambulat. em relação ao Total de Rec. Aplicados na Função Saúde	22,27%	23,66%	26,39%	36,98%	28,16%
% aplicado na Adm. Geral em relação ao Total de Rec. Aplicados na Função Saúde	49,85%	51,24%	53,99%	49,54%	51,09%

Fonte: Balanço Geral – BG 2011 (Processo nº 201205713-00)

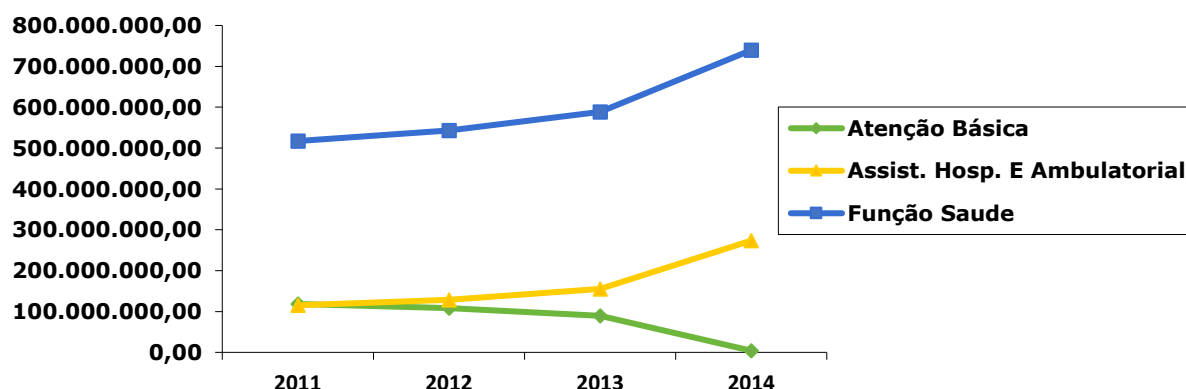
Balanço Geral – BG 2012 (Processo nº 201304902-00)

Balanço Geral – BG 2013 (Processo nº 201405848-00)

*Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO 6º Bimestre/2014 (Processo nº 201501562-00), haja vista o não encaminhamento do Balanço Geral relativo ao exercício de 2014 até a presente data.

Depreende-se do demonstrativo acima que a execução da despesa com ações e serviços públicos de saúde, na sub função atenção básica (código 301), nos exercícios de 2011 a 2014, vêm sofrendo um decréscimo significativo. Noutra ótica, ao analisarmos a sub função Assistência Hospitalar e Ambulatorial (média complexidade, código 302), constata-se um acréscimo, o que nos leva a concluir, pelo montante de recursos aplicados, a priorização da medicina curativa e não da preventiva como determina a PNAB, vide gráfico abaixo:

Gráfico 04
Despesas Realizadas na Sub função AB em relação ao total de recursos aplicados na Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014

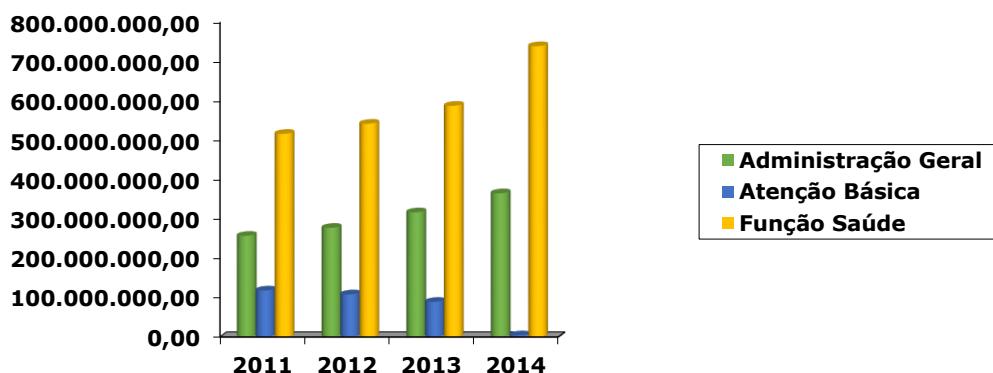


Fonte: Balanço Geral 2011 a 2013 e RREO 6º Bimestre/2014 (mesma fonte da tabela 07 acima).

Importante se faz ressaltar que as despesas referentes a pessoal e encargos sociais encontram-se inseridas na sub função Administração Geral, impossibilitando-nos de dimensionar o valor total dos recursos desembolsados, por exemplo, na Atenção Básica, o que nos leva a concluir que os demonstrativos contábeis atualmente disponibilizados pela gestão municipal, em razão do deficiente mecanismo de planejamento orçamentário, registro e controle financeiro adotado pela Secretaria Municipal de Saúde, não permitem evidenciar de forma clara e detalhada os valores totais realizados em cada sub função específica da função saúde.

Ressalte-se ainda, que apesar da proporcionalidade significativa das despesas com pessoal e encargos em relação ao total de despesas da função saúde, essa despesa, por tratar-se de natureza fixa, deve se manter sem grandes alterações no decorrer do exercício, exceto no mês em for concedido o reajuste anual dos servidores públicos municipais.

Gráfico 05
Despesas Realizadas nas Sub funções Atenção Básica e Administração Geral em relação ao total de recursos aplicados na Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014



Fonte: Balanço Geral 2011 a 2013 e RREO 6º Bimestre/2014 (mesma fonte da tabela 07 acima).

Os trabalhos de auditoria realizados tiveram seu escopo delimitados por meio de quatro (3) eixos de investigação, quais sejam: gestão de pessoas, planejamento, monitoramento e avaliação.

Esses eixos foram investigados a partir de três questões e suas subquestões, conforme seguem:

EIXO I – GESTÃO DE PESSOAS

- ✓ **Questão 01:** Como a Secretaria de Saúde do Município de Belém atua para promover a alocação / permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica?
 - **Subquestão 1.1)** A Secretaria de Saúde do Município de Belém contribui para a capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a AB?
 - **Subquestão 1.2)** A Secretaria de Saúde do Município de Belém atua, de forma consistente e a longo prazo, para promover a alocação e a permanência dos profissionais da atenção básica em seus postos de trabalho?

EIXO II – PLANEJAMENTO

- ✓ **Questão 02:** O processo de planejamento da Atenção Básica (AB) do Município de Belém reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde?
- **Subquestão 2.1)** O planejamento das ações municipais voltadas à atenção básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?
 - **Subquestão 2.2)** A Secretaria de Saúde do Município de Belém atua para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

EIXO III – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

- ✓ **Questão 03:** O Município de Belém possui estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?
- **Subquestão 3.1)** A Secretaria de Saúde do Município de Belém possui equipe técnica específica e suficiente para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica?
 - **Subquestão 3.2)** A Secretaria de Saúde do Município de Belém possui e utiliza indicadores para realizar o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica e se os indicadores utilizados permitem uma adequada avaliação desse nível de atenção de modo a contribuir para o aprimoramento da gestão?
 - **Subquestão 3.3)** A Secretaria Municipal de Saúde de Belém possui estrutura de TI para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela AB?

Ante a essa divisão, esta equipe de auditores passa a relatar os principais achados de auditoria⁷ decorrentes das observações em campo e da análise de documentos coletados em cada um dos eixos investigados.

⁷ Segundo o Glossário de Termos do Controle Externo, achado de auditoria é qualquer fato significativo, digno de relato pelo auditor (...). Decorre da comparação da situação encontrada [aquilo que de fato é] com o critério [aquilo que, idealmente, deveria ser, segundo uma norma, uma boa prática ou um princípio ou parâmetro usualmente aceito] e deve ser devidamente comprovado por evidências.

3. Eixo de Investigação: Gestão de Pessoas, seus achados e recomendações de auditoria:

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 30, inciso VII, atribui aos Municípios a competência para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população e, em seu Art. 200, inciso III, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, em seu Art. 15, inciso IX, atribui como competência comum as três esferas de governo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e em seu Art. 27, inciso I, dispõe que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, objetivando a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Ante a legislação constitucional e infraconstitucional evidencia-se a responsabilidade municipal no que se refere a promoção, a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica.

Por entender que os Termos de Compromisso de Gestão (federal, estadual, municipal e do Distrito Federal) foram elaborados a partir do consenso nos colegiados de gestão bipartite do SUS, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), compreendendo responsabilidades e atribuições que devem ser assumidas pelas respectivas gestões, o Ministério da Saúde editou a Portaria 198/GM de fev/2004 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e posteriormente, editou a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que estabeleceu as diretrizes para a implementação dessa política, cujo objetivo é fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas diferentes esferas de gestão.

Seu item 2.3 trata das Responsabilidades Municipais na Educação na Saúde e sua alínea “a” dispõe:

*“a) Todo município deve **formular e promover a gestão da educação permanente em saúde** e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento.” (Negrito nosso)*

Vê, portanto, que sob a ótica do Pacto de Gestão para a Área de Educação em Saúde, foi imputado aos municípios a tarefa de formular e promover a gestão da educação permanente em saúde com base na integralidade da atenção.

Ressalte-se que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não podem e nem devem ser definidos somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e nem da capacidade de oferta e expertise de uma instituição de ensino, mas, prioritariamente, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e a organização do trabalho.

No mesmo sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), item 3.1, alínea VI, dispõe que são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

...

“VI - Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;” (Negrito nosso)

...

Às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e ao Distrito Federal competem de acordo com item 3.3, alíneas X e XI:

...

“X – Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

XI - 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; e” (Negrito nosso)

...

Às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) compete segundo o item 3.4, alínea VIII; IX e XII:

...

“VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

IX - Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; ”

XII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local”. (Negrito nosso)

...

Além das competências atribuídas as três esferas de governo essa política impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho, portanto o novo modelo de atenção à saúde pressupõe a necessidade de educação permanente, não só para o enfrentamento dos problemas cotidianos pelos profissionais da Atenção Básica na prestação dos serviços, mas também como parte de uma "estratégia de gestão".

Ressalte-se, ainda, que, conforme determina o item 4.1 da Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que

possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante dessa política é a efetividade da educação permanente por meio da oferta de cursos capazes de suprir as reais necessidades dos profissionais da Atenção Básica, inclusive da gestão, vez que o planejamento/programação educativa é previsto de maneira ascendente contemplando a singularidade dos lugares e das pessoas, nós crítico (de natureza diversa), e estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

Ao fazermos o cotejo entre PNEPS e PNAB, constatamos que ambas as políticas impõem que os problemas referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho nas unidades sejam baseados no planejamento ascendente e na análise dos problemas cotidianos, com vistas ao aprimoramento da gestão e não sejam definidos somente a partir da capacidade da oferta e/ou de uma lista de necessidades atualizadas.

A luz dos critérios predefinidos e apresentados anteriormente a presente auditoria procurou investigar, o eixo gestão de pessoas, por meio da seguinte questão de auditoria: **Como a Secretaria de Saúde do Município de Belém atua para promover a alocação / permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da AB?**

Para conduzir a apuração desse questionamento de auditoria, subdividiu-se em duas sub questões, quais sejam:

- a) A Secretaria de Saúde do Município de Belém contribui para a capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a AB?
- b) A Secretaria de Saúde do Município de Belém atua, de forma consistente e a longo prazo, para promover a alocação e a permanência dos profissionais da atenção básica em seus postos de trabalho?

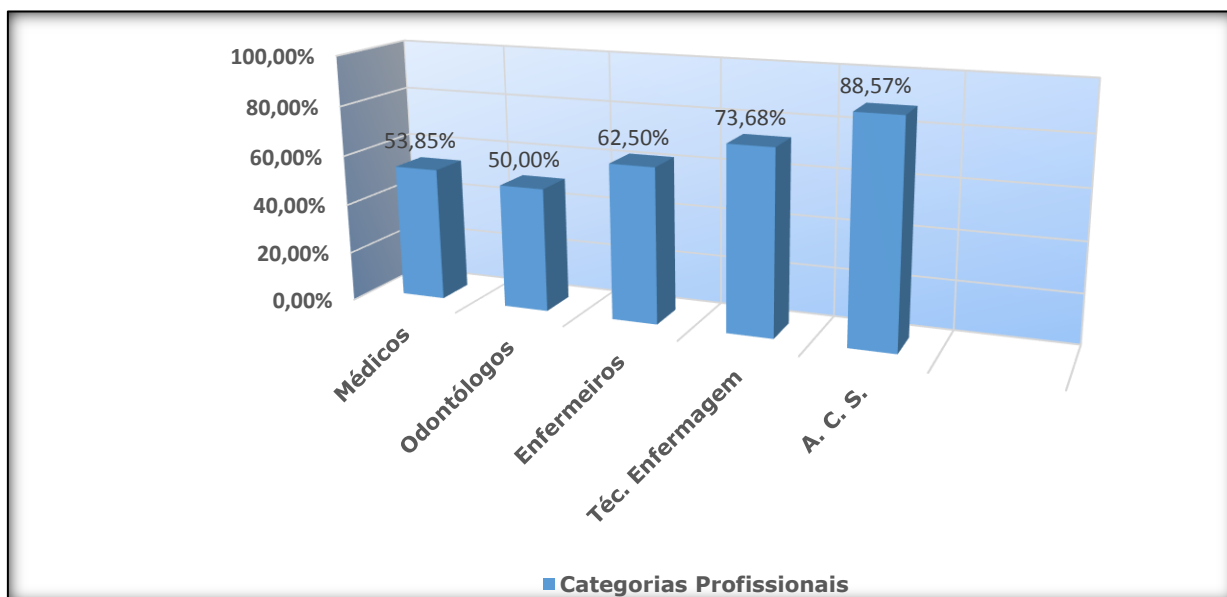
Durante a execução dos trabalhos, realizados na Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA), constatou-se os seguintes achados de auditoria:

3.1 Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais que atuam na Atenção Básica.

Primeiramente, esta equipe de auditoria destaca como evidência deste achado a insuficiência na oferta de capacitações permanentes na área de gestão, além de capacitações assistemáticas, baseadas em projetos e ações isoladas e desalinhadas das necessidades dos profissionais de saúde, comprometendo a efetividade das ações e a relação custo-benefício da aplicação dos recursos, acarretando um desequilíbrio na oferta dos cursos e treinamentos que implica diretamente na garantia e na resolutividade da prestação de serviços, vez que a qualidade da Atenção Primária perpassa pela necessidade de mão-de-obra qualificada.

Outra evidência levantada, por meio de entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados aos profissionais de saúde das UBS visitadas, foi a insuficiência das capacitações oferecidas, conforme dados ilustrados no gráfico abaixo:

Gráfico 06
Percentual de trabalhadores de saúde, por categoria profissional, que consideraram insuficientes as capacitações ofertadas



Fonte: entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados aos profissionais de saúde das UBS visitadas.

Do gráfico acima depreende-se que todas as categorias de profissionais atuantes nas unidades de saúde visitadas destacaram a necessidade de oferta permanentes de cursos/capacitações na área em que atuam, daí considerarem insuficientes as ações de capacitações ofertadas pelas Secretarias Estadual e/ou Municipal de Saúde.

Dentre esses profissionais merece destaque o percentual de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entrevistados, 88,57% deles, consideraram os cursos/capacitações oferecidos como insuficientes o que deixa passível de comprometimento a garantia de uma prestação de serviços adequada, vez que esta categoria profissional funciona como elo entre a UBS e as famílias atendidas em razão do seu contato permanente com a comunidade, por meio das visitas que realizam aos domicílios de sua área de abrangência.

Vale destacar ainda, que cabe aos ACS: orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis nas unidades e trazer à UBS informações sobre as condições de saúde da população assistida. Dessa forma, possuem a responsabilidade de facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe de saúde.

Evidenciou-se também, que os cursos de capacitação destinados a gestão, quando ofertados pela SESPA e/ou SESMA, são intempestivos, deficientes, insuficientes e não atendem as necessidades decorrentes da realidade municipal e regional, bem como de aprimoramento da gestão, com vistas ao enfrentamento dos problemas cotidianos e como parte de estratégia de gestão. De modo semelhante, foi evidenciada as capacitações destinadas aos profissionais de saúde.

Nesse viés, esta equipe de auditores operacionais ressalta que a integralidade deve ser o eixo norteador das capacitações em saúde, vez que na generalidade e na multiprofissionalidade deve estar alicerçada a Educação Permanente em Saúde, e esta por sua vez, não pode ter por base o descontínuismo como por exemplo: treinamentos pontuais e fragmentados.

Os gestores municipais, por meio de questionário, relataram que a articulação entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde, quando ocorre, é deficitária.

Quanto a disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos com vistas a orientar e facilitar o processo de formação e educação permanente dos profissionais da AB, conforme preconiza a PNAB (item 3.3, X) e a Resolução CIT/MS nº 04/2012⁸, os gestores relataram que existe para a área técnica, mas não abrange todas as categorias profissionais e que ao ofertar cursos a SESPA o faz de forma insuficiente, e ainda, gera uma superposição dessas ofertas, ou seja, promove vários cursos ao mesmo tempo, prejudicando o planejamento municipal.

Contrastando com as informações apresentadas acima, a SESPA, por meio da Coordenação de Educação em Saúde, quando questionada pela equipe de auditores operacionais, em visita técnica, sobre a formação e educação permanente dos profissionais de saúde, no período de 2012 a 2014, apresentou um esboço de levantamento, ou melhor, uma planilha, não concluída, dividida por região de saúde⁹, que não contempla, na atenção básica, a Região Metropolitana I, região na qual está incluso o Município de Belém, contendo uma quantidade considerável de capacitações na área não finalística, sem a identificação do período em que foram ou serão realizadas, com conteúdo programático genérico, destinado a atender a um público-alvo amplo e não às especificidades técnicas de cada categoria profissional. Ressalte-se que esse Órgão não disponibilizou o levantamento das necessidades de formação e educação permanente do Estado e do município ora auditado que deram origem a essa planilha, o que vem corroborar com as alegações supracitadas dos profissionais da AB.

A SESPA informou também, que, por intermédio da Escola Técnica do SUS (ETSUS/PA), oferece aos trabalhadores do SUS, alocados nos órgãos de saúde municipais dos diversos níveis de complexidade do sistema, cursos de formação técnica de nível médio, de qualificação profissional e de pós-graduação.

Nesse sentido, destaca-se que a efetividade e o maior valor de uso da educação permanente, na área de saúde, está intimamente ligada à articulação entre Estado e Município, no entanto, observa-se que, neste caso concreto, esta articulação é precária em virtude do desenvolvimento de poucas ações em parceria com o Município de Belém com a finalidade de desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação permanente da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, e destes, quando realizados, não se traduzirem em um cronograma anual de capacitações, parte integrante, do Plano Estadual de Educação Permanente.

Há que se ressaltar que a própria SESPA afirmou que os municípios paraenses, nestes incluso o Município de Belém, não estão encaminhando seus Planos Municipais de Educação Permanente, e que inexistente normativo estabelecendo prazo para citado encaminhamento o que justifica, segundo A SESPA, sua ausência. Ressaltou também, que ainda estão executando o plano anterior que deu origem inicialmente aos recursos recebidos, vez que enquanto estes não forem totalmente utilizados não poderão receber outros recursos, por isso, atualmente está realizando capacitações com base em projetos isolados de difícil aprovação por

⁸ Resolução CIT/MS nº 4, de 19/07/2012, Anexo I, “Item 7.2, que dispõe que cabe ao gestor estadual do SUS, formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e integrar todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação, além de promover a otimização dessa oferta.

⁹ Resolução CIB/PA nº 090, de 12 de junho de 2013, Art. 1º - Repactuar o desenho da Regionalização do Estado do Pará, que passa a ser conformado por 13(treze) Regiões de Saúde/Comissões Inter gestores Regionais, nos termos do anexo desta Resolução.

parte das Comissões Interinstitucionais de Ensino e Serviço (CIES), instâncias regionais responsáveis pelo planejamento regional das ações de educação permanente em saúde.

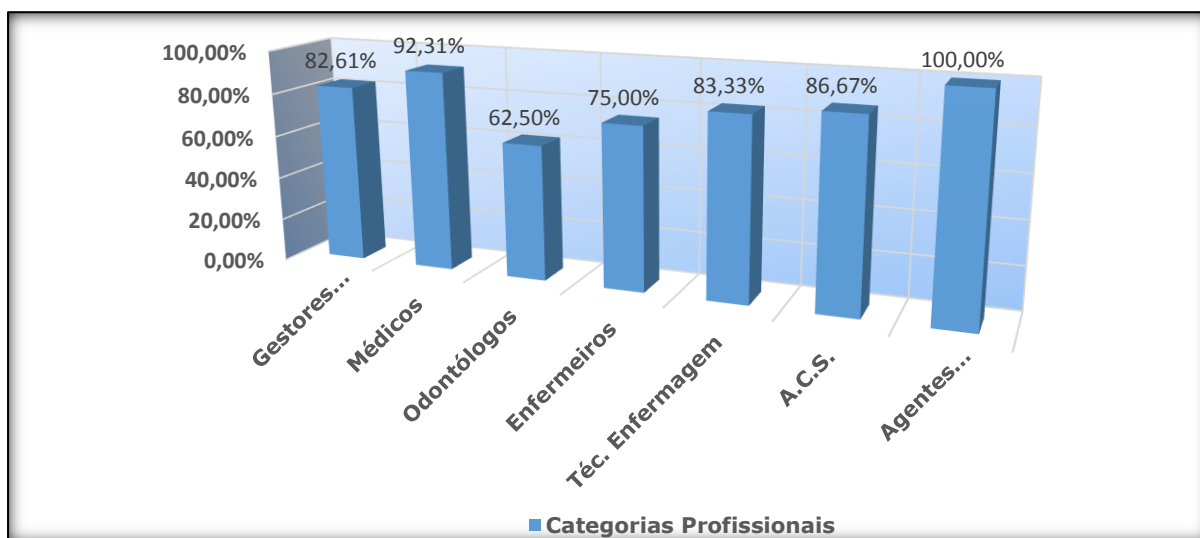
Ante ao exposto, constatou-se fragilidades no processo de articulação entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, comprometendo a execução e impactando negativamente no levantamento/diagnóstico das necessidades de formação/educação permanente, pois a articulação eficiente entre as Secretarias é um atributo fundamental para a elaboração de um diagnóstico preciso das necessidades, promoção e execução de formação/qualificação profissional permanente.

Foi relatado pelo Secretário Municipal de Saúde de Belém nas visitas “*in loco*” a dificuldade que enfrenta por não receber da SESPA, com a antecedência necessária, um cronograma transparente das capacitações que serão ofertados em determinado período. Alegou, ainda, que, atualmente tem tomado conhecimento dos cursos disponibilizados próximo à sua realização, o que o deixa impossibilitado de encaminhar o quantitativo de profissionais que seria realmente necessário, vez que não teve tempo suficiente para programar a dispensa dos técnicos sem comprometer a qualidade do serviço ofertado à população.

Constatou-se também, como evidência, por parte da SESMA, as escassas iniciativas próprias de educação permanente, a realização de capacitações isoladas, descontínuas e desarticuladas do contexto no qual os serviços são prestados, além da concentração de conhecimento em poucas pessoas, as quais, em sua maioria, não atuam na área finalística.

Evidenciou-se por fim, a fragilidade nos procedimentos de identificação das reais necessidades de capacitação dos profissionais e gestores da AB, vez que os cursos são definidos e disponibilizados a partir da capacidade da oferta e não tomam como referência um planejamento pautado na análise situacional e uma programação educativa realizada de forma ascendente, capaz de identificar, formular e priorizar problemas da própria realidade municipal como determina as políticas de saúde (PNAB e PNEPS), essa fragilidade é ratificada, conforme ilustração a seguir, pelo fato dos profissionais de saúde, inclusive a gestão, em todos os seus níveis, não serem consultados sobre quais cursos/capacitações teriam necessidade ou interesse de participar relativo ao desempenho de suas funções cotidianas:

Gráfico 07
Percentual de profissionais de saúde, por categoria profissional, não consultados da necessidade/interesse em realizar cursos ou capacitações



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais de saúde da SESMA.

Corroborando com esses dados eis o relato dos gestores municipais contido às fls. 03 do Processo nº 201509878-00:

“Não há esse levantamento de forma sistemática. As necessidades são levantadas a partir das necessidades apontadas pelas equipes da Atenção Básica e a partir daí é pactuado ação de educação permanente. Porém, não há registro formal. Atualmente a equipe integrada DEAS/NUPS está trabalhando na construção de um instrumento de avaliação baseado no instrumento Amaq/Pmaq que dará um dimensionamento acerca das necessidades de melhorias no processo de trabalho da rede de Atenção Primária, incluindo ações de educação permanente em saúde.”

Há que se ressaltar, que ao serem questionados, por ocasião da realização de suas entrevistas, os gestores municipais, declararam que não realizam levantamento das necessidades de formação e capacitação nas UBS.

Outro aspecto digno de menção é o de que durante a realização dos trabalhos de auditoria foi solicitado ao município, por meio de ofício, o Plano Municipal de Educação Permanente¹⁰, contemplando citadas capacitações e o relato contido às fls. 04 do Processo nº 201509878-00, reforça, portanto, o evidenciado anteriormente. Eis o relato:

“A SESMA ainda não possui o Plano de Educação Permanente em Saúde. Este será implementado por meio de Educação Permanente da SESMA (a ser implantado), que atuará em três eixos: Integração Ensino-serviço-comunidade, análise e acompanhamento de projetos de ensino, pesquisa e extensão e formação e qualificação do servidor”.

Diante desse panorama, restou evidenciado a fragilidade nos procedimentos de identificação de carência de capacitação dos gestores e profissionais envolvidos na Atenção Básica. Procedimentos que deveriam nortear a construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde, em resposta às necessidades do serviço e não é realizado, dificultando, assim, o alcance da eficácia e efetividade plena das capacitações ofertadas tanto pela SES, quanto pela SMS, apontando assim para uma baixa qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica que afeta, consequentemente, a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Desse modo, vê-se constatada a inobservância da sintonia na oferta de educação permanente pré-formatadas com a necessidade e o momento e contexto dos profissionais de saúde como prescreve a diretriz da PNAB, o que as deixa vulneráveis a um baixo valor de uso e pouca efetividade.

Em síntese, todas as evidências encontram abrigo na falta de priorização, por parte da SESMA, em promover a educação permanente aos gestores municipais, em todos os seus níveis, e aos profissionais da Atenção Básica. Todavia, cabe ressaltar que a ausência de informações sistematizadas sobre as necessidades de formação e atualização permanentes em saúde, associada à falta de uma programação local para a sua execução, resulta:

- a) no desconhecimento da demanda de capacitação;
- b) na realização de cursos desalinhados das reais necessidades de saúde;
- c) na baixa qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

¹⁰ Plano Municipal de Educação Permanente é o documento que contempla as necessidades e problemas reais de saúde e as práticas cotidianas das equipes multiprofissionais do município.

- d) na duplicação de desperdício de dinheiro público, ora por meio de realização de capacitações descontínuas e desalinhadas das reais necessidades, ora por tirar os profissionais de seus postos de trabalho para realizarem capacitações que não irão agregar valor para o desempenho de suas funções, ora interfere na continuidade da prestação de serviços de saúde à população deixando-a, temporariamente, desassistida e aumentando os riscos e danos à saúde.

As principais causas que deram origem as evidências acima apresentadas foram:

- a) inexistência de um Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde pautado na realidade local e regional e nas necessidades dos gestores, em todos os níveis, e profissionais da AB, tendo como parte integrante um calendário anual de oferta de cursos de formação e atualização em educação permanente em saúde, alinhado às necessidades apontadas nos instrumentos de planejamento e divulgando a todas as Unidades de Saúde com a antecedência mínima necessária ao planejamento e a liberação para participação dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- b) deficiência na articulação entre as Secretarias Municipal e Estadual na promoção e formação dos gestores e profissionais de saúde da AB, dando origem a uma possível baixa de qualificação técnica dos profissionais que atuam nesse nível de atenção.

Destaque-se também como causa, o deficiente levantamento das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB, visto que a grande maioria dos profissionais de saúde entrevistados relatou que não foi consultado sobre que cursos ou capacitações teriam necessidade ou interesse de participar (vide gráfico 7 acima).

A ausência de diagnóstico e/ou dimensionamento das reais necessidades de qualificação profissional/ capacitação e formação continuada dos gestores e profissionais da AB baseado no perfil epidemiológico municipal, das necessidades locais e regionais, também foi levantada como uma das possíveis causas.

Três foram as principais consequências/efeitos ocasionados:

- a) a baixa qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, comprometendo a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- b) o não atendimento, pelas capacitações ofertadas, das reais necessidades dos gestores e profissionais da Atenção Básica; e
- c) o comprometimento dos princípios e diretrizes preconizados na PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde).

Considerando a evidenciada necessidade de formação e educação permanente dos profissionais de saúde da AB, os agravos em decorrência da realidade socioeconômica e as especificidades do perfil epidemiológico da população e visando aumentar a resolutividade e a qualidade na prestação dos serviços, por meio de mão de obra mais qualificada e consequentemente profissionais mais motivados e valorizados, propõe-se ao Pleno deste Tribunal recomendar à Secretaria de Saúde do Município de Belém:

- Realizar o levantamento ascendente das necessidades de capacitação e formação permanente dos gestores e profissionais da AB, com base nas necessidades locais e regionais;
- Elaborar e manter atualizado o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB;
- Elaborar e implementar o Plano de Educação Permanente em Saúde alinhado ao planejamento municipal e a realidade local e regional, tendo como parte integrante calendário anual de oferta de cursos;

- Realizar ações coordenadas entre a SESPA e a SESMA, por meio dos atores envolvidos no processo (CIB, CIR e CIT e CIES), para discutir, programar e estabelecer, por meio de cronograma, capacitações e formações dos Gestores e profissionais da AB;
- Articular com instituições ensino a participação na elaboração e execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB;
- Promover ações e capacitações continuadas de educação permanente em processos de gestão, visando aperfeiçoar a atuação dos Profissionais da atenção básica, no que diz respeito, por exemplo, a planejamento, M&A, alocação de recursos, gestão do conhecimento, comunicação, gestão de desempenho.

Com a adoção das recomendações suzo citadas que visam acabar e/ou minimizar a necessidade de ações que promovam a capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica esperara-se como benefícios:

- a) a realização de capacitações condizentes com a necessidade dos profissionais da AB e o perfil epidemiológico local e regional;
- b) o aprimoramento na qualificação dos gestores em todos os níveis e profissionais da AB;
- c) o aumento da articulação entre o estado e o município, de forma a prover capacitações mais eficientes e efetivas aos profissionais da área de saúde;
- d) melhorias na qualidade e resolutividade na prestação dos serviços ofertados aos usuários;
- e) possibilitar um maior compartilhamento de experiências de sucesso entre gestores e trabalhadores da saúde; e
- f) redução dos riscos e danos à saúde da população residente no município, vez que são os processos de trabalho realizados nas UBS que garantem a qualidade do cuidado primário.

3.2 Deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho.

Inicialmente cumpre esclarecer que para efeito desta auditoria entende-se alocação como colocação, distribuição de profissionais de saúde para diversos locais ou finalidades e permanência como sendo a retenção/fixação desses trabalhadores na atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atribui às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a responsabilidade de selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais da Atenção Básica, além de promover ações que visem a alocação e permanência desses profissionais de saúde na primeira linha de cuidado, de modo a contemplar todas as características/especificidades desse nível de atenção.

Para o bom funcionamento da política de saúde faz-se necessário a existência, na Secretaria de Saúde, de um mecanismo de gestão de pessoas capaz de promover de forma eficiente e equânime a alocação e a permanência dos profissionais de saúde na Atenção Básica, daí surge a importância da existência de:

- a) diagnóstico para subsidiar essas ações de forma eficiente;
- b) distribuição dos profissionais de acordo com o perfil epidemiológico, realidade socioeconômica da população a ser atendida, bem como as necessidades locais, com vistas a evitar sobrecargas e diminuir a rotatividade;
- c) plano de cargos, carreiras e remuneração (PCCR) específicos para os profissionais da saúde,

de forma a potencializar a permanência de profissionais de saúde em locais de difícil provimento, tais como: zona rural, locais de vulnerabilidade e regiões de difícil acesso: e

- d) considerar a possibilidade de oferecer incentivos salariais que favoreçam a fixação de profissionais nas áreas de difícil provimento, de modo a reduzir o *turnover*¹¹ e aumentar a fixação nas Unidades de Saúde implantadas.

A primeira e principal evidência obtida, por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas aplicados aos profissionais de saúde, durante a realização da auditoria, é a inexistência, na Secretaria Municipal de Saúde de Belém, de levantamento/diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal para o nível de atenção primária, baseado no perfil epidemiológico da população e nos parâmetros estabelecidos pela PNAB.

Contrariando essa evidência, 25% dos gestores municipais de saúde, em suas entrevistas presenciais, afirmaram que dispõem em sua unidade de saúde de sistemas, mecanismos e/ou procedimentos administrativos de levantamento das necessidades de alocação de pessoal, as negativas de atendimento as solicitações efetuadas por esta Equipe de Auditores e a não disponibilização de tais instrumentos de gestão não permitem comprovar o alegado.

Essa constatação é corroborada pelo relato dos gestores municipais contido às fls. 03 do Processo nº 201509878-00:

“... em relação ao diagnóstico da necessidade de alocação de profissionais, conforme especificidades das Unidades de Saúde e de seu território de inserção/atuação, destacamos que está sendo realizado a atualização de instrumento (modelo anexo) capaz de, a partir do padrão de pessoal por tipologia da unidade, permitir a adequação dos serviços ofertados com restabelecimento da capacidade operacional da rede e possibilitando o atendimento do perfil epidemiológico em cada território.”

Desta feita, dados colhidos durante a execução dos trabalhos de Auditoria Operacional ratificaram a inexistência de levantamentos/diagnóstico capazes de promover a alocação dos profissionais de saúde, bem como a insuficiência de ações para incentivar à permanência, ocasionando alta rotatividade desses profissionais e provocando dentre outras consequências, a ausência de equidade na distribuição dos serviços de saúde e redução e/ou estagnação nos índices de cobertura, comprometendo, assim, a qualidade dos serviços prestados pela primeira linha de cuidado.

A segunda evidência observada é a deficiência no planejamento em relação à necessidade de alocação e permanência de profissionais da AB. Essa deficiência somada a terceira evidência que constatou a inexistência de instrumentos/mecanismos e/ou procedimentos administrativos previamente definidos para promover a alocação e permanência dos profissionais desse nível de atenção, de acordo com o perfil epidemiológico, evidenciam a inobservância do fundamento e diretriz da PNAB de adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita¹², garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

¹¹ **Turnover** é uma palavra de origem inglesa que significa “renovação” e que no contexto de Recursos Humanos (RH) é empregada para determinar a taxa média entre admissões e desligamentos em relação ao efetivo médio ou à taxa de substituição de trabalhadores antigos por novos de uma organização. Normalmente, é expressa em termos percentuais. Pode ser também um indicador de saúde organizacional.

¹² De acordo com a PNAB, a adscrição é o processo de vinculação de pessoas. Na Atenção Básica, ocorre entre a comunidade usuária do serviço e os profissionais de saúde, como referência para o cuidado. Na Atenção Básica, onde a prestação dos serviços implica o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, inclusive de seu vínculo para com a equipe de profissionais, pressupõe uma boa equipe de gestão de pessoas para a elaboração de diagnósticos a respeito das necessidades de saúde da população atendida, assim como a expansão da Estratégia Saúde da Família.

Ressalte-se que, por meio da Solicitação Prévia de Auditoria, de 27/08/2014, item 16, foi solicitado Portfólio de ações e iniciativas que visam à alocação e a permanência dos profissionais da AB em seus postos de trabalho (programa de incentivo financeiro, gratificação, e/ou premiação, garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, realização de concurso ou seleção pública para o provimento dos cargos ou empregos, plano de carreira, etc.). Todavia, não foram apresentadas as medidas adotadas pela SESMA para promover a alocação e permanência dos profissionais da AB, tendo sido, tão somente, informado, em item posterior, a realização de concurso público em 2012, sem qualquer detalhamento.

Como quarta evidência, ainda, sob a ótica de quem é responsável pela gestão, constatou-se, de acordo com o relato contido às fls. 04 do Processo nº 201509878-00, que o Município de Belém não possui Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) para incentivar a permanência dos profissionais na Atenção Básica. Importante enfatizar que é crescente o consenso de que a elaboração e implementação do PCCR não pode ser desprezada por nenhuma gestão de Recursos Humanos, vez que sua implantação estabelece uma política salarial eficaz que permite a ascensão profissional dos colaboradores de acordo com suas aptidões e desempenhos, impactando direta e positivamente na permanência/fixação de servidores em seus postos de trabalho.

A Lei nº 8.142/90, que em seu Art. 4º, inciso VI¹³, estabelece que o recebimento regular e automático dos recursos, por parte dos municípios está condicionado a existência de comissão de elaboração do PCCR, com previsão de implantação no prazo de 2 anos, a contar da data da publicação da referida lei e, de acordo com o Parágrafo Único, também desse artigo, o não atendimento implicará na administração dos recursos financeiros pelo Estado, logo o descumprimento desse normativo deixa o município passível de intervenção estadual.

Para obter maiores informações sobre as medidas adotadas pela SESMA com a finalidade de promover a permanência dos profissionais na Atenção Básica foi perguntado, por meio de questionários aplicados aos trabalhadores da saúde por categoria profissional: *Qual a sua forma de contratação?* E obteve-se como resposta:

Tabela 08
Forma de contratação dos trabalhadores de saúde, por categoria profissional

Alternativas/Categorias Profissionais	Gestores %	Médicos %	Odontólog. %	Enferm. %	Téc. Enferm. %	A.C.S.%	Coord. Distritais %
Concurso Público	13,04	30,77	62,50	87,50	57,89	14,29	0,00
Contrato Temporário	17,39	53,85	25,00	12,50	26,32	8,57	0,00
Outros (Cargo Comissionado - DAS/ Processo Seletivo...)	65,22	0,00	12,50	0,00	15,79	77,14	100,00
Não respondeu	4,35	15,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Soma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Questionários aplicados “in loco” aos profissionais de saúde das UBS visitadas.

¹³ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

...

VI Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

O Quadro acima apenas corrobora a constatação de precariedade do vínculo de contratação de 82,61% dos gestores; 53,85% dos médicos; 37,50% dos odontólogos, 12,50% dos enfermeiros; 42,11% dos técnicos de enfermagem; 85,71% dos ACS e 100% dos coordenadores distritais.

Cabe ressaltar que o preenchimento de vagas por meio de concurso público é uma importante medida não só de alocação, mas também de permanência destes profissionais, pois reforça o vínculo do profissional com a Unidade de Saúde.

Como quinta evidência apresenta-se a deficiência dos mecanismos de acompanhamento da rotatividade¹⁴ dos profissionais da AB. Ao serem instados, por meio de questionários, sobre a existência desses, os gestores municipais afirmaram que possuem e que é realizado da seguinte forma:

“O setor de Gestão de Pessoas da Secretaria está dividido estrategicamente em Carteiras responsáveis por questões específicas. A carteira que acompanha a movimentação de pessoal informa aos setores executores as saídas de pessoal e as entradas são informadas pelos setores demandantes e processadas pelo departamento de recursos humanos”

Perguntou-se, em seguida, como esse acompanhamento é realizado e obteve-se como resposta: *“a cada seis meses é encaminhado documento para o gerente da rede para proceder a atualização do quadro funcional.”*

Ante as respostas obtidas identificou-se que a gestão não informou de forma clara quais os mecanismos que utiliza para acompanhar a rotatividade de profissionais da saúde, o que leva esta equipe de auditoria a concluir que o acompanhamento realizado ocorre de forma bastante ineficiente, vez que não foi apresentado levantamento satisfatório do *turnover* dos profissionais que atuam na AB, de modo a identificar o motivo da entrada e saída de profissionais, para facilitar a alocação, bem como não foram apresentados mecanismos que permitam controlar e/ou diminuir a rotatividade e sim, tão somente, a realização de atualizações do quadro de admitidos e demitidos, dificultando, e por vezes impedindo, elaborar medidas eficazes de incentivo à retenção dos profissionais nesse nível de atenção.

A fim de conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o motivo que o levou a trabalhar na atenção básica esta equipe de auditoria, por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas aplicados aos profissionais de saúde, efetuou objetivamente a pergunta: *O que o (a) motivou a trabalhar na atenção básica de saúde deste município?* E obteve como resposta:

Tabela 09
Motivos que levaram os profissionais de saúde a trabalhar na Atenção Básica

Alternativas / Categorias Profissionais	Gestores %	Médicos %	Odontólog. %	Enferm. %	Téc. Enferm. %	A.C.S.%	Coord. Distritais %
Identificação com as propostas das atividades	64,00	35,71	54,55	57,14	52,63	57,14	40,00
Conquista de um emprego	24,00	57,14	45,45	33,33	26,32	42,86	60,00
Valorização Profissional	12,00	7,14	0,00	9,52	10,53	0,00	0,00
Lotação compulsória	0,00	0,00	0,00	0,00	10,53	0,00	0,00
Soma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Questionários aplicados, presencialmente, aos profissionais de saúde das UBS visitadas.

¹⁴ Por Rotatividade entenda-se a relação entre admissões e demissões, isto é, a taxa de substituição de trabalhadores antigos por novos.

Em razão dos dados apresentados, comprovou-se que o fato de se identificarem com as propostas de trabalho da atenção básica é o aspecto mais relevante entre as categorias profissionais entrevistados, exceto para os médicos (57,14%) e coordenadores distritais (60,00%). Isso é muito importante e positivo do ponto de vista da alocação, bem como da permanência.

O segundo aspecto revelador é o percentual considerável de todas as categorias profissionais que só estão na saúde pelo motivo de conquista de um emprego, logo faz-se imprescindível que a SESMA desenvolva, o mais breve possível, um trabalho objetivando potencializar a permanência desses profissionais na AB, principalmente, com a classe médica e coordenador distrital, vez que destes 57,14% e 60,00% respectivamente, podem a qualquer tempo, visando oportunidade de melhoria, se desligar da atenção básica cortando bruscamente o vínculo existente com a população e consequentemente prejudicando a continuidade do cuidado, diretriz traçada pela PNAB.

Para conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre os principais motivos que os manteriam na Atenção Primária esta equipe de auditoria, por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas aplicados aos profissionais de saúde, efetuou objetivamente o seguinte questionamento: *“Quais pontos positivos do seu trabalho o incentivam a permanecer na atenção básica do município? (Pode marcar mais de uma opção)”* E obteve como retorno:

Tabela 10
Fatores motivacionais de permanência dos profissionais de saúde na Atenção Básica

Alternativas / Categorias Profissionais	Gestores %	Médicos %	Odontólog. %	Enferm. %	Téc. Enferm. %	A.C.S. %	Coord. Distritais %
Possibilidade de ser agente de transformação positiva para os indivíduos assistidos	21,90	16,98	14,63	17,24	15,85	24,62	26,09
Reconhecimento advindo de sua valorização pela comunidade	12,38	9,43	9,76	1,72	9,76	10,00	26,09
Vínculo com a comunidade	15,24	13,21	7,32	12,07	10,98	20,77	4,35
Trabalho em equipe	17,14	9,43	12,20	8,62	18,29	14,62	4,35
Remuneração justa	0,00	3,77	2,44	1,72	1,22	0,00	0,00
Adequação do perfil do profissional para atuar na Atenção Básica	12,38	9,43	14,63	20,69	9,76	6,92	13,04
Facilidade de acesso ao local de trabalho	3,81	9,43	7,32	6,90	12,20	12,31	4,35
Segurança do vínculo empregatício	0,00	1,89	4,88	15,52	6,10	0,77	0,00
Boas condições de trabalho na UBS (infraestrutura, recursos humanos, etc.)	2,86	7,55	2,44	3,45	1,22	0,77	0,00
Local seguro	0,00	5,66	4,88	0,00	0,00	0,77	0,00
Proximidade dos grandes centros	1,90	5,66	4,88	1,72	0,00	0,00	0,00
Carga horária exigida adequada	2,86	3,77	9,76	5,17	12,20	3,08	4,35
Estrutura do município (educação, saúde, transporte, lazer, etc.)	0,95	0,00	0,00	1,72	0,00	0,00	0,00
Oportunidades profissionais	8,57	3,77	4,88	3,45	2,44	5,38	17,39
Soma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Questionários aplicados presencialmente aos profissionais de saúde das UBS visitadas.

Diante desse panorama, conclui-se que os pontos positivos de permanência na atenção primária estão muito divididos, logo há um conjunto de situações que incentivam os

profissionais de saúde a permanecerem na Atenção Básica, mas o ponto que mais se destacou foi a possibilidade de ser agente de transformação positiva para os indivíduos assistidos. Esse ponto foi indicado por todas as categorias profissionais, seguido do vínculo com a comunidade, trabalho em equipe, adequação do perfil do profissional para atuar na Atenção Básica e reconhecimento advindo de sua valorização pela comunidade, portanto, os pontos que foram considerados como mais numerosos se reunidos revelam que os profissionais que atuam na Atenção Básica estão comprometidos com a causa e estão dispostos a atuar.

Entretanto, poderão não permanecer se não tiverem o respaldo sob a forma de planejamento e gestão, capacitação e salário, carreira e valorização profissional, conforme se constata no demonstrativo a seguir:

Para conhecer a percepção dos profissionais de saúde quanto aos motivos que os levariam a se desligar da primeira linha de cuidado esta equipe de auditoria, por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas aplicados aos profissionais de saúde, efetuou objetivamente o seguinte pergunta: **“Quais pontos negativos do seu trabalho o levariam a se desligar da atenção básica do município? (Pode marcar mais de uma opção)”**. E obteve como solução para esse questionamento o que segue:

Tabela 11
Fatores desmotivacionais de permanência dos profissionais de saúde na AB

Alternativas / Categorias Profissionais	Gestores %	Médicos %	Odontólog. %	Enferm. %	Téc. Enferm. %	A.C.S. %	Coord. Distritais %
Salário	9,18	20,00	9,09	19,35	11,43	12,88	10,81
Dificuldade no trabalho em equipe	7,14	8,00	0,00	4,84	5,71	2,45	2,70
Falta de reconhecimento no trabalho e de valorização profissional	10,20	10,00	9,09	16,13	20,00	14,72	16,22
Falta de condições de trabalho na UBS (infraest. física, Rec. Hum., medicam., déficit nos instrumentos, etc.)	16,33	20,00	22,73	16,13	18,57	11,66	16,22
Falhas na gestão da Secretaria Municipal de Saúde - SMS	5,10	2,00	9,09	6,45	7,14	13,50	8,11
Falta de incentivo à educação continuada	10,20	8,00	9,09	9,68	11,43	13,50	5,41
Excesso de demanda / sobrecarga de trabalho	7,14	6,00	9,09	4,84	8,57	4,91	13,51
Carga horária excessiva	3,06	4,00	0,00	3,23	0,00	6,13	8,11
Problemas na relação com os usuários (incluindo agressão)	7,14	2,00	4,55	3,23	7,14	3,07	2,70
Falta de compreensão do gestor da equipe e do usuário sobre o modelo de trabalho	3,06	2,00	9,09	4,84	1,43	5,52	5,41
Problemas no sistema de referência e contrarreferência e no suporte técnico	13,27	8,00	4,55	8,06	8,57	11,04	0,00
Distância dos grandes centros	2,04	2,00	4,55	1,61	0,00	0,61	0,00
Falta de estrutura do município (educação, transporte, saúde, lazer, etc.)	6,12	8,00	9,09	1,61	0,00	0,00	2,70
Soma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Questionários aplicados presencialmente aos profissionais de saúde das UBS visitadas.

Depreende-se do demonstrativo acima que os fatores negativos que os levariam a se afastar da primeira linha de cuidado estão muito fragmentados, porém os principais motivos de descontentamento são: a) falta de condições de trabalho na UBS (infraestrutura física, recursos

humanos, medicamentos, déficit nos instrumentos, etc.); b) falta de reconhecimento no trabalho e de valorização profissional e c) salário. Ressalte-se também, que foram feitas numerosas menções para: falta de incentivo à educação continuada; falhas na gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); excesso de demanda/sobrecarga de trabalho e Problemas no sistema de referência e contrarreferência e no suporte técnico, este último foi atribuído maior destaque pelos médicos e Agentes Comunitários de Saúde.

Para que tal situação seja revertida é necessário trabalhar os fatores negativos de descontentamento de modo a atrair novos e fixar os profissionais de saúde existentes que possuem o perfil para trabalhar com a Atenção Primária, que segundo o demonstrativo acima ilustrado representa a maioria das categorias profissionais.

Como sexta evidencia destacamos à insuficiência de EPIs, materiais de expediente, uniforme adequado, meios de transporte, produto de proteção pessoal e equipamentos básicos e necessários para a execução das rotinas diárias dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como por exemplo, balanças portáteis. Citada evidência foi corroborada com a aplicação de questionários a estes profissionais, que em percentual de 51,00%, dos consultados, apontaram essa carência como ponto negativo para a realização de seu trabalho.

Como sétima e última evidencia apresentamos a inexistência de políticas de gestão de pessoas que incentivem a fixação, alocação e permanência de profissionais na AB. Essa evidencia alberga todas as demais, que isoladamente revelaram aspectos importantes que se trabalhados estrategicamente pelos responsáveis da gestão da saúde pública municipal poderá incrementar o binômio estímulo-motivação na relação de trabalho, bem como, servir de lastro nas iniciativas de contratação, alocação e manutenção desses profissionais, dando origem assim a uma política de gestão de pessoas, capaz de melhorar o planejamento e os instrumento de alocação e permanência, bem como controle de rotatividade dos profissionais de saúde que atuam na AB.

Outro atributo desse achado de auditoria que merece ser apresentado são as causas que deram origem a deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho, dentre as quais resumidamente destacamos:

- a) desconhecimento do perfil epidemiológico da população;
- b) falta de ações que promovam a alocação e permanência dos profissionais de saúde na primeira linha de cuidado;
- c) limitação orçamentário-financeira para proporcionar incentivo de permanência aos profissionais de saúde nas regiões de difícil acesso e de alto risco;
- d) baixo apoio e incentivo do Estado e do Governo Federal à alocação e permanência dos profissionais de saúde;
- e) inexistência de Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração – PCCR;
- f) precariedade do vínculo empregatício dos profissionais da Atenção Básica;
- g) falta de valorização dos profissionais da AB.

Detectou-se, assim, como principais efeitos a carência de profissionais, em termos numéricos e qualitativos, na Atenção Básica, prejudicando a resolutividade dos serviços, implicando na baixa cobertura de atendimento, segundo dados do CNES, DAB, DATASUS e ofícios de requisição a SESMA; e a sobrecarga de trabalho, em algumas UBS, em razão do desconhecimento do perfil epidemiológico da população atendida o que gera elevada demanda

pelos serviços de saúde. Agravada pela elevada rotatividade de profissionais da AB, com consequente descontinuidade de ações, dificultando o estabelecimento do vínculo preconizado pela PNAB.

Outras consequências a se destacar é a baixa resolutividade e a dificuldade de acesso, pela população, aos serviços da Atenção Básica.

Ante ao exposto, conclui-se que a grande maioria das demandas, que deveriam ser resolvidas nessa primeira linha de cuidado, acabam por sobrecarregar a rede de saúde nos níveis de média e alta complexidade.

Objetivando atacar a origem dos problemas detectados, esta equipe de auditores operacionais sugere ao Pleno desta Corte de Contas que recomende à Secretaria de Saúde do Município de Belém:

- Realizar levantamento (diagnóstico) das necessidades de alocação de pessoal da AB, considerando o perfil epidemiológico, a população coberta por equipe e a composição das equipes multiprofissionais;
- Desenvolver ações que promovam a permanência e valorização dos profissionais na AB, tais como: concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração; incentivos por resultado da equipe; melhores condições de trabalho (EPIs, materiais, equipamentos, transporte, insumos, infraestrutura);
- Criar ferramentas destinadas ao controle do *turnover* dos profissionais da Atenção Básica.

Com a implementação dessas recomendações espera-se melhorias na distribuição e constituição das Equipes de Atenção Básica, em conformidade com as diretrizes da PNAB, resultando na ampliação do acesso aos serviços de saúde, nas condições de trabalho e nos serviços prestados à população atendida na primeira linha de cuidado, aumentando dessa forma a cobertura da AB à população e fortalecendo o vínculo dos profissionais de saúde com os usuários, permitindo assim, o desenvolvimento de um trabalho contínuo e resolutivo.

4. Eixo de Investigação: Planejamento, seus achados e recomendações de auditoria:

A Constituição Federal de 1988, estabeleceu em seu art.165, o Sistema de Planejamento vigente no País, adotando um modelo orçamentário composto de três instrumentos: Plano Plurianual (PPA)¹⁵, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)¹⁶ e Lei Orçamento Anual (LOA)¹⁷, estabelecidos por força de lei de iniciativa do Poder Executivo, articulando-o com os orçamentos anuais e com os instrumentos de controle fiscal, possibilitando à sociedade o conhecimento sobre o que o governo faz, por que faz, como faz e os efeitos de sua ação na sociedade, decorrendo daí um plano e orçamento orientados para resultado.

O exercício da função do planejamento é um dever do Estado, tendo caráter determinante para o setor público e indicativo para o setor privado, conforme verifica-se na Carta Magna de 1988:

“Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado”. (Negrito nosso)

Nesse mesmo sentido, registra-se as legislações infraconstitucionais que contém diversos dispositivos atinentes à matéria, que vêm corroborar com essa linha de raciocínio, tais como: a Lei nº 8.080/90, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/ 2011, que dispõem, dentre outros assuntos, sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, merecendo destaque o Art. 15 do citado Decreto com seus respectivos parágrafos que estabelecem:

*“Art. 15. O processo de planejamento da saúde será **ascendente e integrado, do nível local até o federal**, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.*

*§ 1º O planejamento da saúde é **obrigatório para os entes públicos** e será **indutor de políticas para a iniciativa privada**.*

*§ 2º A **compatibilização de que trata o caput** será **efetuada no âmbito dos planos de saúde**, os quais serão **resultado do planejamento integrado dos entes federativos**, e deverão conter metas de saúde.*

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.” (Negrito nosso).

Ressalte-se que o Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), editou em 2009 um documento que contém o referencial teórico para o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Nessa época, foi recomendado que os gestores das esferas estadual e municipal adotassem esse documento como base para elaborar os respectivos planos de saúde. Contudo, cabe salientar que o PlanejaSUS não apresenta recomendações sobre as formas de identificação das necessidades da população.

¹⁵ PPA: estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, em médio e longo prazo e possui vigência de quatro anos.

¹⁶ LDO: enuncia as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte, sua vigência é anual.

¹⁷ LOA: estima a receita e fixa a programação das despesas para o exercício financeiro, sua vigência é anual.

Nessa mesma linha destaca-se a Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o § 1º do Art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe:

“O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.”

Frise-se, ainda, a Portaria GM/MS 2.135/2013, que dispõe em seu art. 1º, inciso “IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas. ”

Destarte, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), por meio de publicação adverte que a lógica para decidir que serviços oferecer deve ser pautada nas necessidades da população e nos resultados possíveis de serem alcançados, pois só assim o planejamento será capaz de permitir que a gestão da saúde ocorra de forma ordenada e dotada de recursos suficientes para atender as demandas da população usuária.

Cotejando esses e outros normativos observou-se a preocupação do legislador em apresentar o Planejamento, como uma ferramenta de gestão, que visa subsidiar a tomada de decisão, corrigir o processo de trabalho, permitindo reduzir as incertezas e orientar os rumos a seguir, estabelecendo dessa forma, um processo contínuo de análise da realidade, baseado em informações precisas e transparentes, de avaliação dos resultados esperados, para a formulação dos planos regionais e setoriais.

Ante aos critérios acima apresentados constata-se que o planejamento em saúde deve ser elaborado de forma ascendente e integrada, orientado a partir da descrição geográfica, distribuição dos recursos e a identificação das ações e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde - SUS e pela iniciativa privada, gerando como produto, o Mapa da Saúde, logo o levantamento das necessidades locais de saúde é requisito indispensável para subsidiar a elaboração do Mapa da Saúde, ferramenta orientadora do processo de planejamento (conforme estabelece o art. 17 do Decreto nº 7.508/2011).

O Mapa da Saúde, por sua vez, é uma ferramenta que será utilizada para apontar, geograficamente, a distribuição de recursos humanos e das ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema, contribuindo para nortear o planejamento integrado dos entes federativos no estabelecimento de metas de saúde a serem alcançadas, a fim de identificar e priorizar os principais problemas que estão afetando a condição de saúde da população residente no município, até chegar ao seu ponto culminante, qual seja, a materialização no Plano de Saúde.

Cumprir informar que o planejamento da Saúde no Município de Belém se materializa com a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Com base nos critérios orientadores preconizados na legislação acima apresentada esta equipe de auditores operacionais conduzirá a avaliação dos trabalhos no eixo Planejamento por meio da seguinte questão de auditoria: **O Processo de Planejamento da Atenção Básica (AB) reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde?**

Essa questão será investigada por meio das duas subquestões a seguir apresentadas:

- a) O planejamento das ações municipais voltadas à Atenção Básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?
- b) A Secretaria Municipal de Saúde de Belém atua para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

Durante a execução dos trabalhos, constatou-se os seguintes achados de auditoria:

4.1 Incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na Atenção Básica.

Primeiramente, necessário esclarecer a existência de várias e diversificadas formas de se captar, consolidar e sistematizar a identificação das necessidades de saúde da população, mas é sabido também que cabe ao Gestor estabelecer padrões ou requisitos, ou ainda, diretrizes a serem observadas nesse processo de levantamento, mais ainda, que este deverá levar em conta elementos como indicadores epidemiológicos, dados demográficos e socioeconômicos, além e principalmente, da vocalização dos usuários do SUS, captadas pelos profissionais de saúde que os atendem diretamente nos moldes que dispõe o art. 17 do Decreto nº 7.508/2011.

A primeira e principal evidência obtida, durante a realização da auditoria, é a inexistência, na Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), de estudos e informações para identificar as necessidades de saúde da população na atenção básica;

Citada inexistência pode ser constatada por meio do Processo 201509878-00, de 08/07/2015, que encaminha o Ofício nº 2043/2015-GABS/SESMA/PMB, de 07/07/2015, do Secretário Municipal de Saúde, que relata no item 7, que o levantamento das necessidades de saúde da população:

“É feito pelas áreas técnicas que se utilizam da realidade de cada território, repassados pelas equipes que atuam na atenção primária. São utilizados ainda, para esse levantamento, os vários sistemas de informações ministeriais. A partir desse levantamento são desencadeadas ações que vão desde intervenções pontuais à implantação de serviço com o fim de atender a demanda gerada.”

Por meio dos Processos 201509612-00, de 02/07/2015 e 201509818-00, de 07/07/2015, o então Secretário de Saúde em resposta ao questionamento desta equipe da auditoria sobre o assunto informa igualmente:

“Já com relação ao levantamento das necessidades de saúde da população e sua metodologia adotada, especifica-se que a coordenação do departamento de Atenção à Saúde (DEAS) desta SESMA está a pouco tempo sobre nova gestão, e para tanto, não conseguiu realizar um levantamento detalhado do método apreendido em questão”.

Esse relato evidencia que o método utilizado para identificar as necessidades de saúde da população varia significativamente de uma UBS para outra, vez que cada uma destas utiliza métodos próprios e não se baseia em normas, padrões ou orientações predefinidas e evidencia também, que as demandas da atenção básica não são consideradas para fins de definição da oferta de serviços.

Ressalte-se ainda, que por meio do Processo nº 201410381-00, itens 27 e 28, respectivamente, foi solicitado a SESMA estudos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde para identificação das necessidades de saúde relacionadas a atenção básica e normativos e documentos técnicos elaborados pela SESMA estabelecendo os requisitos e os procedimentos para o levantamento das necessidades de saúde na atenção básica. Ambas as solicitações não

foram atendidas, nem tão pouco foram efetuadas qualquer outra referência que viesse de encontro ao apresentado no parágrafo anterior.

Neste mesmo sentido, apresenta-se o relato de um gestor de UBS que diz:

“A participação das equipes de saúde no levantamento das necessidades não é constante; o que deveria ser; pois a periodicidade se dá mais com os diretores de departamento e não com os gerentes o que é um erro; pois estamos na ponta.”

Por todo o exposto, constata-se que o levantamento das necessidades de saúde da população na atenção básica, quando realizado não é baseado em perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários do SUS, e é feito de forma muito fragmentado, sem metodologia única formal e sistematizada.

Outra evidência constatada, foi a ausência de contribuição da SESPA no levantamento das necessidades de saúde da população e no processo de planejamento do Município em relação à Atenção Básica.

Essa evidência foi constatada por meio da entrevista semiestruturada realizada com os gestores da saúde, face a negatividade das respostas para as seguintes perguntas: *a SES participa ou contribui no processo de planejamento do município em relação a atenção básica? Existe articulação entre a SES e a SMS no processo de planejamento da AB?*

Importante frisar que a articulação entre os Municípios e o Estado e entre este e a União é primordial para: a) a identificação das reais necessidades de saúde da população; b) haver harmonia e integração nos planejamentos dos entes federados; e c) tornar efetivo o planejamento municipal, estadual e federal em saúde. Articulação esta que a equipe de auditoria não observou em suas constatações.

Destarte, destaca o Anexo I, item 1.2, letra “f”, Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS) nº 04, de 19/07/2012, que responsabiliza a SESPA, como gestora estadual do SUS, em realizar o reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios para que possam fazer o mesmo nos seus territórios.

Por intermédio das entrevistas semiestruturadas evidenciou-se ainda, que Gestores da AB e das UBS não participam da elaboração, e ainda, desconhecem os principais instrumentos de planejamento em saúde, merecendo destaque os relatos: *“desconhecemos, é feito a nível central da SESMA, as unidades desconhecem suas metas”* e *“é feito via secretaria”*.

E por desconhecerem confundem os instrumentos de planejamento em saúde com campanhas dos programas da AB, a título exemplificativo cita-se os relatos:

“Existe calendário planejado anualmente para ser trabalhado: - semana do idoso, hiperdia, - semana da mulher, - semana do bebê, - outubro rosa, - outubro azul, - são trabalhados com população.”

“calendário vacinal programação anual, referencias as datas alusivas como semana do bebê, idoso, mulher, homem, hiperdia, procuramos valorizar e realizar a semana.”

Associado a essa evidência, constata-se por meio de observação direta o apoio precário da SESMA às UBS para a identificação das necessidades de saúde da população, bem como para elaboração dos instrumentos de planejamento. Isso indica a necessidade de atuação do gestor municipal em apoiar as UBS no processo de identificação dessas necessidades, em especial no que concerne à disponibilização de padrões, requisitos e diretrizes para o

levantamento, bem como na efetiva participação destes na elaboração dos instrumentos de planejamento.

Evidenciou-se ainda, a precariedade no levantamento, tratamento e na utilização das informações coletadas junto aos usuários, seja por meio de caixas coletoras ou ouvidoria municipal de saúde como subsídio ao planejamento e aperfeiçoamento dos serviços ofertados na Atenção Básica.

Citada precariedade foi corroborada, na medida em que não foi atendida a solicitação efetuada por meio do Processo 201410381-00 (Solicitação Prévia de Auditoria) que requereu a remessa dos processos de pesquisa e análise de satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde prestados no âmbito da AB, assim como, não foram remetidos os relatórios elaborados pela ouvidoria relativos a consolidação das demandas realizadas pelos usuários referentes aos exercícios 2012, 2013 e 2014 (Ofício 005/2015/NAOP/TCM/PA).

Cumprir citar, a título de exemplo, as respostas oferecidas pelo gestor por meio de questionário sobre citado assunto:

Tabela 12
Principais fontes/informações utilizadas no levantamento das necessidades de saúde da população

"Pergunta 6 - Quais as principais fontes/informações utilizadas para realizar o levantamento das necessidades de saúde? (Pode marcar mais de uma opção)"

(x)	Conferências de Saúde
(x)	Atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde
()	Pesquisa de satisfação do usuário (qual instrumento de pesquisa de opinião?)
(x)	Dados dos sistemas de informação
(x)	Indicadores de Saúde
(x)	Dados Epidemiológicos
()	Equipes de saúde das UBS
()	Outras fontes, as quais você poderá listar a seguir:

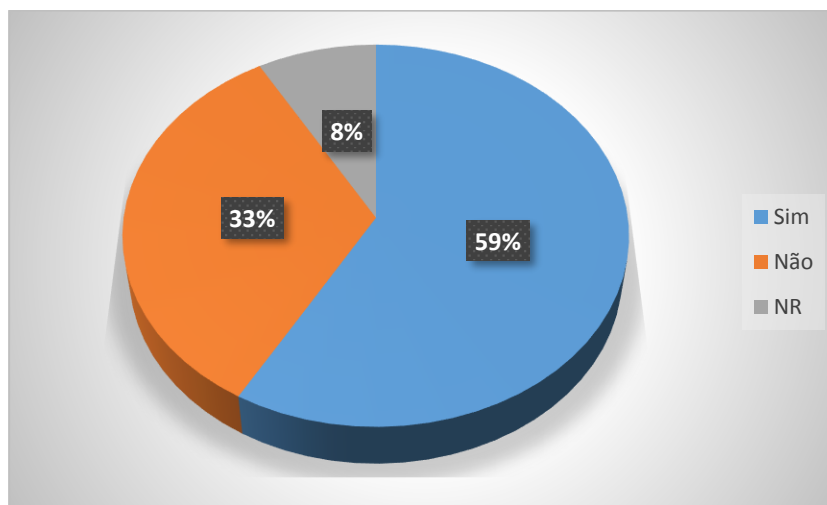
Fonte: Questionário aplicado ao gestor de saúde.

Esses dados apontam que dentre as opções oferecidas na questão: a pesquisa de satisfação do usuário e a avaliação das equipes de saúde das UBS, não foram consideradas como principais fontes/informações utilizadas, pelo Município de Belém, para o levantamento das necessidades de saúde da população, conforme prevê o Decreto 7.508/2011 em art. 15 e §§.

Registre-se que a participação da comunidade na gestão do SUS se dá com a representação de duas instâncias colegiadas: Conferência Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, meio preferencial pelo qual as demandas dos usuários deveriam ser consideradas no planejamento municipal.

Entretanto, há que se pôr em relevo que essas representações, neste caso concreto, ocorrem de maneira muito frágil, vez que se evidenciou, por meio das entrevistas semiestruturadas realizadas no CMS, a baixa participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no processo de planejamento municipal e no controle das ações da AB, comprometendo portanto, a aplicação do Art. 36 da Lei nº 8.080/1990, tendo em vista a inobservância ao princípio da ascendência no processo de planejamento de saúde da Atenção Básica e a pouca participação do CMS, como órgão deliberativo do SUS na gestão municipal, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 08
Participação dos Conselheiros de Saúde no Planejamento Municipal da Atenção Básica



Fonte: Questionários aplicados presencialmente aos Conselheiros de saúde.

Registre-se que o Conselho de Saúde tem caráter permanente, deliberativo e constitui uma forma de representação popular, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Todavia, cabe salientar que a baixa aplicabilidade dessa ferramenta pelos diversos níveis de gestão da saúde no município, tem contribuído sobremaneira para a baixa resolutividade dos programas da A.B.

Esta equipe de auditores reconhece que a identificação das necessidades de saúde da população, pode ser realizada por meio de relatórios de conferências de saúde (municipais, estaduais e/ou federais), por pesquisa encomendada, por fóruns e/ou eventos com tal propósito, por visitas e entrevistas, etc., mas ressalta que a existência de padrões, requisitos, ou melhor, de forma única de identificação, bem como de sistematização das atividades anteriormente citadas em um único documento é fundamental para nortear o processo de levantamento dessas necessidades e então servir de subsídio para o planejamento das ações em saúde.

Outrossim, ressalte-se que o levantamento municipal das necessidades de saúde, materializado no Mapa de Saúde é quem deve orientar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, consoante disposto no art. 3º da Portaria GM/MS nº 2.135/2013, pois só assim este último refletirá a tradução das reais necessidades e terá a qualidade necessária para a sua efetividade. Todavia, foi observado que, no caso concreto do Município de Belém, os gestores de saúde não dispõem de orientações gerais, padrões, requisitos e diretrizes para o levantamento de necessidades de saúde da população de seu município, verifica-se, portanto, a necessidade de elaboração de um conjunto de orientações e recomendações que norteiem esse processo, sob pena de comprometimento da qualidade dos planos de saúde, além da baixa otimização dos recursos disponíveis.

Os dados acima apresentados apontam deficiências no processo de levantamento de necessidades de saúde da população. Essas evidências tiveram como causas os fatores que seguem:

- a) inexistência de metodologia única e formal para elaborar e atualizar o levantamento das necessidades de saúde da população na atenção básica, contribuindo para inconsistência do

planejamento e consequentemente, para a baixa resolutividade dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde;

- b) baixa articulação entre Secretaria Estadual e Secretaria Municipal de Saúde na orientação e apoio para a identificação das necessidades de saúde da população e na elaboração do processo de planejamento em saúde, acarretando riscos quanto a desarmonia e desintegração dos instrumentos de planejamento e a inadequação e consequentemente a insuficiência dos recursos utilizados na AB;
- c) baixo apoio da SESMA às UBS para o levantamento das necessidades de saúde da população e para o planejamento da saúde, resultando na insuficiência da prestação de serviços em algumas unidades e ausência em outras, comprometendo o atendimento às reais necessidades de saúde da população;
- d) deficiência nos mecanismos de comunicação entre usuários e as UBS e estas e a SESMA, essa deficiência compromete a aplicação do Art. 36 da Lei nº 8.080/1990, tendo em vista a inobservância ao princípio da ascendência no processo de planejamento de saúde da Atenção Básica, conforme relatado anteriormente;
- e) baixa participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no processo de planejamento municipal e controle das ações de saúde da AB, em desacordo com o que estabelece a PNAB, corroborando, por conseguinte, para a ocorrência de restrições orçamentárias e financeiras, bem como a baixa qualidade dos serviços prestados ao público alvo.

Como consequências do incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população e sua respectiva tradução nos planos de saúde, no Município de Belém, podemos destacar:

- a) planejamento incipiente não refletindo a real necessidade de atendimento das demandas de saúde da população;
- b) baixa resolutividade da atenção básica;
- c) alto risco de alocação inadequada dos recursos;
- d) baixa participação dos profissionais da Atenção Básica no processo de planejamento municipal;
- e) baixa efetividade na atuação e na participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no processo de planejamento e no controle das ações de saúde da Atenção Básica, comprometendo o controle social exercido pelo Conselho;
- f) baixa participação popular no processo de planejamento.

Em vista do que foi relatado neste tópico, onde ficou constatado a deficiência do levantamento das reais necessidades de saúde da população e da prestação dos serviços de Atenção Básica, comprometendo significativamente a qualidade da prestação dos serviços da AB à população e a alocação inadequada de recursos: financeiros, materiais e humanos, esta equipe de AOP propõe ao Pleno desta Corte de Contas recomendar a SESMA:

- estabelecer padrões, requisitos e diretrizes baseados em indicadores epidemiológicos, dados demográficos, socioeconômicos e informações prestadas pelas equipes de saúde a serem observadas no processo de levantamento das necessidades de saúde da população;
- viabilizar a participação dos profissionais da AB no processo de planejamento municipal;
- aperfeiçoar os canais de comunicação existentes entre usuários e as UBS e estas e a SMS de modo que as necessidades dos usuários sejam contempladas no planejamento;

- promover cursos de capacitação permanente aos membros do conselho de saúde para melhorar o desenvolvimento de suas atribuições.

Com a adoção das recomendações acima citadas, que visam possibilitar a identificação das reais necessidades locais de modo a subsidiar o planejamento municipal de saúde e otimizar os recursos disponíveis esperara-se como benefícios: a) consistência do planejamento com as necessidades locais, de modo a possibilitar o atendimento às reais necessidades de saúde da população; b) aumentar a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica a saúde, satisfazendo a necessidade do usuário; e c) implementar ações da Atenção Básica, com a consequente ampliação e melhoria do acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica.

4.2 Deficiências no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

Inicialmente, destaca-se que a integralidade dos serviços de saúde prevista no art. 198, II, da Constituição Federal de 1988, bem como no art. 7º da Lei nº 8.080/1990, nos remete a um conjunto articulado e contínuo de ações e de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema.

O art. 15, XVIII, da mesma Lei estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, a atribuição de promover a articulação da política e dos planos de saúde.

Destaca-se também, que a Atenção Básica é a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora e centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁸. Esse nível de atenção, gestor do cuidado integral do usuário, deve articular os profissionais e serviços da rede, dando continuidade ao trabalho inicialmente realizado, conforme prevê a PNAB em seu item 2 e incisos, que trata dos Princípios e Diretrizes da Atenção Primária.

Nessa linha de raciocínio, vê-se a atenção básica como uma ponte entre os diferentes níveis de atenção a fim de garantir a integralidade da atenção aos usuários dentro do sistema de saúde, daí a importância do Mapa de Saúde, documento que contém a descrição da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, logo o conhecimento prévio, por parte da AB, sobre a distribuição da oferta de média e alta complexidade tem papel essencial na organização e articulação da rede de atenção e no planejamento integrado das instâncias de gestão.

As necessidades dos usuários podem e devem ser atendidas em diferentes serviços e rotinas na primeira linha de cuidado, sendo esse processo chamado de referência. Os usuários atendidos em outros serviços e estabelecimentos de saúde, outros níveis de atenção, devem ser encaminhados para a AB para a continuidade do tratamento, a isso chamamos contrarreferência.

Nesse sentido, destaca-se o papel da ação regulatória, como elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, bem como da relação entre esses serviços, que deve ser iniciada na Atenção Primária. Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um

¹⁸ Rede de Atenção à Saúde – RAS, segundo definição da Portaria/MS nº 4.279/2010 são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada.

Considerando, a importância da Atenção Básica que representa o início (porta de entrada), o meio (referência) e o fim da atenção à saúde da população, esta equipe de auditores operacionais concentrou seus esforços nesse processo e evidenciou:

- 1) incipiente articulação entre a atenção básica e os demais níveis de complexidade de saúde;
- 2) insuficiência de mecanismos que estabeleçam a articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção;
- 3) insuficiência de referência e a inexistência de contrarreferência para os demais níveis de atenção à saúde;
- 4) infraestrutura de TI existente nas Unidades Municipais de Saúde de Belém é insuficiente e inadequada para atender o fluxo de referência e contrarreferência.
- 5) inexistência de fluxograma estabelecendo o processo de referência e contrarreferência;
- 6) utilização parcial do protocolo de atendimento dos programas da AB, ensejando o excesso de encaminhamento para média e alta complexidade e induzindo o Município a oferecer ou contratar da rede particular outros níveis de atenção, dificultando assim, a otimização dos recursos municipais.

As evidências acima relacionadas encontram sustentação no questionário aplicado junto aos médicos, vez que ao se fazer as perguntas: *“Quando o paciente necessita da média e alta complexidade, a UBS encaminha para regulação? Qual o profissional da UBS que acompanha? E de que forma ocorre o acompanhamento pela UBS da referência e contra referência? (Acompanhamento da resolutividade, o que se consegue resolver de exames, consultas especializadas, cirurgias eletivas, etc.)”* obteve-se várias e diversas respostas sempre no mesmo sentido, qual seja: a de que o processo de referência e contrarreferência não funciona a contento. A título de exemplo citamos as seguintes respostas:

“Sim, médica e enfermeira. Há muita dificuldade em relação à resolutividade (tempo de espera pra tudo, ex. Cirurgias, etc...) aliado a poucos profissionais principalmente em determinadas especialidades (neuro, endócrino, alergista, etc”, e ainda: “Sim, normalmente há muita dificuldade com pacientes encaminhados a determinadas especialidades médicas, pois, pelo sistema de referência e contrarreferência há grande demora, segundo os próprios pacientes, para a realização da consulta com o especialista”.

Os gestores das UBS, por meio de questionários, corroboraram com as afirmativas dos médicos, exemplo:

“1- Sim, 2- quando acontece um enfermeiro ou Téc. De Enfermagem. 3- Nem todas as vezes o paciente é acompanhado com referência - contrarreferência. Quanto aos exames, consultas especializadas as soluções são razoáveis mais ainda temos demandas reprimidas em algumas especialidades ex: neuro, cardio, ortopedia, urologia.... As cirurgias eletivas o tempo de espera é razoável.”

Os enfermeiros se manifestaram no mesmo sentido, a título de exemplo transcreve-se uma citação:

“A UBS, recebe a guia do usuário, consultas especializadas são agendadas no SISREG e os exames especializados são enviados para a regulação (DERE). Observamos que 80% dos consultados são referenciados para média

complexidade, demonstrando uma deficiência na resolutividade, acredito que a rapidez das consultas, contribua para essa conduta. Acredito que muitos exames são até desnecessários.”

Os usuários das UBS visitadas, por meio de questionário, mencionaram a insuficiência e/ou dificuldades para agendamento de consultas e exames especializados, e ainda, admitem ausência e/ou insuficiência de contrarreferenciamento, exemplificando:

“precisei de ultrassom quando estava no 4º. mês de gravidez e só me agendaram 5 meses depois (eu já tinha feito particular)”

“esperamos cardiologista mais de 3 meses, dizem que há duas vagas para especialista por mês”.

Constata-se, portanto, a inexistência de fluxograma estabelecendo o processo de referência e contrarreferência e a utilização parcial do protocolo de atendimento dos programas da AB.

No mesmo sentido, se manifestou a Gestão Superior ao responder que é reduzida a oferta de parte das consultas especializadas e de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediátrico, leitos clínicos e cirúrgicos, e que a SESMA não dispõe de dados/indicadores que controlem o tempo médio de retorno dos pacientes à UBS após referenciamento (pacientes encaminhados tanto para média quanto para alta complexidade), e ainda, ao ser instado a se manifestar quanto ao registro de contrarreferência respondeu por meio da questão 25 do questionário encaminhado ao Gestor:

Tabela 13
Visão do Gestor sobre registro de contrarreferência

“Pergunta 25 - **Após o encaminhamento** do paciente da atenção básica para outros níveis de atenção à saúde (média e alta complexidade), há **registro de contrarreferência**?
() Sim (x) Não

SE não, quais seriam os principais motivos para não existir registro de contrarreferência?”

(x)	Ausência de fluxos de referência e contrarreferência
(x)	Desconhecimento da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde
()	Falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações
()	Falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas centrais de regulação
(x)	Falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de referência
()	Outros motivos, os quais você poderá listar a seguir:

Fonte: Questionário aplicado ao Secretário Municipal de Saúde e gestores da AB.

Conforme demonstrado, as respostas apresentadas indicam que os profissionais que atuam na saúde, nos três níveis de atenção, não têm a prática de registrar a referência e a contrarreferência, e por vezes, alegam a ausência de fluxo, ratificando assim, as evidências inicialmente apontadas por esta equipe de trabalho de que existem deficiências no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

Ademais, concorre para esse raciocínio a percepção do Gestor sobre o processo de referência e contrarreferência, encaminhada em atendimento à Solicitação Prévia de Auditoria (Processo nº 201410381-00) de 27 de agosto de 2014, e ao Ofício nº 005/2015/NAOPO/TCM/PA, de 15 de junho de 2015, que requereu informações, esclarecimentos e documentos capazes de ratificar as alegações supra e obteve, por meio do Ofício nº 903/2015-GABS/SESMA/PMB (Processo nº 201504531-00, vol. 002/002, pg. 27 e 28) o seguinte retorno:

“Constatação 31. *Dados sobre referência, contrarreferência e regulação (exemplo: tempo de espera, especialidade, região).*

Informamos que o Município de Belém é referência na Programação Pactuada Integrada – PPI, para os 143 Municípios deste Estado em média e alta complexidade ambulatorial e Hospitalar.

Quanto ao tempo de espera solicitado temos consultas especializadas em que vivenciamos as (três) situações: em que a oferta é superior e suficiente para atender as demandas pactuadas e apresentadas pelos municípios, em outra que é inferior e em algumas especialidades que não se possui oferta.

Para esse atendimento o município conta com uma rede de serviço de saúde própria, contratualizada e credenciada ao SUS municipal. Conforme anexo.”

Constatação 32: *Identificação pelos gestores municipais de saúde e profissionais das centrais de regulação, se houver, sobre as dificuldades na referência e contra referência nas redes de atenção à saúde;*

Constatação 33: *Relação de acordos firmados entre Ministérios da saúde e com a Secretaria Estadual. Com o Ministério da Saúde desconhecemos acordos. Com a Secretaria Estadual este município mantém Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos que encontra-se em fase de revisão.”*

Quanto a infraestrutura de TI existente nas Unidades Municipais de Saúde do Município de Belém constatou-se que é insuficiente e inadequada para atender o fluxo de referência e contrarreferência. No caso das Unidades de Saúde da Família, pela insuficiência/falta de estrutura de TI (ver item 5.3 deste Relatório), o referenciamento não é realizado por meio do sistema informatizado, são utilizados formulários impressos que são levados pelos agentes administrativos das unidades para agendamento no Departamento de Regulação (DERE) para serem incluídos no sistema, numa periodicidade irregular.

A título de exemplo cita-se relatos dos gerentes das unidades que ao serem questionados sobre: *Como ocorre a verificação do processo de encaminhamento dos usuários para a realização de consultas e exames especializados e internações?* alegam:

“A médica solicita o referenciamento, o agente administrativo leva os formulários uma vez por mês e recebe os referenciamentos, muitas vezes o departamento de regulação solicita que o agente vá até o setor buscar referenciamentos. O agente administrativo avisa os ACS's utilizando seu próprio telefone celular, e não recebe créditos da SMS.”

“O médico encaminha o paciente, de 15 em 15 dias, os formulários são enviados a DERE. O DERE só registra as solicitações atendidas.”

Ante os relatos acima citados, evidencia-se a insuficiência de mecanismos que estabeleçam a articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, bem como a desordenação do fluxo de acesso dos atendimentos especializados e a ausência de registro da demanda reprimida.

O sistema informatizado, para ser efetivo, deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com a Programação Pactuada e Integrada (PPI), com o Cartão Nacional de Saúde (CNS), com o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos Complexos Reguladores.

Importante se faz registrar, a pouca disseminação do sistema informatizado de referência e contrarreferência nas UBS do Município de Belém, o que constitui uma das

principais dificuldades para dar efetividade ao referenciamento, de modo a garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos de necessidade dos usuários e de disponibilidade da oferta, subsidiando a autorização e agendamento do procedimento, por quota ou reserva técnica, ou ainda, encaminhamento para a fila de espera.

Os profissionais de saúde apontam a necessidade de implantação e implementação de sistema informatizado capaz de realizar a socialização das informações sobre o atendimento prestado nos diferentes níveis de atenção e assim agilizar o fluxo e contrafluxo do usuário na rede de atenção à saúde, além de garantir a transparência do processo, seja para o próprio usuário, para a sociedade e para os profissionais da saúde.

Diante do exposto, esta equipe técnica conclui que existem deficiências nos processos de referenciamento e contrarreferenciamento entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, em especial no que concerne: a) incipiente articulação entre os diferentes níveis de complexidade de saúde, b) insuficiência de referência e inexistência de contra referência para as unidades de origem, e c) insuficiência e inadequação de sistema informatizado para atender o fluxo de referência e contra referência.

Assim sendo, verifica-se a existência de riscos para a manutenção da integralidade dos serviços e da continuidade do cuidado. Esses riscos ameaçam a efetividade não só da AB, mas também dos demais níveis de atenção (média e alta complexidades), diminuindo a capacidade resolutive do atendimento, vez que induzem os municípios a destinarem recursos para mais de um nível de atenção em detrimento a sua competência residual de organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica dentro do seu território como disciplina a PNAB.

Outrossim, esta equipe reconhece que a articulação dos pontos de atenção em rede é um dos processos mais complexos na construção de um sistema de saúde e que a operacionalização desse sistema perpassa pela identificação das necessidades primordiais da população-alvo, pelo planejamento e programação dessas ações, pela execução e avaliação permanente. Todavia, ressalta que cabe aos gestores regular o sistema, de forma a evitar gastos desnecessários e intervir, sempre que for necessário, para gerar um resultado efetivamente positivo integrando todo o cuidado com a saúde.

Dentre as principais causas que deram origem ao achado acima apresentado, destaca-se a baixa capacidade da gestão municipal em estabelecer mecanismos facilitadores da articulação entre os diferentes níveis de atenção e a oferta dos serviços pactuados, compatibilizando os instrumentos de planejamento em saúde, Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e um Relatório Anual de Gestão (RAG).

Identifica-se, ainda, como causa a inexistência de protocolo municipal, operacional e clínico, normatizador e padronizador da regulação dos procedimentos em saúde, que associado a precariedade dos instrumentos de pactuação e a não efetivação do COAP¹⁹, como um instrumento substituto, contribuem para o enfraquecimento do papel da AB como coordenadora do cuidado à saúde.

Outra causa levantada é a ausência de prática de registro da contrarreferência por parte dos profissionais da média e alta complexidade, decorrente, dentre outros fatores, da resistência destes em utilizá-lo ou do desconhecimento, da maioria, da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

¹⁹ COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública que consiste em um acordo de colaboração firmados entre os três entes federativos, por meio de pactuação regionalizada dos serviços públicos de saúde nos diversos níveis de atenção, configurando uma relevante contribuição para o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência mais efetivos.

Cabe ressaltar a questão dos usuários, que pela cultura voltada para serviços especializados (especialistas e hospitais) ou que na busca espontânea por resolutividade em outros níveis de complexidade dificultam a continuidade no cuidado e o adequado acompanhamento a saúde.

As deficiências dos sistemas informatizados que dificultam a articulação e o controle do atendimento dos usuários, também foi levantada como causa, vez que impedem a socialização das informações sobre o atendimento prestado aos usuários nos diferentes pontos de atenção, bloqueando o controle e permitindo que pacientes se percam na rede ou que sejam realizados exames mais de uma vez, em um curto período de tempo, sem necessidade, onerando o Estado.

Outro atributo desse achado de auditoria são os efeitos decorrentes das deficiências no processo de referência e contrarreferência, dentre os quais cita-se:

- a) baixa oferta de serviços na AB e a limitada oferta de exames e consultas especializadas;
- b) dificuldade de acesso dos usuários aos serviços e procedimentos de saúde em seus diferentes níveis;
- c) aumento das demandas judiciais para o acesso aos serviços de média e alta complexidade;
- d) inadequação dos serviços prestado na AB;
- e) sobrecarga de serviços de média e alta complexidade, face ao elevado atendimento de demanda espontânea dos usuários da AB; e por fim
- f) comprometimento do fluxo de informações de referência e contrarreferência.
- g) prejuízo para a continuidade do cuidado dos pacientes, enfraquecendo o papel da Atenção Básica como coordenadora do cuidado à saúde;
- h) desconhecimento por parte dos gestores quanto ao grau de resolutividade da AB.

Ante aos dados apresentados que constatarem a existência de sérias deficiências no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção comprometendo significativamente a continuidade do cuidado e onerando os cofres do Estado, esta equipe de auditores operacionais, com vista a estabelecer padrões adequados de acesso, resolutividade e excelência na qualidade da prestação de serviços propõe ao Pleno desta Corte de Contas recomendar a SESMA:

- elaborar e implementar fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência) que facilitem a articulação entre os diferentes níveis de atenção e assegure a organização das redes assistenciais, de modo a proporcionar a agilidade e resolutividade no atendimento o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde pelos usuários;
- elaborar e implementar normas que institucionalizem o preenchimento de referência e contrarreferência;
- elaboração e implementação do protocolo de regulação municipal;

Com a implementação das recomendações suzo citadas espera-se aperfeiçoar os mecanismos de articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, integrando as ferramentas de referência e contrarreferência, reduzindo portanto, o encaminhamento para média e alta complexidade de modo a aumentar e melhorar a distribuição da capacidade instalada de alta e média complexidade e dessa forma otimizar os recursos e controlar do acesso e ofertas da rede de serviços, reduzindo judicialização da saúde e aumentando a resolutividade na AB.

5. Eixo de Investigação: Monitoramento e Avaliação, seus achados e recomendações de auditoria

O monitoramento, também conhecido como avaliação em processo, consiste em um processo permanente de coleta, análise e sistematização de informações destinadas a realizar o acompanhamento de uma política, programa ou projeto. É uma ferramenta utilizada para intervir no curso de um programa, corrigindo sua concepção, constituindo-se, assim, em um exame contínuo dos processos, produtos, resultados e dos impactos das ações realizadas.

O monitoramento tem por função gerar informações relevantes quanto à execução dos programas de governo, visando: aprimorar a gestão dos programas, promovendo a aprendizagem organizacional; auxiliar a tomada de decisão; prestar contas à sociedade; subsidiar as avaliações dos programas e planos de governo.

A realização de um bom monitoramento requer alguns requisitos, tais como: equipes com funções e competências definidas para exercer o monitoramento; investimentos em tecnologias apropriadas - sistemas; metodologia definida; definição de gerentes de programas; normatização do processo (fluxos, reuniões periódicas, padronização de relatórios); compromisso dos níveis estratégicos e técnicos com o processo; mecanismos de divulgação e utilização das informações geradas pelo monitoramento; apropriação dos resultados do monitoramento no replanejamento das ações.

A avaliação, por sua vez, é uma ferramenta que contribui para integrar as atividades do ciclo de gestão pública. A avaliação, com base em dados levantados pelo monitoramento, afere o desempenho de uma política/programa/projeto de acordo com critérios preestabelecidos (economicidade, eficácia, eficiência, efetividade, sustentabilidade, dentre outros) e deve estar presente, como componente estratégico, desde o planejamento e formulação de uma intervenção, sua implementação (os consequentes ajustes a serem adotados) até as decisões sobre sua manutenção, aperfeiçoamento, mudança de rumo ou interrupção, indo até o controle.

Espera-se, por intermédio dessas duas ferramentas de gestão, que as ações definidas sejam desenvolvidas de forma a obter os resultados esperados no prazo previsto. Ressalte-se, que é necessário mensurar os efeitos imediatos dessas ações, para isso devem ser definidos e monitorados indicadores relacionados aos processos, resultados e efeitos das atividades desempenhadas pela gestão.

Diante da relevância das ações de monitoramento e avaliação para a gestão pública, um dos grandes desafios para instâncias gestoras do SUS, desde a sua criação, está na institucionalização da cultura do Monitoramento e Avaliação (M&A) nas três esferas de gestão do SUS (União, Estados e Municípios) com o objetivo de garantir a qualidade da atenção prestada aos seus usuários nos três níveis de atenção à saúde - atenção básica, média e alta complexidade.

No dizer de Eronildo Felisberto (2003)²⁰:

“Entendendo Institucionalização enquanto incorporação da avaliação à rotina dos serviços, estamos assumindo a necessidade do fortalecimento e/ou desenvolvimento de capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, para adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos

²⁰FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife 4 (3): 317-321, jul./set., 2004.

envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa).

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva com o objetivo de qualificar a atenção básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.”

Vê-se, assim, que o registro, sistematização e análise das informações produzidas é processo central para a gestão dos processos de trabalho, na medida em que possibilita a apropriação e discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente na prática das equipes, aponta fragilidades e potencialidades da rede e revela questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

As informações produzidas a partir das ações de saúde devem ter valor de uso para todos os atores envolvidos no processo, para os gestores (municipal, estadual e federal), as informações são essenciais na tomada de decisão, na avaliação da efetividade e impacto da política e na prestação de contas à sociedade, para as equipes e gerentes das unidades de saúde a produção/sistematização/análise das informações é fundamental para avaliar o próprio processo de trabalho em aspectos como: resolutividade, abrangência, integração em equipe, integração com a rede de atenção à saúde, perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários, etc.

No contexto da Atenção Básica, os processos avaliativos devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. A avaliação torna-se efetiva quando permite a esses atores identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas, com o objetivo de verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de Atenção Básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

A Lei Federal 8.080/90, dispõe em seu art. 15, Incisos I a III, que compete a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em seu âmbito administrativo: definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliar e fiscalizar as ações e serviços de saúde; acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e as condições ambientais; e organizar e coordenar o sistema de informação de saúde.

O art. 18, Inciso I do mesmo normativo estabelece como competência da direção municipal do SUS planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), determina que os três entes federados devem planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica, bem como estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados, como parte do processo de planejamento e programação. Entre os principais objetivos do M&A da Atenção Básica, destacam-se:

- a) desenvolver e fortalecer a capacidade técnica e operacional em monitoramento e avaliação e qualificar o processo decisório entre os gestores públicos de saúde;
- b) produzir e publicizar as informações sobre M&A da Atenção, bem como definir critérios para a seleção dos indicadores a serem monitorados e avaliados;

- c) atender às demandas oriundas dos órgãos de controle interno e externo, e de outras esferas e instâncias, com vista ao planejamento, à gestão de processos de trabalho e à busca da melhoria do funcionamento da Atenção Básica nos municípios;
- d) promover a qualificação dos processos de pactuação de metas, do monitoramento de indicadores da Atenção Básica e da utilização de sistemas de informação enquanto ferramenta de gestão.

Diante do exposto, e considerando que em inúmeros trabalhos de auditoria anteriormente realizados por órgãos de controle interno e externo brasileiros foram identificados que existem vulnerabilidades na gestão municipal da Atenção Básica decorrentes de fragilidades no processo de M&A, considerando, ainda, que o foco deste trabalho se concentrará nas práticas de gestão, que podem ser entendidas como causas dessas fragilidades, na fase de planejamento da Auditoria foi estabelecida a seguinte questão de auditoria: **O Município de Belém possui estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?**

Em vista dos critérios definidos pela auditoria, referida questão subdividiu-se em três subquestões:

- a) A Secretaria Municipal de Saúde de Belém possui estrutura e equipe técnica específica e suficiente para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica?
- b) A Secretaria Municipal de Saúde de Belém possui e utiliza indicadores para realizar o monitoramento e a avaliação e esses indicadores permitem uma adequada avaliação da atenção básica de modo a contribuir para o aprimoramento da gestão? E
- c) A Secretaria Municipal de Saúde de Belém possui estrutura de TI para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica?

Durante a execução dos trabalhos de auditoria realizados na Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA), identificou-se os achados a seguir descritos:

5.1 Fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, decorrentes da inexistência de equipe técnica específica e deficiências na estrutura para esse fim

O processo de monitoramento e avaliação da situação de saúde da população e da gestão passa pela sensibilização de sua importância e pela disponibilização de pessoal capacitado para coordenar e executar tal tarefa, bem como de estrutura física, recursos humanos e materiais.

Diante desta perspectiva a Equipe de AOP analisou as ações de M&A da AB realizadas pela SESMA, com base nas evidências a seguir demonstradas.

O ponto central investigado referiu-se à existência de uma equipe técnica específica e exclusiva com o objetivo de coordenar todo o processo de monitoramento e avaliação da AB, disponibilizar metodologia, orientação e apoio técnico, organizar as informações resultantes do monitoramento e promover a articulação com a equipe responsável pela implementação das ações por meio de sistema informatizado e de comunicação direta.

Com o objetivo de verificar a existência formal de um setor/equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de M&A da AB, a Equipe de Auditores Operacionais, analisou a estrutura administrativa da SESMA disposta no Decreto nº 42.498-A-PMB, de 05 de agosto de 2004 e observou a existência de dois setores que tem como uma de suas competências a realização de atividades de M&A das ações de saúde no município de Belém, a saber: Núcleo de Assessoria em Promoção a Saúde (NUPS) e o Departamento de Ações em Saúde (DEAS).

Compete ao NUPS: **a) planejar, coordenar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas sob a forma de políticas estratégicas de saúde no âmbito municipal e b) desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações programáticas estratégicas.** Subordinadas ao NUPS tem-se as Referências Técnicas, que são responsáveis, entre outras atribuições, **em planejar, coordenar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas sob a forma de políticas setoriais de saúde e desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações programáticas setoriais de saúde.** São elas: Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Política de Medicamentos, Saúde da Criança e do Adolescente, DST/AIDS, Tuberculose e Hanseníase, Política do Idoso, Nutricional, Diagnóstico Laboratorial, Humanização, Políticas de Combate à Morbimortalidade por Acidente.

Cabe ao Departamento de Ações em Saúde (DEAS), entre outras atribuições: **a) coordenar, planejar, executar, controlar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito municipal, participando da formulação e implementação da política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS; b) organizar as Unidades Municipais de Saúde; c) estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde; d) promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica.** Subordinado hierarquicamente ao DEAS tem-se a Divisão de Atenção Básica, que tem como uma de suas atribuições: **condensar, avaliar e disponibilizar os indicadores de saúde por distrito, trimestralmente, alimentando principalmente os de atenção básica preconizado pelo MS.**

Ligado ao DEAS/Divisão Atenção Básica existem seis (6) Coordenações Distritais de Saúde, a saber: Mosqueiro (DAMOS), Sacramenta (DASAC), Bengui (DABEN), Guamá (DAGUA), Entroncamento (DAENT), Icoaraci/Outeiro (DAICO/DAOUT). Essas coordenações distritais são responsáveis em supervisionar e prestar apoio administrativo aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde Municipais e Casas Família sob sua jurisdição e tem entre outras atribuições: **avaliar os indicadores de saúde de cada distrito, indicando as medidas de correção de distorções, inclusive com alteração do processo de trabalho e necessidade de capacitação.**

Instada a se manifestar a respeito da existência de equipe específica e exclusiva para realizar o M&A da AB, a SESMA, por intermédio dos Ofícios nº 1962/2015-GABS/SESMA/PMB e nº 2043/2015-GABS/SESMA/PMB informou que não há uma equipe específica e exclusiva para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços ofertados e do desempenho das equipes de saúde da atenção básica. Segundo a SESMA, o acompanhamento é realizado pelo NUPS, por meio de suas referências técnicas, que reconhecem as necessidades de saúde de cada território através de visitas aos serviços, de demandas oriundas das equipes que atuam nesses serviços, demandas das comunidades e avaliação dos indicadores dos diversos sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

A Diretora do DEAS, ao ser questionada sobre como a SESMA realiza o M&A dos indicadores da Atenção Básica informou o seguinte: o monitoramento é realizado mediante a avaliação das metas pactuadas na Programação Anual de Saúde (PAS); a avaliação da AB é feita quadrimestralmente e o seu resultado é apresentado primeiramente ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), e posteriormente à Câmara Municipal e a população em Audiência Pública. Foi informado, ainda, que o setor responsável em elaborar o Plano Municipal de Saúde, os relatórios quadrimestrais de avaliação e o Relatório Anual de Gestão (RAG) é o Núcleo de Assessoria em Planejamento (NUSP).

Entretanto, há que se pôr em relevo que a participação do CMS se dá de maneira muito frágil, vez que se evidenciou, por meio das entrevistas semiestruturadas realizadas no

CMS, a baixa participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no controle das ações da AB, além da pouca participação do CMS, como órgão deliberativo do SUS na gestão municipal.

As seis (6) coordenadoras distritais de saúde, gerentes e enfermeiros responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde (UMS e USF), nas entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados, informaram que a avaliação dos indicadores de saúde é realizada pelo NUPS, por meio de suas referências técnicas.

No questionário aplicado aos responsáveis pelas coordenações distritais foi questionado se era realizado o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde das UBS por distrito, conforme estabelece o Decreto nº 42.498-A-PMB, quatro (4) profissionais informaram que fazem o acompanhamento da produtividade dos profissionais e das equipes de saúde da família em relação ao alcance das metas pactuadas com o Ministério da Saúde (número de consultas, número de visitas domiciliares, cobertura vacinal, quantitativo de exames de PCCU realizados, etc.). Duas (2) coordenadoras distritais informaram que não fazem a avaliação dos indicadores em razão da indisponibilidade de tempo ocasionada pela sobrecarga de trabalho.

Verificou-se, ainda, que as atribuições de fato realizadas pelas coordenações distritais de saúde na supervisão das UBS envolvem: avaliar os agendamentos e quantitativo das consultas médicas e de enfermagem; supervisionar o livro de registro de ponto e avaliar o boletim de frequência pessoal; registrar as reclamações/sugestões por parte dos usuários em relação aos serviços prestados na UBS; avaliar as condições da estrutura física das UBS; reunião com as lideranças comunitárias; supervisionar a execução dos programas. As atribuições administrativas desenvolvidas são: realizar a busca e avaliação de imóveis para locação e construção de USF; análise de processos oriundos do Ministério Público e de outras demandas judiciais; elaborar e digitar memorandos, ofícios, relatórios e afins; solicitar distrato e contratação de servidores, analisar processo de licença, solicitações e requerimentos dos servidores das USF.

Assim, vê-se, que o acompanhamento do resultado dos indicadores de saúde não está sendo realizado pelo DEAS, através da Divisão da Atenção Básica/Coordenações Distritais de Saúde, conforme determina o instrumento legal. Ressalte-se, ainda, que o acompanhamento de indicadores realizada pelo NUPS, por intermédio de suas Referências Técnicas ocorre de forma fragmentada, vez que cada Referência monitora tão somente os indicadores referentes a sua especificidade, não havendo uma avaliação dos indicadores de saúde por distrito e UBS, para que se possa conhecer e atuar sobre os problemas de saúde que mais afetam a população de cada área, evidenciando portanto, a inadequação da estrutura organizacional da SESMA instituída pelo Decreto nº 42.498-A-PMB para desenvolvimentos das ações de M&A da AB.

Constatou-se, ainda, à inexistência de normativos definindo a sistemática de M&A da AB, especificando os mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático do resultado das avaliações dos indicadores de saúde e de gestão. Nesse sentido, foi solicitado a SESMA em 27/08/2014 por meio de Solicitação Prévia de Auditoria a remessa de normativos definindo a sistemática de M&A da AB, onde estivessem estabelecidos a metodologia e os mecanismos de controle para o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, conforme disciplina a PNAB. Como não houve manifestação do auditado, em 27/02/2015 foi feita a reiteração da Solicitação Prévia de Auditoria. Em 04/03/2015 e em 12/03/2015, a SESMA, por meio dos Ofícios nº 718/2015-GABS/SESMA/PMB e nº 903/2015-GABS/SESMA/PMB, encaminhou parte dos documentos e informações solicitadas. Na documentação enviada a esta Corte de Contas não houve manifestação expressa, nem tão pouco a remessa desses normativos.

Foi avaliado também, como uma das etapas do processo de monitoramento e avaliação, a realização de reuniões periódicas entre a gestão, coordenação e equipes/profissionais da AB, visto ser primordial para conhecer e discutir os resultados parciais das metas pactuadas, os benefícios obtidos e desafios colocados à sua consecução.

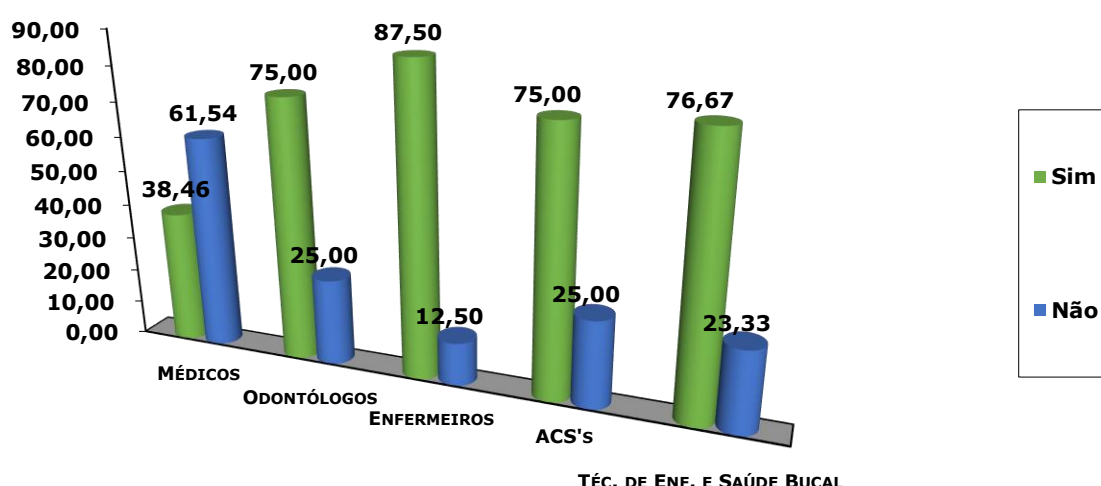
Por meio do Ofício nº 005/2015/NAOP/TCM/PA solicitou-se que a SESMA informasse o seguinte: a) se o resultado do monitoramento e a avaliação é apresentado e analisado com as equipes da atenção básica que atuam nas UBS, e b) qual a frequência da realização da análise conjunta. Não houve qualquer manifestação da SESMA quando aos questionamentos efetuados pela equipe de Auditoria.

Nas visitas “*in loco*” realizadas em dez (10) Unidades Básicas de Saúde, sendo seis (6) Unidades Municipais de Saúde (unidades de saúde tradicionais) e quatro (4) Unidades de Saúde da Família, os gerentes e enfermeiros responsáveis, respectivamente foram questionados acerca da realização de reuniões com a gestão da SESMA para apresentação dos resultados da avaliação dos indicadores de saúde da atenção básica e discussão das causas e possíveis soluções, onde relatou-se o seguinte:

- 1) as coordenadoras distritais fazem visitas nas Unidades e reúnem com os enfermeiros responsáveis para: verificar as necessidades das Unidades no que tange à estrutura física, materiais e insumos; problemas funcionais de servidores; registro de ponto, produtividade dos profissionais das equipes, entre outros;
- 2) nas reuniões realizadas com a direção da SESMA os assuntos tratados se restringem: informações sobre a realização de ações de saúde como a Semana do Idoso, Semana da Criança, por exemplo; questões administrativas; disponibilidade de capacitações; novas diretrizes dos programas federais; não alcance das metas nos programas federais; falta de medicamentos, etc;

Foi perguntado aos profissionais das equipes de saúde da AB sobre a realização de reuniões entre os responsáveis pelas Unidades Básicas e as equipes de saúde e a participação desses profissionais em reuniões de equipe promovidas pelos seus gestores, verificou-se que o profissional de saúde que tem menor percentual de participação nessas reuniões é o médico (38,46%) conforme demonstra a tabela abaixo.

Gráfico 09
% Percentual de Reuniões Realizadas entre Gestor da UBS e Equipe de Saúde



Fonte: Questionários aplicados aos profissionais de saúde da AB.

A maioria dos profissionais de saúde informaram que sua participação nas reuniões com os gestores das UBS ocorre mensalmente e bimestralmente, porém, chama a atenção o considerável percentual de odontólogos e técnicos de enfermagem/saúde bucal que participam semestralmente, anualmente e em período superior a um ano.

Tabela 14
% Frequência de Reuniões Realizadas entre Gestor da UBS e Equipe de Saúde

PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Mensal	Bimestral	Semestral	Anual	Acima de um ano
Médicos	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00
Odontólogos	20,00	40,00	0,00	20,00	20,00
Enfermeiros	25,00	37,50	25,00	0,00	12,50
ACS	75,47	9,43	11,32	3,77	0,00
Técnicos Enfermagem e Saúde Bucal	29,41	17,65	23,53	11,76	17,65

Fonte: Questionários aplicados aos profissionais de saúde da AB.

Cabe enfatizar, ainda, que o processo de supervisão e avaliação da AB, para ser efetivo, deve ser sistemático, com previsão da periodicidade e agenda pré-definida, realizada em reuniões envolvendo os coordenadores de saúde e todos os integrantes das equipes de saúde, na medida em que é uma oportunidade para reflexão conjunta dos problemas e as possibilidades de solução, que levam a revisão dos processos de trabalho e redefinição das atividades, num processo de aprendizagem e de comprometimento de todos os envolvidos. Nesse processo, deve-se sempre por em relevo que avaliar uma ação não significa culpar alguém por algo que saiu “errado”, mas trata-se de uma análise de acertos e erros, fortalezas e fraquezas, limitações, com o objetivo não apenas de cobrar resultados, mas sim buscar, de forma conjunta, o aperfeiçoamento da ação e melhores resultados.

Outro ponto analisado, refere-se à elaboração de relatórios periódicos de monitoramento, visto que o produto do monitoramento deverá ser disponibilizado em relatórios gerenciais detalhados contendo informações do processo de desempenho quantitativo e qualitativo não só das ações de saúde realizadas, mas também da gestão da AB e esses relatórios constituirão insumos para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG)²¹, que é a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município.

Diante disso, foram solicitados à SESMA relatórios de monitoramento e avaliação da AB referentes ao exercício de 2013 e 2014. Na documentação encaminhada a esta Corte de Contas consta o envio somente do Relatório de Monitoramento das Ações Programadas para a AB em 2013 (constante do *cd rom* encaminhado junto a documentação enviada). Todavia, esse Relatório, elaborado pelo Núcleo Setorial de Planejamento (NUSP) informa apenas as ações previstas, as metas programadas e as metas realizadas, trata-se, portanto, de uma visão apenas quantitativa, não havendo uma avaliação qualitativa, expondo as causas e consequências do não cumprimento de 50% das ações programadas para AB.

Em reunião entre a equipe de AOP e a direção do DEAS, Divisão da Atenção Básica, Núcleo de Planejamento (NUSP), NUPS e suas Referências Técnicas, a Equipe de AOP informou a não remessa da documentação solicitada, razão pela qual foram feitos alguns questionamentos referentes a elaboração de relatórios de avaliação da gestão e dos resultados alcançados pela AB que subsidiariam a elaboração do Relatório Anual de Gestão, bem como a realização de reuniões entre a gestão, coordenação e equipes/profissionais da AB para

²¹O Relatório de Gestão é o instrumento da gestão do SUS, constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, e tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, nas três esferas de direção do Sistema, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde.

apresentação dos resultados evidenciados pelo monitoramento da AB. Primeiramente, foi informado a equipe de AOP que o NUSP, responsável em elaborar os relatórios trimestrais e o Relatório Anual de Gestão se reúne com as referências técnicas para obter informações que subsidiam a elaboração dos relatórios retromencionados. Foi informado, ainda, que não são elaborados relatórios gerenciais de avaliação da gestão, bem como não são feitas as atas das reuniões realizadas pelos diversos setores da SESMA, o registro das reuniões é feito tão somente por meio de listas de presença.

Outro fato observado refere-se a deficiente articulação e comunicação entre os vários departamentos da SESMA (NUSP, NUPS e suas Referências Técnicas, DEAS, Divisão de Atenção Básica, Coordenações Distritais de Saúde e equipes de saúde das UBS) no que tange às ações de monitoramento e avaliação da AB. Constatou-se o seguinte:

O resultado do acompanhamento dos indicadores de saúde da AB realizada pelas Referências Técnicas do NUPS não é repassado de forma sistematizada às coordenações distritais de saúde, que somente têm acesso às informações quando fazem a solicitação ao NUPS, o que dificulta o cumprimento de uma de suas atribuições estabelecidas pelo Decreto nº 42.498-A-PMB, qual seja, indicar aos responsáveis pela gerência das Unidades Básicas de Saúde e às equipes de saúde sob a sua jurisdição as medidas de correção de distorções, procedendo, inclusive, a alteração do processo de trabalho e apontando a necessidade de capacitação. O resultado do acompanhamento dos indicadores de saúde somente é repassado quando este aponta para o não alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando ocorre alguma intercorrência grave de saúde nas Unidades Básicas envolvendo a falta de atendimento aos usuários, ou quando são veiculadas notícias pela mídia do precário atendimento oferecido aos usuários. Verificou-se, que na maioria das vezes as informações são repassadas diretamente aos gerentes das UMS e às enfermeiras responsáveis pelas USF sem que haja a comunicação prévia às coordenações distritais.

A comunicação com a gestão superior (DEAS, NUPS e suas referências técnicas) são realizadas diretamente, via telefone, através de um aplicativo para mensagens e memorandos on-line, todavia a comunicação é deficiente, vez que alguns memorandos chegam atrasados, em decorrência de dificuldades de acesso à internet que é restrito e cheio de entraves.

Quanto à disponibilização dos resultados obtidos por meio do monitoramento e avaliação da Atenção Básica, a Diretora do DEAS informou, por meio de questionário, que esses resultados são apresentados anualmente no Relatório Anual de Gestão, disponibilizado no site oficial do Ministério da Saúde, no Sistema SARGSUS²².

Ressalte-se que os profissionais de saúde que atuam na AB, os gerentes responsáveis pelas UMS e os enfermeiros responsáveis pelas USF relataram que desconhecem os Relatórios de Gestão elaborados pela SESMA.

Quanto à estrutura física, recursos humanos e materiais para a realização das atividades de M&A da AB, por parte das coordenações distritais constatou-se ser deficiente, face as seguintes evidências:

- a) Disponibilização insuficiente de transporte para o deslocamento até as UBS, principalmente naquelas Unidades que pertencem aos Distritos mais distantes como Mosqueiro, Icoaraci e Outeiro, que só conseguem fazer visitas nas Unidades uma ou duas vezes por semana, quando há disponibilidade de veículo, e, dessa forma, a supervisão fica prejudicada, vez que necessita visitar três Unidades por dia e dispõe de pouco tempo, em torno de quarenta e cinco

²² O SargSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde.

minutos, para tentar resolver os problemas de cada Unidade. Foi informado que a SESMA dispõe de cinco veículos para atender todo o DEAS, com prioridade de utilização para as coordenações distritais, todavia, se houver necessidade de pelo menos três das seis coordenações distritais se deslocarem as Unidades não haverá veículo disponível para todas.

- b) Falta de pessoal administrativo, de estrutura física e de equipamentos para os coordenadores distritais realizarem todas as atribuições que são de sua competência, vez que a coordenação distrital é composta somente da pessoa do coordenador e não há na estrutura física da SESMA um local destinado às coordenações distritais, por esta razão as visitas as USF/UMS quando ocorrem, geralmente são realizadas pela manhã e o período da tarde é reservado ao trabalho administrativo (responder as demandas judiciais, elaborar e digitar ofícios e memorandos, participar de reuniões sobre os diversos programas da saúde, entre outros.
- c) Entre as dificuldades relatadas nos questionários aplicados aos coordenadores distritais para o desenvolvimento de suas atribuições evidenciou-se: disponibilidade insuficiente de transporte; falta de reconhecimento do papel do coordenador distrital; ausência de manuais e/ou normativos que norteiem o funcionamento das coordenações distritais; dificuldade de logística de supervisão aos distritos; falta de uma equipe estruturada para a coordenação distrital; dificuldades de comunicação entre os departamentos da SESMA.

Pelas evidências expostas acima, constatou-se sérias deficiências no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, que são corroboradas pelo próprio órgão auditado que apontou na Programação Anual de Saúde referente ao exercício de 2013 encaminhado a este TCM/PA (Processo nº 201504054-00) como ponto fraco no diagnóstico estratégico realizado o incipiente monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde pactuados pela SESMA.

Como causas que contribuem para as fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, tem-se:

- 1) não priorização das ações de M&A da Atenção Básica por parte dos gestores e profissionais de saúde da SESMA e das UBS, uma vez que as ações de monitoramento e avaliação da AB não estão incorporadas à rotina dos serviços, como intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa);
- 2) inexistência de capacitação dos gestores e dos profissionais de saúde acerca dos procedimentos de M&A da AB; e
- 3) ausência de critérios de dimensionamento que possam dar suporte ao gestor no processo de alocação de pessoal para desenvolvimentos das ações de M&A da AB.

As fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, decorrentes da inexistência de equipe técnica específica e exclusiva e das deficiências na estrutura para realização do monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica, comprometem a sistemática de M&A da Atenção Básica; levam a ineficiência do monitoramento realizado pelos gestores municipais, resultando em déficit de informações estratégicas, deficiência no planejamento e prejuízo da capacidade avaliativa da SESMA; sobrecarga de funções dos técnicos da SESMA (mesmos técnicos assumem múltiplas funções, sem conseguir focar em uma única tarefa).

Essas deficiências contribuem para a ocorrência das situações verificadas pela Equipe de AOP nas visitas “in loco” realizadas em 11 Unidades Básicas de Saúde do município onde foram verificados aspectos relevantes relacionados à estrutura física, mobiliário, equipamentos e processos de trabalho, bem como de relatos extraídos dos questionários aplicados aos ACS e usuários, conforme demonstrado a seguir.

Os serviços de Recepção, Agendamento de Exames/Consultas Especializadas, Expedição de Medicamentos, Manuseio e Arquivo de Prontuários, em várias unidades, estão localizados no mesmo espaço físico, e é comum a existência de dificuldades na comunicação do usuário com o atendente, desde a recepção da unidade, passando pela marcação de consultas e exames, dispensação de medicamentos e outros encaminhamentos necessários.

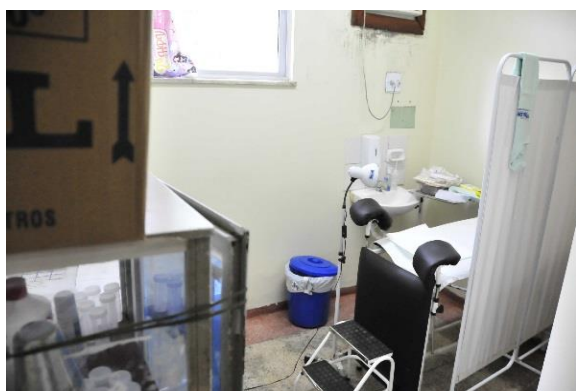


Fotografia 1: Recepção UMS Jurunas

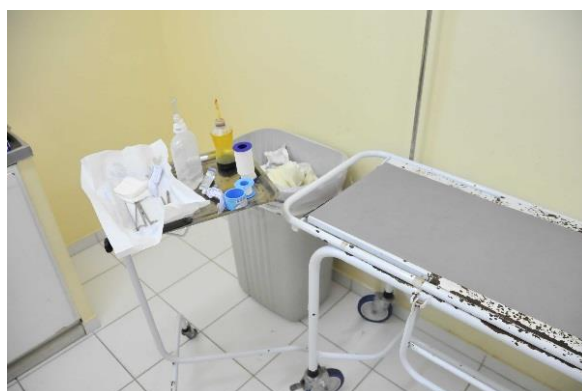


Fotografia 2: Prontuários UMS Jurunas

Os consultórios e salas de procedimentos não estão equipados com lixeiras com tampa de acionamento por pedal, observou-se o uso de lixeira com tampa manual, que não permite o adequado descarte de resíduos infectantes (com sangue e/ou secreções).

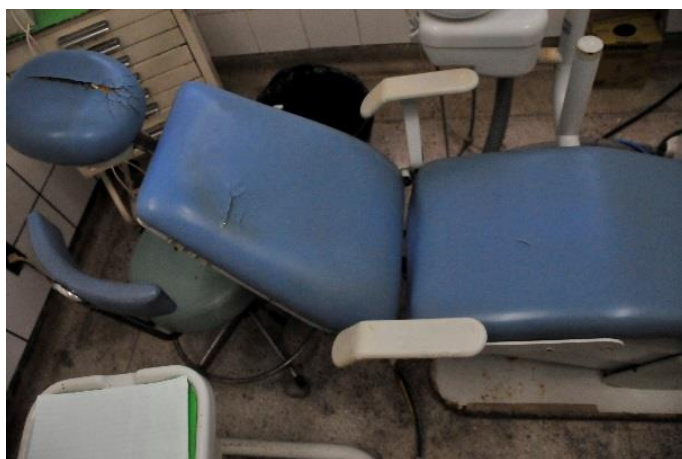


Fotografia 3: Sala de PCCU UMS Águas Lindas



Fotografia 4: Sala Curativos UMS Jurunas

Outra observação relevante refere-se à utilização de cadeiras odontológicas, macas e similares com o revestimento em péssimo estado e sem proteção descartável.



Fotografia 5: Consultório Odontológico UMS Curió-Utinga

As salas de nebulização, bem como as de coleta para exames laboratoriais, devem conter cadeiras ou bancos que garantam uma acomodação confortável e segura aos pacientes durante os procedimentos inalatórios e de coleta para exame em pacientes, todavia em algumas Unidades o conforto dos pacientes não foi observado.



Fotografia 6: Ambiente para Inalação UMS Jurunas

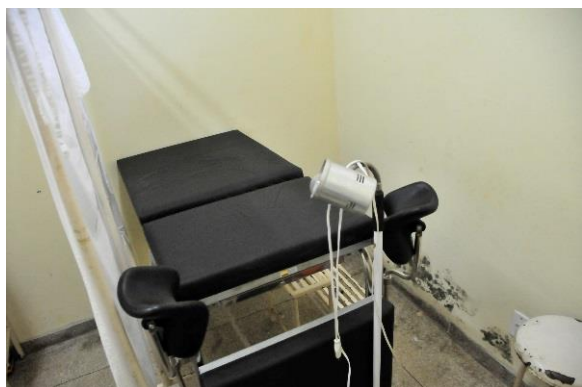
A estrutura física e ambiente dos consultórios e salas de procedimentos devem estar em bom estado de conservação e boas condições de higiene. As paredes não devem apresentar trincas, perda de revestimento, processo de corrosão, sujidades e infiltrações, no entanto nas UBS visitadas constatou-se que muitos ambientes se encontram com paredes e tetos com a pintura descascada e com mofo, e a limpeza dos banheiros dos usuários é precária.



Fotografia 7: Acessibilidade UMS Águas Lindas



Fotografia 8: Almoxarifado UMS Jurunas



Fotografia 9: Sala PCCU UMS Curió-Utinga



Fotografia 10: WC USF Fama

Cabe ressaltar ainda, a importância do gerenciamento de processos de trabalho, visando sempre o alcance de eficiência na prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários, e neste aspecto, constatou-se a necessidade de aperfeiçoamento de procedimentos, tais como no cuidado em relação ao controle de medicamentos em estoque para evitar prejuízos advindos da perda do prazo de validade dos mesmos.

Outra situação encontrada é a necessidade de definição precisa da finalidade e uso específico de espaços com as dimensões necessárias ao desenvolvimento das ações de assistência aos usuários dos serviços de Atenção Básica/Saúde da Família, inclusive com a utilização dos equipamentos e mobiliários porventura necessários.



Fotografia 11: Medicamentos vencidos Águas Lindas



Fotografia 12: Acondicionamento Materiais UMS
Curio- Utinga



Fotografia 13: Espaços inadequados USF Fama



Fotografia 14: Utilização de Equipamentos UMS Águas
Lindas

Para 35% dos 168 ACS consultados por meio de questionário, as principais dificuldades para o exercício de sua função é a estrutura física inadequada nas Unidades Básicas de Saúde, seguida da falta de materiais técnicos de trabalho como por ex: balança para pesar crianças, aparelhos de PA, glicosímetro, termômetro, material didático impressos, preservativos, cloro, material para curativos, fita métrica, folder educativos, etc. apontado por 29% dos respondentes.

Ressalte-se, ainda, as reclamações de 94 usuários que foram obtidas nos questionários aplicados “*in loco*” nas Unidades Básicas visitadas: 43,62% reclamaram da fila para marcação de consultas; 36,17% da marcação de consultas, que as vezes é preciso vários dias ou semanas para conseguir uma consulta; 36,17% da demora no atendimento do médico, do enfermeiro e do dentista; 29,79% da falta de materiais/equipamentos; 23,40% do horário de atendimento que não são convenientes para as pessoas que trabalham e não tem como adequá-los às suas necessidades; 22,34% da falta de médicos e outros profissionais; 14,89% da

insuficiência de informação sobre os horários de atendimento; 12,77% da dificuldade de acesso para a realização de exames; 11,70% do atendimento dispensado ao paciente na UBS, entre outros.

Diante dos fatos evidenciados e da urgente necessidade de aprimoramento da gestão da Atenção Básica com a implantação efetiva uma sistemática de M&A da AB eficiente, que produza informações fidedignas sobre os resultados alcançados pelas ações desenvolvidas pela gestão para obtenção de serviços públicos de saúde de qualidade, visando a eficiência do planejamento municipal da Atenção Básica, propõe-se ao Pleno desta Corte de Contas que recomende à SESMA:

- promover ações de capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação de todos os gestores da AB e das equipes de Atenção Básica;
- adequar a estrutura organizacional da Secretaria, definindo de forma clara e precisa o setor responsável em coordenar todo o processo de M&A da AB a ser realizado por todos os atores responsáveis pela Atenção Básica;
- dotar o setor responsável pela sistemática de M&A da AB de pessoal capacitado e suficiente, infraestrutura física, equipamentos e apoio logístico necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- elaborar normativos definindo a sistemática de M&A da AB a ser adotada pela Secretaria, especificando os mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático do resultado das avaliações dos indicadores de saúde e de gestão;
- publicizar as informações obtidas por meio do M&A da Atenção Básica por meio da realização de reuniões periódicas entre a gestão, coordenação e equipes/profissionais da AB de modo a evidenciar à situação da saúde do Município.

Espera-se com a implementação dessas recomendações:

- 1) efetivação do M&A das ações voltadas à AB, acarretando a melhoria dos resultados almejados por esse nível de atenção;
- 2) planejamento municipal da AB, tendo como base as informações gerenciais da sistemática de monitoramento e avaliação de indicadores da Atenção Básica;
- 3) melhoria na qualidade dos serviços prestados pela AB à população;
- 4) maior transparência dos resultados gerados pelos indicadores da AB, proporcionando maior conhecimento aos gestores e usuários quanto à situação da saúde do Município.

5.2 Inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica

A qualidade dos serviços oferecidos pela atenção básica aos seus usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) decorre, dentre outras variáveis, dos processos de trabalho implantados pelas Secretarias Municipais de Saúde. Desta feita, o sucesso a ser alcançado por este nível de atenção, depende, em parte, da eficiência no monitoramento e a avaliação desse processo de trabalho.

Conforme disciplina a PNAB, para que a gestão municipal possa administrar os recursos da saúde com eficiência e alcance a eficácia e efetividade de suas ações, é primordial o estabelecimento de mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados na AB, e para isso, faz-se necessária a utilização de indicadores de

desempenho relativo tanto aos processos gerenciais de qualidade quanto aos resultados finalísticos ou processos operacionais.

O Ministério da Saúde com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹, que tem como uma de suas diretrizes estimular o 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 AB (Art 3º, Inciso II).

Primeiramente, é necessário o entendimento do conceito de processo de trabalho adotado neste Relatório de Auditoria, que consiste em um conjunto de atividades que transformam entradas em saídas com valor para os usuários. Esses processos classificam-se em três categorias: de gestão, operacionais e de suporte.

Os processos de gestão ou gerenciais direcionam o órgão/entidade e exercem influência sobre a execução dos demais processos, são centrados nos gerentes e envolvem **estratégia, planejamento, tomada de decisões, alocação de recursos, gestão do conhecimento, comunicação e gestão de desempenho**. No contexto da AB, tem-se como exemplos de processos de gestão: o planejamento das ações de saúde, a gestão de pessoas, o controle orçamentário e financeiro, a programação de capacitações e a mensuração de resultados.

Os processos operacionais ou finalísticos estão relacionados com a **satisfação das necessidades dos usuários**, ou seja, aquilo que o usuário recebe em produtos/serviços oriundos da execução de uma política ou programa (**atuação**). No caso específico da AB enquadram-se nesta categoria: as consultas, a vacinação, o atendimento, as visitas domiciliares e os procedimentos clínicos, quantidade de consultas e exames realizados, quantidade de vacinas aplicadas, entre outros.

Os processos de suporte dão amparo à consecução dos processos de gestão e operacionais e estão diretamente relacionados à **gestão dos recursos necessários ao desenvolvimento de todos os processos da instituição**, como a contratação de pessoas, aquisição de bens e materiais e execução orçamentário-financeira, entre outros. No âmbito da AB como exemplos de processos de suporte tem-se: a higienização, a manutenção de equipamentos e instalações, o transporte de equipes e a esterilização, entre outros.

Peter Drücker²³ afirmava que: “*Se você não mede algo, você não pode entender o processo. Se você não entende o processo, você não consegue aperfeiçoá-lo*”. Conclui-se, então que para administrar uma organização com qualidade é necessário a adoção de indicadores de desempenho, visto que são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois permitem acompanhar o alcance das metas e servem para: embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão; contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais; e analisar comparativamente o desempenho da organização.

A utilização de indicadores, pela Administração Pública contribui para estabelecer com maior clareza os objetivos que se deseja alcançar com certo programa de governo e o que as organizações públicas e os programas devem entregar ou produzir. Todas as ações realizadas

²³ Peter Ferdinand Drücker foi um escritor, professor e consultor administrativo de origem austríaca, considerado como o pai da administração moderna, sendo o mais reconhecido dos pensadores do fenômeno dos efeitos da globalização na economia em geral e em particular nas organizações subentendendo-se a administração moderna.

pelos administradores refletem no resultado dos indicadores, por isso, deve existir alguma coerência entre esses resultados e o desempenho desses agentes.

O conjunto de indicadores utilizados para medir as atividades realizadas por uma certa área da organização deve conter requisitos de qualidade e abarcar todo o processo de trabalho que se quer avaliar e monitorar. Para que se tenha uma análise eficiente do processo a ser avaliado pela organização os indicadores usados devem estar relacionados às quatro dimensões de desempenho (eficiência, eficácia, efetividade e economicidade), aliados aos aspectos de custo, tempo, quantidade e qualidade. Assim uma cesta de indicadores equilibrada deve considerar a existência de indicadores de processo de trabalho nas três categorias, quais sejam: de gestão, operacionais e de suporte.

O foco desta Auditoria se concentrou nos processos de gestão, fundamentais no oferecimento de serviços públicos de saúde com qualidade e efetividade, muito embora a grande relevância dos demais processos, em especial os operacionais.

Ressalte-se que os indicadores denominados de gestão são responsáveis por monitorar os processos de gestão, quais sejam, os aspectos “meios” de determinada operação. Especificamente com relação a Atenção Básica, tem-se como exemplos de indicadores de processo de trabalho (gestão), tempo de espera para agendamento de consulta, proporção de médicos, disponibilidade de equipamentos e medicamentos, rotatividade de pessoal.

Considerando o escopo do trabalho, a equipe optou em avaliar se a SESMA possui e utiliza indicadores para realizar o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica e se os indicadores utilizados permitem uma adequada avaliação desse nível de atenção de modo a contribuir para o aprimoramento da gestão.

Foi solicitado a SESMA, em 27/08/2014, por meio de Solicitação Prévia de Auditoria, a remessa do Portfólio de indicadores utilizados para avaliar e monitorar a gestão e os serviços prestados pela AB, bem como normativo interno estabelecendo a relação entre os indicadores e os instrumentos de planejamento.

Como não houve manifestação do auditado, em 27/02/2015 foi efetuada uma reiteração da Solicitação Prévia de Auditoria. Em 04/03/2015 a SESMA, por intermédio do Ofício nº 718/2015-GABS/SESMA/PMB, encaminhou a esta Corte de Contas apenas uma relação dos Indicadores do Pacto pela Vida priorizados para o acompanhamento do PPA/SESMA/2010-2013 (Processo nº 201504054-00), onde foram relacionados 16 indicadores, todos referentes aos processos finalísticos.

Em 12/03/2015, foi informado (Ofício nº 903/2015-GABS/SESMA/PMB) que não existe normativo específico da SESMA para relacionar os indicadores aos instrumentos de planejamento.

A partir do questionário aplicado, a SESMA informou que utiliza para avaliar a gestão da saúde na AB os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Informou, ainda, que os recursos do Fundo Municipal de Saúde são aplicados em face do resultado da avaliação dos indicadores realizado pelas áreas técnicas. Diante do exposto no questionário e pela ausência de envio do Portfólio de Indicadores a Equipe de AOP solicitou a SESMA por meio do Ofício nº 005/2015/NAOP/TCM/PA o seguinte: a) as razões para não adoção pela SESMA de indicadores de gestão (processos de trabalho); b) a identificação dos indicadores avaliados pelas áreas técnicas utilizados para o planejamento da distribuição dos recursos e a área técnica responsável pela avaliação dos indicadores; c) relação de todos os indicadores utilizados para avaliar e monitorar a gestão e os serviços prestados pela AB.

Em resposta a SESMA informou (Ofício nº 2043/205-GABS/SESMA/PMB – Processo 201509878-00) que o Núcleo de Planejamento (NUSP) reconhecendo a necessidade de criação de indicadores que avaliem a gestão, compôs um grupo para avaliação dos fatores que intervêm de forma negativa no atendimento das diversas demandas, direcionando para isso, a criação ou seleção de indicadores de avaliação de processo de trabalho.

Quanto aos indicadores que auxiliam no planejamento da distribuição dos recursos para a AB estes não foram identificados e muito menos as áreas técnicas responsáveis, foi relatado apenas que os indicadores escolhidos se referem às políticas de saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, saúde nutricional, agravos transmissíveis, não transmissíveis e transmitidos por vetores, saúde do idoso entre outros.

A SESMA enviou, ainda, relação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores pactuados para o exercício de 2015 com outras esferas de governo, (Resolução CIT 5, de 19/6/2013), registrados no aplicativo Sistema de Pactuação de Indicadores (SISPACTO) disponibilizado pelo MS, dentre os quais têm-se indicadores de atenção básica, a saber:

- a) cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica;
- b) proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica;
- c) cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Bolsa Família;
- d) cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal;
- e) média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- f) proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Cabe frisar, que apesar da diversidade de indicadores utilizados pelo Ministério da Saúde, para avaliação e monitoramento da atenção básica, a cesta de indicadores não abrange os processos de trabalho relacionados aos processos de gestão, ou seja, os indicadores utilizados envolvem desempenho (produtos finalísticos) e processos operacionais (relacionados ao cuidado), carecendo de avaliação dos processos de gestão relacionados aos aspectos “meios” dos serviços prestados por este nível de atenção. A equipe de auditoria identificou ainda, que os principais sistemas do Ministério da Saúde utilizados na atenção básica, como exemplo o SIAB, estão focados em dados quantitativos de produção.

Oportuno salientar que a SESMA somente faz o registro das informações necessárias à alimentação dos sistemas de informação de saúde, exigidos pelo MS, sob pena da suspensão/diminuição dos repasses de recursos, todavia, não dispõe de registro e controle sistematizado das demandas de serviços de saúde pela população, necessários ao planejamento, controle, monitoramento e avaliação da AB, como por exemplo: número de usuários não atendidos pelas UBS; o registro/controle das demandas por consultas e exames especializados referenciados pelos médicos das UBS; dados/indicadores para saber o tempo médio que o usuário do SUS leva para marcar consultas e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos; absenteísmo dos usuários em consultas e exames especializados; dados/indicadores que controlem o tempo médio de retorno dos pacientes à UBS após o encaminhamento (pacientes encaminhados tanto para média quanto para alta complexidade); número de reuniões das equipes das UBS com a coordenação de AB; proporção de médicos; absenteísmo de servidores; rotatividade de pessoal; acessibilidade dos usuários; acolhimento com classificação de risco; tempo de espera para marcação de consulta; nível de satisfação dos beneficiários; avaliação de reclamações e sugestões; número de reuniões dos Conselhos de Saúde, disponibilidade de equipamentos e medicamentos, registro ou banco de dados consolidado sobre o histórico de cursos e treinamentos em serviço recebido pela gestão e equipes de saúde da AB, dentre outros.

Não se constatou a utilização pela coordenação da Atenção Básica de instrumentos para acompanhamento e avaliação das ações e práticas adotadas pelas suas equipes de saúde, tais como: planilhas, gráficos e indicadores para acompanhar o seu desempenho, possibilitando algumas análises comparativas e temporais, dentre outras. Frise-se que o sistema de monitoramento deve produzir de forma sistemática e contínua informações relevantes, precisas, confiáveis e sintéticas, em tempo hábil e a um ritmo adequado à avaliação e consequente tomada de decisões pelo gestor, que permitam a pronta intervenção, que confirme ou corrija a ação à medida que ela acontece. Essas informações devem ser processadas e apresentadas sempre em forma de indicadores de modo a não confundir, com excesso de dados irrelevantes, a ação decisória dos gestores.

Com amparo nessas considerações conclui-se que os indicadores de desempenho utilizados pela SESMA são os de resultado, inexistindo indicadores de desempenho próprios voltados ao monitoramento e avaliação dos processos de gestão que dão suporte aos serviços prestados pela AB. Importante ressaltar que a inexistência de indicadores dos processos de gestão traz prejuízos significativos a avaliação e análise da gestão da AB realizada pela SESMA, tendo em vista que pode haver deficiências nos processos de trabalho que afetam os resultados alcançados neste nível de atenção, e que devem, portanto, ser mensurados, para que possam orientar/realinhar o planejamento.

Como possível causa da situação encontrada, constatou-se: a insuficiência de mecanismos visando ao levantamento e registro de dados para compor os indicadores, a falta de capacitação dos gestores para o desenvolvimento de indicadores, a Inexistência de indicadores de gestão que subsidiem a construção dos instrumentos de planejamento em saúde e a baixa utilização dos indicadores como estratégia de aprimoramento de gestão na AB.

Como efeitos negativos diante da situação encontrada têm-se:

- a) deficiência no processo de planejamento municipal, visto que as causas dos problemas encontrados nos processos de gestão da AB não são identificadas, o que acarreta a ineficiência no processo de escolha das soluções mais adequadas para resolver os problemas identificados e a subjetividade na priorização das ações a serem realizadas na AB;
- b) deficiências nos processos de trabalho que afetam os resultados alcançados neste nível de atenção;
- c) prejuízos significativos na avaliação e análise da gestão da AB realizada pela SESMA;
- d) ocorrência de graves deficiências no processo de tomada de decisão por parte dos gestores da saúde;
- e) deficiência no processo de monitoramento e avaliação, gerando pouca transparência no desempenho da gestão e das ações de saúde.

Diante do exposto, propõe-se ao Pleno desta Corte de Contas recomendar à Secretaria de Saúde do Município de Belém:

- criar mecanismos de levantamento de dados para compor os indicadores, incluindo sistemática para verificar a confiabilidade dos dados;
- criar portfólio de indicadores de processos de trabalho (gestão) para a Atenção Básica;
- capacitar os gestores para o desenvolvimento de indicadores;
- apoiar tecnicamente as UBS no desenvolvimento e utilização de metodologia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

As recomendações acima expostas têm como objetivo de aprimorar a gestão com base na avaliação de resultados dos programas da Atenção Básica; possibilitar o monitoramento e avaliação das ações voltadas à Atenção Básica; melhorar a qualidade e adequação da prestação de serviços de saúde da Atenção Básica; e por fim possibilitar uma maior transparência das ações de saúde.

5.3. Insuficiente estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção, suporte técnico e treinamentos) para realizar o monitoramento e avaliação (M&A) da A.B

A Tecnologia da Informação (TI) tem papel fundamental nos serviços de saúde brasileiros, uma vez que o seu objetivo principal é a efetiva utilização da informação como suporte às práticas organizacionais. A instituição, para atender as exigências por agilidade, flexibilidade, efetividade e inovação, necessita do apoio da TI.

A atenção básica, pela sua natureza, apresenta ações de grande amplitude, tanto na proposta de atendimento da população quanto na quantidade de iniciativas necessárias para o alcance de seus objetivos, requerendo para isto informações tempestivas e confiáveis, para o planejamento das ações, a tomada de decisão e a avaliação e monitoramento das ações.

A sistemática de M&A da AB necessita de sistemas de TI que permitam a obtenção e o registro de informações que serão base para definição de indicadores, como também otimizarão o funcionamento operacional e todo processo de gestão da saúde da AB.

A Lei nº 8.080/1990, em seu Art. 15, inciso IV, dispõe que cabe aos municípios, em seu âmbito administrativo, a organização e coordenação do sistema de informação em saúde.

Conforme disciplina a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), item 3.1, incisos III, VII e IX, c/c o item 3.3, inciso IX compete as três esferas de governo: garantir a estrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Atenção Básica; desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades; estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação; além de definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da AB.

Na esfera municipal, cabe ao município propiciar a estrutura de Tecnologia de Informação (TI) para o M&A da Atenção Primária.

A Auditoria buscou avaliar a estrutura de TI da SESMA para dar suporte ao M&A da AB. Assim, para efeito desta auditoria entende-se como estrutura de TI o conjunto formado por: a) equipamentos de informática – hardware (computadores, impressoras, scanners, câmeras digitais e leitores de código de barras); b) programas ou sistemas de informação – software; c) rede de internet e de intranet; d) apoio e suporte técnico para solução de problemas de Tecnologia da Informação; e e) orientação e treinamento para o uso de ferramentas de Tecnologia da Informação (TI).

Inicialmente, foram solicitados a SESMA por meio de Solicitação Prévia de Auditoria (Processo nº 201410381-00) as seguintes informações e documentações:

- 1) Plano estratégico de TI relativo aos sistemas de avaliação e monitoramento da AB;
- 2) Diagnóstico sobre as necessidades de TI para os sistemas relacionados à avaliação e monitoramento da AB;

- 3) Portfólio dos sistemas de TI desenvolvidos e implementados para avaliação e monitoramento da AB;
- 4) Diagnóstico da infraestrutura de TI.

Com referência ao Plano Estratégico de TI, a SESMA não apresentou nenhum plano, apenas informou (Processo nº 201504531-00, fls. 131 a 132) que utiliza para monitoramento e avaliação da AB os seguintes sistemas:

- Boletim de Produção Ambulatorial (BPA Magnético) – é um sistema do Ministério da Saúde utilizado mensalmente pelas Unidades Prestadoras de Serviço para transcrição dos quantitativos dos atendimentos prestados nos ambulatorios, que são importados para o sistema SIASUS, onde são processados e validados;
- e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) – é um sistema do Ministério da Saúde que visa reestruturar as informações da AB em nível nacional, com o objetivo de ampliar a qualidade no atendimento à população, objetivando integrar vários sistemas da AB, incluindo o BPA Magnético, que está em processo de descontinuidade, visto que os registros da produção ambulatorial serão realizados exclusivamente via e-SUS AB.

Quanto ao diagnóstico sobre as necessidades de TI para os sistemas relacionados à avaliação e monitoramento da AB foi relatado a necessidade da SESMA em informatizar todo o processo de atendimento dentro das Unidades Básicas de Saúde, com mais equipamentos e link dedicado de dados, e que essas necessidades já estariam contempladas no planejamento 2015/2016, todavia não foi encaminhado a este Tribunal o diagnóstico solicitado.

Relativamente ao portfólio dos sistemas de TI a SESMA também não o encaminhou apenas informou, neste quesito, que a equipe de TI é responsável em instalar e fazer as devidas atualizações nos sistemas e prestar o suporte necessário quando solicitado pelas Unidades de Saúde. Informaram, ainda, que a tabulação dos dados produzidos é realizada no TABWIN também do MS, visto que é uma opção de o Órgão usar sistemas públicos pela continuidade e gratuidade dos serviços, para não onerar o município.

No âmbito do diagnóstico de infraestrutura de TI a gestão da SESMA informou por meio de Ofício que as vinte e nove (29) Unidades Municipais de Saúde (UMS) possuem equipamentos novos para atender as demandas dos sistemas de informação em saúde, como o BPA, e-SUS AB, HORUS e outros, todos esses equipamentos já se encontram interligados através de estrutura de REDE e com internet banda larga.

No questionário aplicado à gestão da SESMA avaliou como regular a estrutura de TI para o desenvolvimento das atividades de M&A da AB, vez que nas Unidades Municipais de Saúde (UBS tradicionais) a estrutura é considerada boa, no entanto nas Unidades de Saúde da Família (USF) a estrutura é classificada como ruim, em razão da insuficiência de recursos humanos qualificados para a alimentação das bases de dados de forma contínua e regular e ainda pontos de baixa velocidade e conectividade.

Cabe informar que a SESMA possui em sua estrutura organizacional, estabelecida pelo Decreto nº 42.498-A-PMB, de 05/08/2004 (Processo nº 201504531-00, fls. 107 a 130), o Núcleo de Assessoria em Tecnologia da Informação (NAT), ao qual compete:

- a) organizar o banco de dados da SESMA através de cadastros, registros, folhas funcionais;
- b) coordenar arquivo e distribuição de dados, no sentido de organizar as redes de comunicação;
- c) realizar a transmissão de informação, promovendo levantamentos estatísticos, através de avaliação de programas, projetos e sistemas;
- d) auxiliar os departamentos na instalação de equipamentos de informática; e

e) executar outras tarefas correlatas a sua área de competência.

Desta feita, a equipe de auditoria aplicou questionário ao Diretor do Núcleo de Assessoria em Tecnologia da Informação (NAT) que informou o seguinte:

- a) o setor possui 20 servidores, sendo 15 concursados e 5 comissionados, todavia, esta quantidade não é suficiente em razão do tamanho da estrutura de saúde e a quantidade de sistemas de informação para que o setor dê o suporte adequado;
- b) inexistência de diagnóstico de estrutura de TI necessária ao M&A da AB, uma vez que o setor se responsabiliza apenas pelo suporte e criação de relatórios quando solicitados;
- c) classificou como boa a estrutura de TI para o desenvolvimento das atividades de M&A da AB considerando a estrutura disponível e sistemas existentes, no entanto o controle e a avaliação não são realizados pela informática e sim pelas áreas afins;
- d) o planejamento de TI é feito anualmente por meio da Programação Anual de Saúde;
- e) todos os sistemas utilizados pela SESMA para M&A da AB são do Ministério da Saúde, tendo em vista a necessidade de cumprir as portarias do Ministério, além de oferecer gratuidade e transparência;
- f) a SESMA não dispõe de sistemas de TI próprios para auxiliar o monitoramento e avaliação dos serviços da AB, os sistemas utilizados são todos do Ministério da Saúde (BPA, HIPERDIA, SISPRENATAL, ESUS-AB, SICAN, SINAM, HORUS, SISREG e SISCOLO), em vista a necessidade de cumprir as portarias do Ministério, além de oferecer gratuidade e transparência;
- g) quanto à existência de procedimento para verificar a confiabilidade dos dados alimentados pelo município nos sistemas informatizados foi informado que o setor de informática não realiza essa verificação, que é de responsabilidade do Departamento de Regulação (DERE) da SESMA;
- h) ao final do questionário foi enfatizado a insuficiência de pessoal e de estrutura para uma avaliação mais célere de cada sistema informatizado. Foi relatado ainda a inexistência de desenvolvedores na equipe de informática e a necessidade de avançar quanto a estrutura de informática das Unidades de Saúde da Família.

Em 30/03/2015, em visita ao NATI foi fornecido aos auditores operacionais um relatório sobre a situação da estrutura de informática das Unidades de Saúde da Família, onde foi informado o seguinte:

- a) 31 Unidades de Saúde da Família (USF) não tem segurança, 15 tem segurança realizada por empresa terceirizada e 10 Unidades a segurança é realizada pela Guarda Municipal;
- b) 34 USF não têm computadores e 17 Unidades possuem 21 computadores. Segundo o NATI são necessários mais 95 computadores para atender as necessidades das USF. Das 17 USF que possuem computadores 9 não tem acesso à internet. 6 USF possuem Modem 3G e 3 tem acesso à internet por meio da VELOX. A USF Agulha, localizada no Distrito do DAICO tem internet, mas não possui computador. A maioria dos computadores estão localizados na recepção das Unidades e são utilizados para a alimentação do E-SUS. Apenas 2 USF possuem impressoras, que são usadas para a emissão do Cartão SUS.

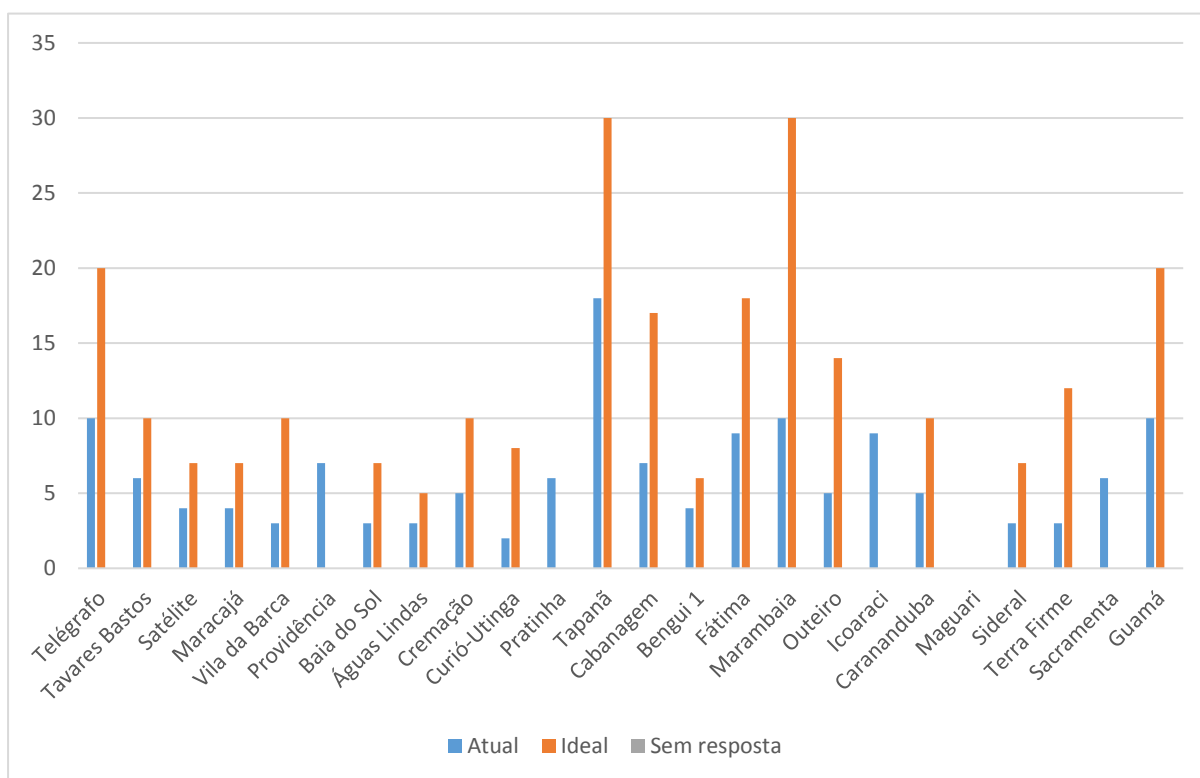
Nas visitas “in loco” realizadas em 11 UBS, sendo 7 (sete) UMS e 4 (quatro) USF, foi constatado o seguinte:

- a) as 7 UMS visitadas possuem computadores ligados a internet, foi relatado que na UMS da Baía do Sol e de Águas Lindas a internet não é de boa qualidade;
- b) as 4 UFS visitadas não possuem computadores (Vila da Barca, Paracuri I e II e Fama) e por esse motivo as fichas de produção do E-SUS são enviadas a Secretaria ou a uma UMS para digitação e posterior transmissão dos dados para os sistemas do Ministério da Saúde.

Com base nos questionários aplicados a 24 Gerentes das UMS, constatou-se:

- a) todas as 24 UMS possuem computador e estão conectados com a internet, todavia, 79% dos gerentes informaram que a quantidade de computadores instalados nas Unidades de Saúde não é suficiente para o desenvolvimento de suas atividades, apenas 17% consideraram a quantidade suficiente;

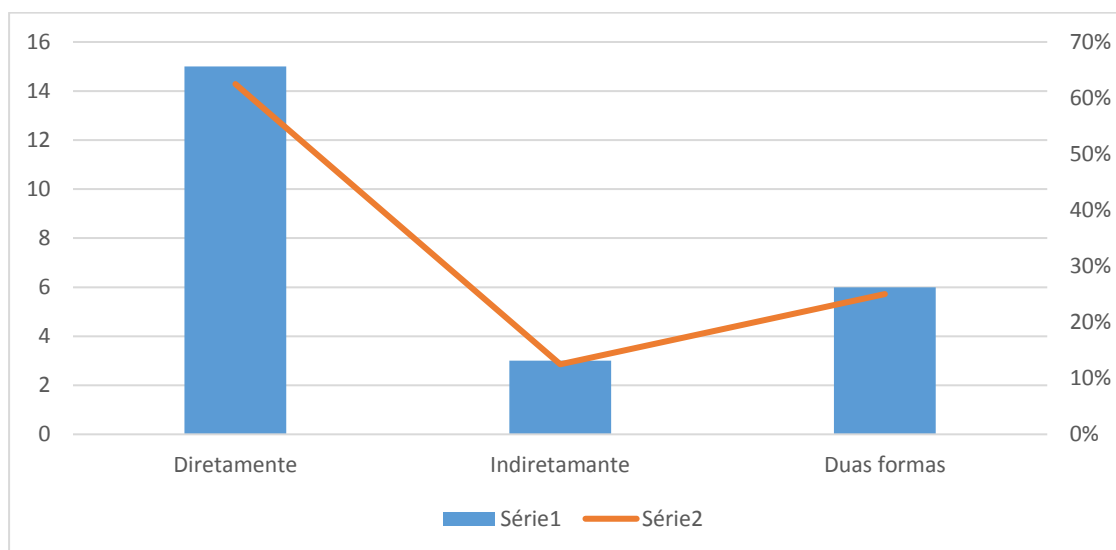
Gráfico 10
Quantidade de Computadores nas UBS
Atual X Ideal



Fonte: Questionário aplicado a 24 gerentes das Unidades Municipais de Saúde de Belém

- b) a alimentação dos dados nos sistemas informatizados do MS é realizada diretamente em 63% das UMS, 13% realizam indiretamente via formulários encaminhados a Secretaria e dependendo do sistema informatizado e da qualidade do acesso à internet, a alimentação é feita das duas formas por 25% dos respondentes;

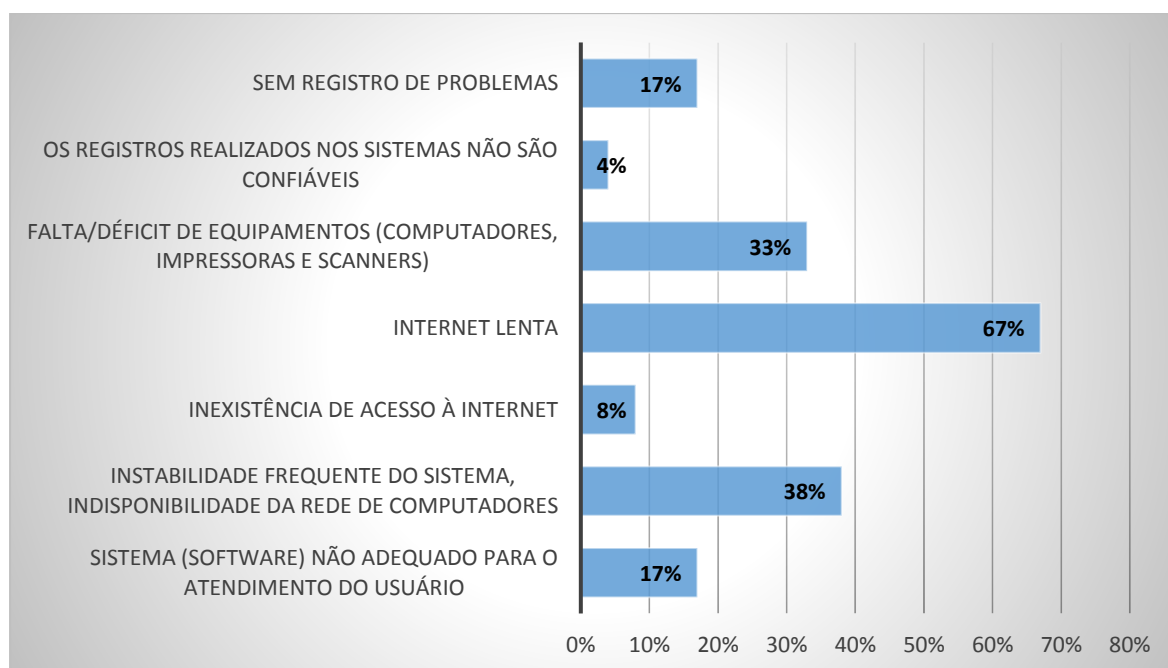
Gráfico 11
Alimentação dos Dados pelas UBS nos Sistemas Informatizados do Ministério de Saúde



Fonte: Questionário aplicado a 24 gerentes das Unidades Municipais de Saúde de Belém

- c) o principal problema registrado nos sistemas de TI nas UMS apontado por 68% dos respondentes é a internet lenta, seguido da instabilidade frequente do sistema e indisponibilidade da rede de computadores com 38% e falta/déficit de equipamentos com 33%;

Gráfico 12
Registro de Problemas nos Sistemas de TI nas UBS



Fonte: Questionário aplicado a 24 gerentes das Unidades Municipais de Saúde de Belém

Comentários demonstrados abaixo revelam as dificuldades encontradas pela gerência das UMS relacionadas aos Sistemas de TI:

“...como utilizamos somente um minimodem se torna inviável para desenvolver todos os serviços que precisa de internet”.

“Precária, por possuímos internet c/ velocidade lenta apenas modem”.

“... melhorou bastante, no entanto, a conectividade não é o ideal, temos péssima conexão de Internet”

“Máquinas antigas que vivem dando problemas”

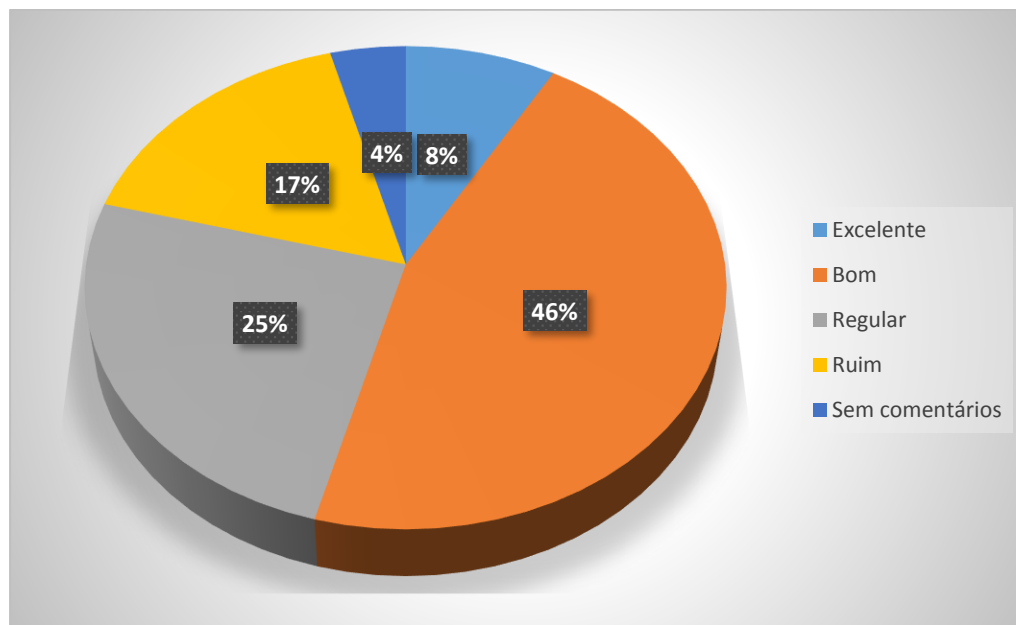
“Internet lenta e o SISREG apresenta problemas de operacionalização a demandas apresentadas.”

“A deficiência no número de equipamentos provoca a espera na entrega de cartões sus e marcação de consultas especializadas.”

“...no sentido de informar o estoque, a entrada e a saída de medicamentos, está péssima. O programa Horus, que é para isso, não conseguimos alimentá-lo, incompatível com máquinas antigas e internet sem velocidade adequada, pois é pesado.”

- d) Indagados sobre o tempo (em média) de resolução dos problemas de TI, seja equipamento, de software ou de rede, todos os 24 gerentes das UMS consultados afirmaram serem atendidos em um tempo razoável, variando entre 1 a 5 dias.
- e) 17% dos respondentes consideraram ruim a estrutura de TI para o desenvolvimento das suas atividades. Outros 25% avaliaram que a estrutura disponível é regular e demanda aperfeiçoamentos. Considerados em conjunto, aqueles cuja resposta correspondeu a ruim e regular, ou mesmo não responderam chegaram a 46% das manifestações obtidas.

Gráfico 13
Qualidade da Estrutura de TI nas UBS



Fonte: Questionário aplicado a 24 gerentes das Unidades Municipais de Saúde de Belém

- f) segundo 75% dos gestores das UMS o atendimento a pacientes já foi prejudicado em virtude de problemas relacionados à TI, em decorrência da instabilidade da rede de internet e a falta de equipamentos adequados os sistemas de informação de saúde ficam inoperantes e os usuários do SUS são penalizados com um tempo de espera excessivo para o atendimento ou necessitam retornar um outro dia para serem atendidos. Os problemas relatados pelas

gerências se referem a dificuldades na emissão do Cartão SUS, no agendamento de consultas especializadas e no cadastro de usuários no SISPRENATAL.

Diante das constatações expostas conclui-se que a estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção, suporte técnico e treinamentos) a disposição das UMS e USF é insuficiente e no caso de algumas USF inexistentes para realização do M&A da A.B.

Dentre as possíveis causas dessas dificuldades enfrentadas na estrutura de TI citam-se: a ausência de diagnóstico para a realização do planejamento de TI, a insuficiência de suporte técnico para manutenção da estrutura de TI, operadoras de telefonia com fornecimento de internet com velocidade lenta, a não priorização ou insuficiência de investimento por parte dos gestores municipais em internet com conexão satisfatória que permita o registro e a transmissão de dados da AB com tempestividade e confiabilidade e a insuficiência de recursos humanos qualificados para a alimentação das bases de dados de forma contínua e regular.

Como efeitos da insuficiência na estrutura de TI podem ser citados: soluções de TI inadequadas; retrabalho na alimentação dos diversos sistemas (manuais e informatizados) referentes à Atenção Básica do município, ocasionando elevação de custos, não confiabilidade e intempestividade na alimentação e envio de dados à SESPA e ao Ministério da Saúde; e comprometimento do fluxo de informações referente à referência e contrarreferência e demais sistemas relacionados à AB.

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica à população e garantir a eficiência do monitoramento e avaliação das ações de saúde, além de disponibilizar a infraestrutura mínima necessária, bem como equipamentos e suporte de informática nas UMS e USF, propõe-se recomendar à SESMA que:

- Elabore um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para a realização de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- Adeque a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico.

Considera-se que são benefícios passíveis de serem obtidos com a implementação das recomendações acima: a viabilização do monitoramento e avaliação das ações voltadas à AB; maior agilidade na coleta e processamento dos dados da AB e a disponibilização de informações úteis e tempestivas para tomada de decisões, por parte dos gestores da saúde.

6 . Conclusão

O modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro valoriza e reconhece atenção básica²⁴ como porta de entrada para o sistema de saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Esse sistema é considerado o mais adequado para enfrentar os desafios que envolvem o aumento da longevidade da população, o financiamento limitado da saúde e a busca por ações mais resolutivas.

Estudos recentes indicam que, se a atenção básica funcionar de maneira adequada, ela poderá solucionar, com qualidade, a maioria dos problemas de saúde da população, o que fortalece as razões para a realização desta auditoria.

Importante também, se faz destacar que a prestação dos serviços de atenção básica ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), logo elas desempenham um papel central na garantia da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção e da humanização do atendimento em saúde. Dotá-las com infraestrutura compatível com as exigências legais é um desafio a ser enfrentado para que se propicie resolutividade aos atendimentos e condições adequadas de trabalho aos profissionais de saúde.

Outrossim, a prestação de serviços de saúde depende também da atuação da gestão municipal e da gerência das UBS, as quais não podem, em hipótese alguma, se afastar do que estabelecem os artigos 196 e 198 da Constituição Federal, segundo os quais a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Ademais, deve haver o acesso universal, igualitário e gratuito à uma rede regionalizada e hierarquizada constituída em sistema único de saúde, conforme regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e a Lei Complementar nº 141/2012, ao estabelecer as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Ante a essa garantia de direitos cabe ao Município de Belém uma das missões mais difíceis e complexas, vez que seu atendimento não se restringe tão somente sua população composta de 1.393.399 (um milhão, trezentos e noventa e três mil, trezentos e noventa e nove) habitantes (Censo IBGE/2010) habitantes²⁵, mas também uma boa parte da população do Estado do Pará, a qual é composta de 7.837.437 (sete milhões, oitocentos e trinta e sete mil, quatrocentos e trinta e sete) habitantes²⁶. Essa amplitude no atendimento justifica-se pelo fato de Belém ser a Capital do Estado do Pará, município polo para onde convergem o atendimento de boa parte do Estado.

Diante da importância da atenção básica no contexto da saúde pública, a presente auditoria concentrou seu foco nos processos de gestão, dimensões que impactam sobremaneira na qualidade dos serviços oferecidos pelas UBS e podem ensejar a melhoria dos indicadores de saúde da população e no incremento da resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, bem como no acesso, no atendimento e na estrutura de modo a avaliar as ações que procuram eliminar ou mitigar as causas desses problemas, deixando a investigação dos processos operacionais ligados diretamente às ações de atenção básica à saúde como objeto de fiscalizações posteriores.

²⁴ A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria GM/MS nº 2.488/2011 caracteriza a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.”

²⁵ 1.432.844 habitantes, segundo estimativa do IBGE em 01 de julho de 2014.

²⁶ Censo 2010 (IBGE).

A auditoria realizada teve seu escopo delimitados por meio de 3 (três) eixos de investigação, quais sejam: gestão de pessoas, planejamento e monitoramento e avaliação, eixos esses que foram investigados a partir das 12 (doze) unidades de saúde visitadas, sendo 7 (sete) UMS e 5 (cinco) USF.

No sentido de alcançar os objetivos previamente definidos para esta Auditoria, a equipe de auditores operacionais, utilizou, para a escolha da amostra aleatória, uma combinação de critérios técnicos que permitissem definir dentre as 29 Unidades Municipais de Saúde (UMS) e as 44 Estratégia Saúde da Família (ESF), aquelas que representassem o cenário da qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos à população no Município de Belém. Dentre esses critérios destacam-se: a) representação por distrito administrativo de saúde; b) extensão geográfica dos distritos, considerando os bairros que os compõem; c) localização geográfica da UBS; d) acesso da população alvo; e) cobertura populacional; f) avaliação do PMAQ; e g) matéria veiculada em nível nacional por emissoras de comunicação (Reportagem do Programa Fantástico da Rede Globo veiculada em 1/03/2015 – Situação Alarmante dos Postos de Saúde no Brasil).

No que tange ao eixo gestão de pessoas, evidenciou-se a insuficiência de capacitações permanentes na área de gestão da AB e a realização, por parte da SES e SMS, de capacitações isoladas, descontínuas, assistemáticas, intempestivas, deficientes e insuficientes, que não atendem as reais necessidades decorrentes da realidade municipal e regional, bem como de aprimoramento da gestão e dos profissionais de saúde da AB, além da concentração de conhecimento, via capacitações, em poucas pessoas, as quais, em sua maioria, não atuam na área finalística. Essas situações resultam da baixa articulação existente entre a SES e a SMS e da indisponibilização, pela SESPA, de instrumentos técnicos e pedagógicos que orientem e facilitem o processo de formação e educação permanente.

Ficou evidente também, a falta de priorização por parte da SESMA em promover a educação permanente, bem como a fragilidade nos procedimentos de levantamentos das necessidades de capacitação dos profissionais da AB, configurado pela inexistência de diagnóstico e procedimentos administrativos prévios que promovam a alocação e permanência dos profissionais da atenção primária, de acordo com o perfil epidemiológico da população e dos parâmetros estabelecidos pela PNAB, afetando diretamente a qualidade na Atenção Primária, vez que esta perpassa pela necessidade de mão-de-obra qualificada.

De forma semelhante evidenciou-se a deficiência no planejamento em relação à necessidade de alocação e permanência de profissionais da AB e nos mecanismos de acompanhamento da rotatividade desses profissionais; a inexistência de Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração, bem como a falta de ações que incentivem a permanência dos profissionais na Atenção Básica e a inexistência de políticas de gestão de pessoas que incentivem a fixação, alocação e permanência desses profissionais em seus postos de trabalho.

Observou-se, ainda, insuficiência de EPIs, materiais de expediente, uniforme adequado, meios de transporte, produto de proteção pessoal e equipamentos básicos necessários para a execução de suas rotinas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No que se refere ao incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na AB, constatou-se: a) inexistência de estudos e informações atualizadas que permitam a construção do perfil epidemiológico dos usuários do SUS e a identificação das reais necessidades de saúde da população; b) ausência de contribuição da SESPA, bem como o apoio precário da SESMA às UBS para o levantamento das necessidades de saúde e para o processo de planejamento do município; c) desconhecimento e ausência de participação dos Gestores da AB e das UBS na elaboração dos principais instrumentos de planejamento em saúde; d) ausência de tratamento e aproveitamento dos dados

coletados nas UMS e na ouvidoria municipal de saúde como subsídio ao planejamento e aperfeiçoamento dos serviços ofertados na AB; e) baixa efetividade na atuação e na participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no processo de planejamento e no controle das ações de saúde da AB;

No que tange as deficiências no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de complexidade evidenciou-se: a) a incipiente articulação entre a AB e os demais níveis de complexidade de saúde; b) a insuficiência de referência e inexistência de contrarreferência para os demais níveis de atenção à saúde; c) a infraestrutura de TI existente nas UMS é insuficiente e inadequada para atender o fluxo de referência e contrarreferência; d) a inexistência de fluxograma estabelecendo o processo de referência e contrarreferência; e) a utilização parcial do protocolo de atendimento dos programas da AB.

Esta equipe de auditores no que se refere ao planejamento ressalta que a existência de normas, padrões, requisitos, orientações predefinidas e sistematizadas em um único documento, são fundamentais para a construção do diagnóstico municipal que permita a identificação das reais necessidades dos usuários norteados o processo de planejamento das ações em saúde, indicando a necessidade de atuação do gestor municipal em assegurar a participação da SMS e a contribuição das UMS no levantamento das necessidades de saúde no Município de Belém, bem como a articulação entre a AB e os demais níveis de complexidade de saúde de modo a assegurar uma maior resolutividade da AB.

Com relação ao **monitoramento e avaliação da AB**, ficou evidenciado a existência de fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, que são decorrentes:

- a) inexistência de equipe técnica específica para esse fim;
- b) ausência de normativos definindo a sistemática de M&A da AB, especificando os mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático do resultado das avaliações dos indicadores de saúde e de gestão;
- c) inexistência de reuniões periódicas entre a gestão, coordenação e equipes/profissionais da AB para apresentação dos resultados da avaliação dos indicadores de saúde e discussão das causas e possíveis soluções;
- d) deficiências na estrutura física, recursos humanos e materiais para a realização das atividades de M&A da AB;
- e) inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) próprios para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB. Os indicadores utilizados pela SESMA são os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que envolvem desempenho (produtos finalísticos) e processos operacionais (relacionados ao cuidado), carecendo de indicadores suficientes para avaliar e monitorar a atenção básica de forma completa, em especial, quanto aos aspectos relacionados aos processos de gestão que suportam a qualidade dos serviços prestados por esse nível de atenção, necessários ao planejamento, controle, monitoramento e avaliação da AB;
- f) inexistência de registro e controle sistematizado das demandas de serviços de saúde pela população, necessários à elaboração e utilização de indicadores de gestão, como por exemplo: número de usuários não atendidos pelas UBS; o registro/controle das demandas por consultas e exames especializados referenciados pelos médicos das UBS; dados/indicadores para saber o tempo médio que o usuário do SUS leva para marcar consultas e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos; absenteísmo dos usuários em consultas e exames especializados; entre outros;

f) insuficiente estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção, suporte técnico e treinamentos) para realização do M&A da A.B, que resultam em: soluções de TI inadequadas, retrabalho na alimentação dos diversos sistemas (manuais e informatizados) referentes à Atenção Básica do município, ocasionando elevação de custos, não confiabilidade e intempestividade na alimentação e envio de dados à SESPA e ao Ministério da Saúde e comprometimento do fluxo de informações referente à referência e contrarreferência e demais sistemas relacionados à AB.

As fragilidade detectadas no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, trazem como consequência: o comprometimento da sistemática de M&A da AB realizado pelos gestores municipais, tendo em vista o déficit de informações estratégicas necessárias ao processo de tomada de decisão; deficiência no processo de planejamento municipal; prejuízos significativos na avaliação e análise da gestão da AB realizada pela SESMA; deficiências nos processos de trabalho que afetam os resultados alcançados neste nível de atenção; sobrecarga de funções dos técnicos da SESMA; e pouca transparência no desempenho da gestão e das ações de saúde.

Diante do que foi evidenciado e, visando contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas para a Atenção Básica, foram formuladas recomendações à Secretarias Municipal de Saúde para que promova ações com a finalidade de mitigar as causas e resolver as situações adversas encontradas.

Cabe enfatizar que a solução dos problemas identificados trará benefícios para toda a sociedade, tanto pela melhoria dos serviços prestados, quanto pelo aumento da resolutividade preconizada pelo SUS. Do mesmo modo, os benefícios esperados incluem a economia de recursos públicos, uma vez que a promoção da saúde e a prevenção de doenças no nível primário, além de ter um custo menor, impactam positivamente na diminuição da sobrecarga sofrida pelos níveis de complexidade mais altos.

Espera-se, com a realização deste trabalho, que os achados de auditoria e as recomendações propostas representem oportunidades de ajustes, correções e adequações, e possam contribuir para a melhoria e o aperfeiçoamento das ações de saúde na Atenção Básica.

7. Proposta de Encaminhamento

Com fulcro nas considerações constantes deste relatório, a unidade técnica com o intuito de contribuir para o aprimoramento e a melhoria do desempenho da gestão da Atenção Básica no Município de Belém, submete este relatório preliminar de auditoria e as recomendações expostas a seguir à consideração superior, para que sejam encaminhadas ao gestor pela ação governamental ora sob análise, para sua manifestação acerca dos achados e recomendações contidos no relatório pertinentes às questões analisadas por esta Corte de Contas, conforme Art. 5º, Incisos VI e VII da Resolução nº 07/2015/TCM-PA.

Após a manifestação do Gestor sugere-se que os autos retornem a este Núcleo de Auditoria Operacional (NAOP) para análise de seus comentários e elaboração do relatório final de auditoria.

Recomendações a SESMA:

- 1) Realizar o levantamento ascendente das necessidades de capacitação e formação permanente dos gestores e profissionais da AB, com base nas necessidades locais e regionais.
- 2) Elaborar e manter atualizado o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB.
- 3) Elaborar e implementar o Plano de Educação Permanente em Saúde alinhado ao planejamento municipal e a realidade local e regional, tendo como parte integrante calendário anual de oferta de cursos.
- 4) Realizar ações coordenadas entre a SESPA e a SESMA, por meio dos atores envolvidos no processo (CIB, CIR e CIT e CIES), para discutir, programar e estabelecer, por meio de cronograma, capacitações e formações dos Gestores e profissionais da AB.
- 5) Articular com instituições ensino a participação na elaboração e execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB.
- 6) Promover ações e capacitações continuadas de educação permanente em processos de gestão, visando aperfeiçoar a atuação dos profissionais da atenção básica, no que diz respeito, por exemplo, a planejamento, M&A, alocação de recursos, gestão do conhecimento, comunicação, gestão de desempenho.
- 7) Realizar levantamento (diagnóstico) das necessidades de alocação de pessoal da AB, considerando o perfil epidemiológico, a população coberta por equipe e a composição das equipes multiprofissionais.
- 8) Desenvolver ações que promovam a permanência e valorização dos profissionais na AB, tais como: concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração; incentivos por resultado da equipe; melhores condições de trabalho (EPIs, materiais, equipamentos, transporte, insumos, infraestrutura).
- 9) Criar ferramentas destinadas ao controle do *turnover* dos profissionais da Atenção Básica.
- 10) Estabelecer padrões, requisitos e diretrizes baseados em indicadores epidemiológicos, dados demográficos, socioeconômicos e informações prestadas pelas equipes de saúde

a serem observadas no processo de levantamento das necessidades de saúde da população.

- 11) Viabilizar a participação dos profissionais da AB no processo de planejamento municipal.
- 12) Aperfeiçoar os canais de comunicação existentes entre usuários e as UBS e estas e a SMS de modo que as necessidades dos usuários sejam contempladas no planejamento.
- 13) Promover cursos de capacitação permanente aos membros do conselho de saúde para melhorar o desenvolvimento de suas atribuições.
- 14) Elaborar e implementar fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência) que facilitem a articulação entre os diferentes níveis de atenção e assegure a organização das redes assistenciais, de modo a proporcionar a agilidade e resolutividade no atendimento o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde pelos usuários.
- 15) Elaborar e implementar normas que institucionalizem o preenchimento de referência e contrarreferência.
- 16) Elaborar e implementar o protocolo de regulação municipal.
- 17) Promover ações de capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação de todos os gestores da AB e das equipes de Atenção Básica.
- 18) Adequar a estrutura organizacional da Secretaria, definindo de forma clara e precisa o setor responsável em coordenar todo o processo de M&A da AB a ser realizado por todos os atores responsáveis pela Atenção Básica.
- 19) Dotar o setor responsável pela sistemática de M&A da AB de pessoal capacitado e suficiente, infraestrutura física, equipamentos e apoio logístico necessários ao desenvolvimento de suas atividades.
- 20) Elaborar normativos definindo a sistemática de M&A da AB a ser adotada pela Secretaria, especificando os mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático do resultado das avaliações dos indicadores de saúde e de gestão.
- 21) Publicizar as informações obtidas por meio do M&A da Atenção Básica por meio da realização de reuniões periódicas entre a gestão, coordenação e equipes/profissionais da AB de modo a evidenciar à situação da saúde do Município.
- 22) Criar mecanismos de levantamento de dados para compor os indicadores, incluindo sistemática para verificar a confiabilidade dos dados.
- 23) Elaborar portfólio de indicadores de processos de trabalho (gestão) para a Atenção Básica;
- 24) Capacitar os gestores para o desenvolvimento de indicadores;
- 25) Apoiar tecnicamente as UBS no desenvolvimento e utilização de metodologia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

- 26) Elaborar um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para a realização de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- 27) Adequar a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico.

É o Relatório,

Belém-PA, 17 de outubro de 2016.

Mário Augusto Medina Viana

Coordenador do NAOP
Mat. 500000310

Elisa do Socorro Melo Resque

Analista de Controle Externo
Mat. 500000363

Georgina B. Pantoja Quaresma

Analista de Controle Externo
Mat. 500000265

Luís Otávio Gadelha Barbosa

Analista de Controle Externo
Mat. 500000806

Rosemary Balduino Souza Lopes

Assessor Técnico
Mat. 500000656

8. Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080 de 19 de janeiro de 1.990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080 de 19 de janeiro de 1.990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação e Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série Pactos pela Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil. Diretrizes nacionais de implantação da estratégia eSUS AB. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. Brasília, 2002, 17 p. (J. Cadernos).

BELÉM/PARÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Belém 2009/2012 Prefeitura de Belém.

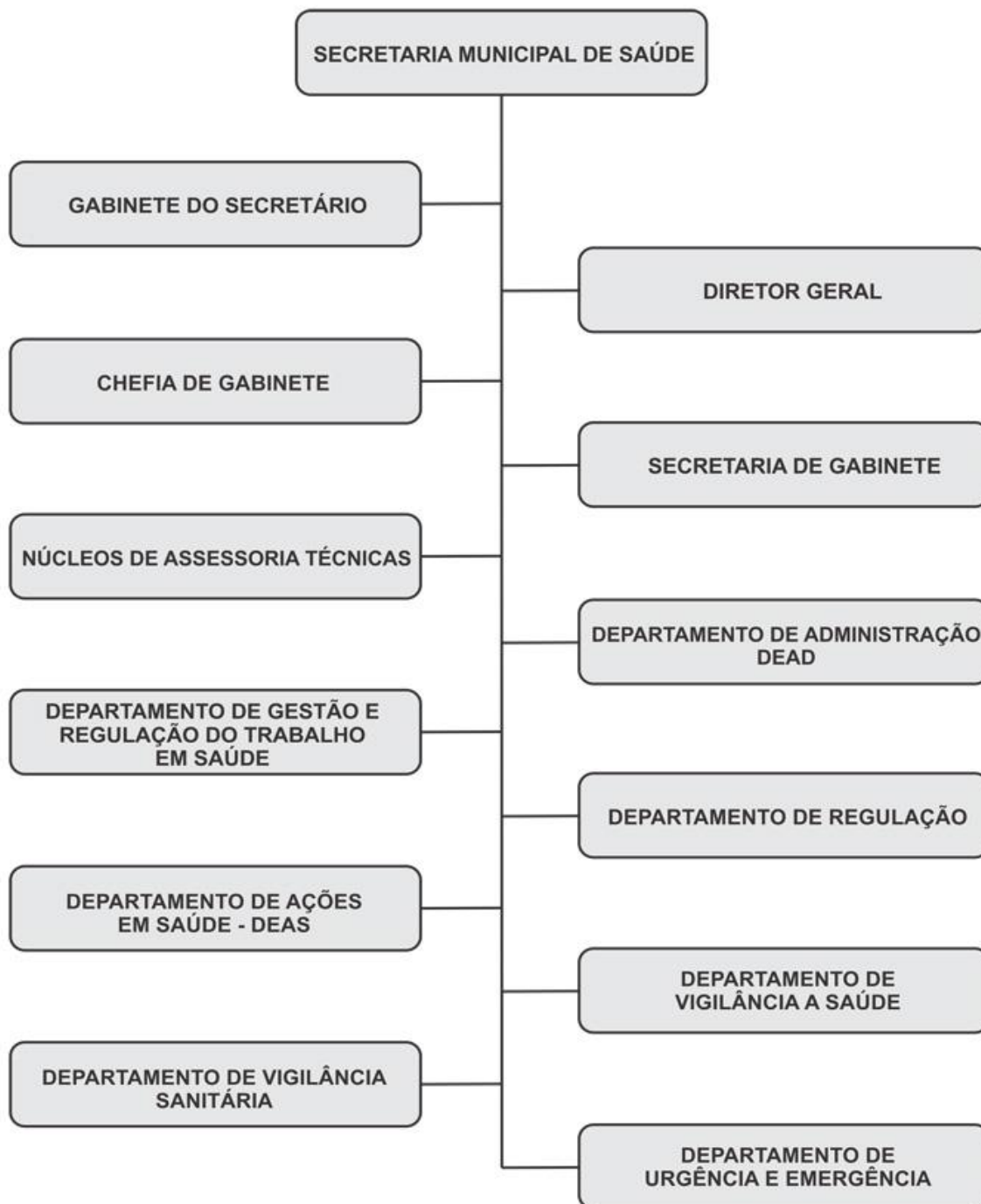
BELÉM/PARÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Belém 2014/2017 Prefeitura de Belém.

FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife 4 (3): 317-321, jul./set., 2004.

DRUKER Peter. A Prática do Gerenciamento, 1954, Pag. 135.

9. Anexos

Anexo I – Organograma da Estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Belém.



Fonte: <http://www.belem.pa.gov.br>

Anexo II – Relação de Unidade Básica de Saúde (UBS) visitadas por Distrito

Distrito	UMS	USF
DAICO	-	Paracuri I
	-	Paracuri II
DAMOS	Baia do Sol	Baia do Sol
DAOUT	Outeiro	Fama
DASAC	Vila da Barca	Vila da Barca
DAENT	Curió Itinga	-
	Águas Lindas	-
	Providência	-
DAGUA	Jurunas	-
TOTAL	7	5

Fonte: NUPS/SESMA.



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Anexo III – Análise Stakeholder

STAKEHOLDER (atores principais)	Grupo P/S	PAPEL do Stakeholder na implementação das ações de saúde da família	INTERESSE do Stakeholder na ação (++, +, 0, -, --)		IMPACTO (se a ação não atender ao interesse do Stakeholder)	Interesse para a auditoria (alto/ médio/ baixo)
Ministério da Saúde	P	• Formulador da política • Financiamento • Assessoramento Técnico • Formação Técnica das Equipes Saúde da Família e Especialização	• Melhoria de Indicadores de Saúde • Garantir o acesso universal • Garantir a integralidade de Assistência na Saúde	++	• Inviabiliza a Estratégia	Alto
Governo do Estado	P	• Apoio técnico e financeiro • Capacitação das Equipes de Saúde da Família em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde • Autorização de funcionamento das ESF – CIB • Residência em Saúde da Família • Controle e Avaliação	• Resolutividade de Atenção Básica • Redução do Impacto na Média e Alta Complexidade - MAC	+	• Fragiliza a Estratégia	Alto
Município	p	• Implantação e implementação • Financiamento • Capacitação das Equipes de Saúde da Família em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde • Planejamento • Controle e avaliação	• Prioridade de Promoção à Saúde e prevenção de doenças • Garantir a qualidade dos serviços de saúde • Melhoria dos indicadores de saúde	++	• Inviabiliza a Estratégia	Alto
Usuário	P	• Participação social	• ter o seu problema de saúde resolvido rapidamente • receber orientações, visando à prevenção • facilidade em ter acesso aos serviços de saúde pública	++	• Dificulta o processo de trabalho pelo desconhecimento da estratégia • Reduz a credibilidade e a adesão • Sobrecarga dos hospitais	Alto



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

STAKEHOLDER (atores principais)	Grupo P/S	PAPEL <i>do Stakeholder na implementação das ações de saúde da família</i>	INTERESSE <i>do Stakeholder na ação (++, +, 0, -, --)</i>	IMPACTO <i>(se a ação não atender ao interesse do Stakeholder)</i>	<i>Interesse para a auditoria (alto/ médio/ baixo)</i>
Conselho Municipal de Saúde	S	• Controle • Participação no planejamento e avaliação das ações • Aprovação das prestações de contas, relatórios de gestão e Plano Municipal de Saúde • Aprovação da expansão das ESF	• Garantia do atendimento Integral com qualidade		• Inviabiliza a Estratégia Alto
Secretaria Municipal de Saúde	P	• Traçar políticas e diretrizes, estabelecer metas e normas, executar planos, programas, projetos e ações relativas à saúde pública.	• Promoção e atendimento com qualidade da saúde pública no município	++	• Inviabiliza a Estratégia Alto
Secretário Municipal de Saúde	P	• Agente Político • Responsável direto do FMS • Membro nato do Conselho Municipal de Saúde • Membro da Comissão Inter gestores Bipartite – CIB • Gerente das ações de saúde no Município • Promulgar / Implementar políticas públicas em ações primárias em saúde • Intervir em situações de agravos à população do Município • Coordenar atividades sanitárias na esfera municipal • Atuar junto às instituições governamentais, não governamentais e instituições privadas em busca de parcerias nas melhorias de saúde no município	• Ter sua imagem associada à boa prestação de serviços de saúde à população	++	• Inviabiliza a Estratégia Alto
Coordenadorias Técnica	P	• Executa ações repassadas pelo Secretário de Saúde; • Coordenar o corpo técnico da Secretaria de Saúde (nível Central) e manutenção técnica (reformas e construções das unidades de Saúde); • Responsável pelo funcionamento dos Postos (Atenção Básica) e Hospital Municipal (Atenção	• Promoção e atendimento com qualidade da saúde pública no município	++	• Fragiliza a estratégia Alto



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

STAKEHOLDER (atores principais)	Grup o P/S	PAPEL do Stakeholder na implementação das ações de saúde da família	INTERESSE do Stakeholder na ação (++, +, 0, -, --)	IMPACTO (se a ação não atender ao interesse do Stakeholder)	Interesse para a auditoria (alto/ médio/ baixo)	
		Secundária); • Responsável pela administração geral da Secretaria de Saúde (recursos humanos e financeiros); • Responsável pela execução dos projetos, ações e programas do Ministério da Saúde, dentro do município; • Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; • Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações Inter setoriais.				
Coordenadora da Atenção Básica	P	• Coordenar as discussões de planejamento e avaliação das ações de serviços prestados à população no nível da atenção básica; • Participar da análise dos dados de produção da equipe; • Atuar de forma integrada com os outros Coordenadores;	• Orientar o planejamento das ações a serem desenvolvidas na Estratégia • Facilitar a comunicação entre os profissionais dos PSF e a Secretaria de Saúde	++	• Dificulta o planejamento das ações a serem desenvolvidas • Fragiliza a estratégia	Alto
Profissionais de Saúde que atuam na Atenção Básica	P	• Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; • Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre	• Atender o paciente; • Garantir a confiança das famílias; • Dispor de infraestrutura, equipamentos, material de atendimento e treinamento adequados.	++	• Inviabiliza a Estratégia	Alto



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

STAKEHOLDER (atores principais)	Grupo P/S	PAPEL <i>do Stakeholder na implementação das ações de saúde da família</i>	INTERESSE <i>do Stakeholder na ação (++, +, 0, -, --)</i>	IMPACTO <i>(se a ação não atender ao interesse do Stakeholder)</i>	<i>Interesse para a auditoria (alto/ médio/ baixo)</i>
		outros); • Garantir a atenção à saúde buscando a resolutiva e a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; • Promover a sensibilização estimulando à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; • Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho; • Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde; • Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica; • Realizar trabalhos interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; • Participar das atividades de educação permanente; e • Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.			

Anexo IV – Análise SWOT

AMBIENTE INTERNO	AMBIENTE EXTERNO
Forças	Oportunidades
● Adesão ao PSE, PMAQ, E-SUS e Requalifica UBS, NASF, Consultório na Rua, Melhor em Casa; ● Aquisição e instalação de equipamentos de informática para atender o E-SUS em 29 UBS, ESF e das Casas especializadas; ● Aquisição de computadores e aparelhos de ar condicionado para a maioria das salas de imunização; ● Elaboração do Plano Municipal de Saúde vigência 2014/2017; ● 1 UPA construída em Icoaraci, 1 UPA em construção no Jurunas, aprovação de mais 3 UPA's até 2015 (terra firme, sacramenta e Marambaia) e aprovação de 1 UBS no Castanheira e 1 UBS em construção no Tenoné; ● Aquisição do Hospital Porto Dias para implantação do hospital de retaguarda; ● Previsão, para novembro, de realização de processo seletivo para contratação de ACS's; ● A chamada pública para a contratualização de laboratórios; ● Previsão de chamada pública para a contratualização de leitos e consultas especializadas; ● Celebração de convênio com a UFRA para a castração de cães e gatos de ruas; ● Celebração de contrato de foto copiadoras com manutenção e insumo para a unidade central da SESMA e UBS's; ● Aprovação de construção de uma câmara fria, para a logística das vacinas; ● Implantação do Sistema de informatização do Programa Nacional de Imunização – SI-PNI. ● Implantação do HORUS (sistema de dispensação de medicamentos); ● Existência de Auditoria e Ouvidoria do SUS; ● Adesão aos Programas de suplementação de vitamina "A" e Nutri-SUS. ● Criação de salas de esperas onde são repassadas informações aos usuários, palestras educativas, transformando-os de sujeitos passivos em sujeitos ativos (Unidade do Maracajá); ● Implementação dos programas (PROAME, hiperdia, Saúde do Homem, Saúde Bucal, Programa da Melhor Idade, TB e NH) nas ESF's; ● Construção de 5 academias de Saúde; ● Ampliação do programa tabagismo nas UBS's; ● Criação do Pacto do acolhimento Belém pela vida (que garante o tratamento aos usuários de álcool e outras drogas) nas ESF's e UBS's e Unidades Urgência e Emergência; ● Implantação do CAPS Infantil (Marco); ● Aquisição de 29 ambulâncias para as UBS's e 1 ambulância para a ilha de Cotijuba.	● Programa de Planificação da Secretaria de Saúde do Estado do Pará; ● Programa PSE, PMAQ, E-SUS e Requalifica UBS; ● Conferências de Saúde Municipais realizadas a cada 2 anos, com representação popular (última em outubro de 2013); ● Parceria com a Escola do SUS na formação de técnicos de saúde bucal e capacitação em saúde mental para os ACS's; ● Participação do Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento dos instrumentos de gestão; ● Parcerias com as Universidades Federais, Estaduais e Particulares, para a realização de estágios supervisionados; (PROSAÚDE e PETSÁUDE ambos da UFPA).
Fraquezas	Ameaças
● Profissionais sem o perfil para trabalhar na Atenção Básica (médicos e parte dos ACS's, odontólogos, enfermeiros, auxiliares administrativos, equipe do NASF e técnicos de enfermagem);	● Insuficiência de recursos estaduais e federais para a atenção básica; ● Quantitativo de população do IBGE é inferior a realidade do município prejudicando o repasse

● Gestores da atenção básica sem perfil para atuar na atenção básica; ● A maioria dos médicos, enfermeiros e psicólogos que atuam na Atenção básica não cumprem a carga horária estabelecida pela PNAB; ● A maioria dos médicos da ESF não realizam as visitas domiciliares; ● Diferença de salário interfere no cumprimento da carga horária dos médicos e dos profissionais da saúde; ● A maioria das Unidades Básicas e ESF's, para não ficarem sem os serviços médicos, ficam reféns dos médicos e aceitem as suas condições (horário e quantidade de atendimento); ● As enfermeiras que gerenciam as unidades das ilhas recebem o mesmo salário daquelas que atuam no centro, sendo que as primeiras têm custo de deslocamento; ● A limitação da quantidade de 16 pacientes/dia e 80/semana por médicos estabelecida pelo Conselho de Medicina; ● A maioria das UBS não tem salas de curativos; ● Procedimentos de urgência que deveriam ser realizados nas UBS's não estão sendo realizados por falta de estrutura e de material (ex: drenagens de abscesso e debridamento (furada de prego)); ● Ausência de protocolo de atendimento nas unidades de saúde definindo as atribuições de cada unidade e de cada profissional; ● Unidades de urgência e emergência atendendo casos clínicos (demanda reprimida); ● Ausência de triagem nas UBS's, na urgência e emergência (acolhimento, direcionamento), por falta de profissionais e estrutura); ● Usuários sem informação e sem cuidar de sua saúde e da saúde de sua família (desconhecimento, falta de cultura); ● UBS'S com peculiaridades específicas, principalmente, para transportar pacientes e efetuar visitas domiciliares; ● A maioria dos médicos e odontólogos não participam do planejamento da Atenção Básica; ● Os gerentes de UBS'S, as equipes da AB e o CMS não participam da discussão para elaboração do Plano Municipal de Saúde; ● A maioria dos profissionais de saúde que atua na AB desconhece o conteúdo do PMS; ● Falta de material para os ACS's realizarem as suas atividades nas visitas domiciliares (uniforme, identificação, prancheta, bicicleta, balança, impressos, etc.); ● Falta de estrutura física das UBS's (sala de reunião, pinças e insumos) dificultando as condições de trabalho para os UBS's desenvolverem as suas atividades; ● Os ACS's das ilhas não possuem meio de transporte para fazer visitas domiciliares (rabetas e combustíveis comprados com recursos próprios); ● Falta de recursos nas UBS's e ESF's para cobrir as despesas de pronto pagamento; ● A maioria dos ACS's não querem realizar as visitas domiciliares, alegam falta de segurança, sol, tentativa de estupro, assalto, desconhecimento da área (zoneamento);	de recursos financeiros para a AB (Ex: Distrito de Outeiro); ● Demanda espontânea elevada vinda de outros municípios (Breves, Barcarena, Acará, Ananindeua) prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde; ● Populações flutuantes nos meses de janeiro, fevereiro, abril, julho, outubro e dezembro e feriados prolongados em Mosqueiro, Outeiro, Cotijuba, Belém (Círio); ● Deficiência de acesso aos sistemas do Ministério da Saúde, bem como de integração entre as UBS e a Secretaria Municipal de Saúde pela precariedade dos serviços de internet existente no município (Cotijuba, Outeiro, Mosqueiro, Pratinha, Marambaia); ● Inconsistências no Sistema de Informações da Atenção Básica do SUS, acarretando prejuízo na avaliação do desempenho das equipes de Atenção Básica; ● Existência de um grande número de terrenos baldios no município (sem conhecimento dos proprietários) e residências fechadas, comprometendo as ações de atenção básica (dengue); ● Falta de segurança dos profissionais que atuam na Atenção Básica, tanto no acesso, quanto no interior das UBS e nas visitas domiciliares.
--	--

● A maioria dos ACS's não cumprem carga horária; ● Parte dos ACS's não desempenham as atividades inerentes a sua função nas visitas domiciliares, apesar de serem capacitados para essa função; ● Não existe instrumentos formais para avaliar o ACS's; ● Falta apoio da Administração da SESMA na solução dos problemas com os ACS's (eles possuem força política); ● Ausência de capacitação contínua para os ACS's pela coordenação da AB; ● Dificuldade dos usuários em entender a filosofia da Atenção Básica, em consequência da ausência de implantação de projetos de divulgação contínua a população; ● Baixos salários dos componentes das equipes de atenção básica nas UBS's (gerentes, médicos, enfermeiros, odontólogos, administrativa, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e ACS's); ● Inexistência de Plano de Cargos e Salários; ● As equipes são responsáveis por um número excessivo de famílias; ● Demanda espontânea elevada, prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde; ● Dificuldade de contratação de médicos para compor o quadro das Unidades Básicas e casas especializadas em razão dos baixos salários; ● Alta rotatividade dos profissionais médicos; ● Vínculo de trabalho precário dos médicos (80% contratados); ● Vínculo de trabalho precário de todos os profissionais que atuam na ESF (toda equipe); ● Deficiência de transporte para desenvolvimento das atividades da Atenção Básica em Saúde (transporte na zona urbana e região das ilhas); ● Falta de informatização no setor administrativo das UBS e ESF's; ● Dificuldade na elaboração e execução do planejamento integrado dos programas específicos da Atenção Básica, bem como do monitoramento e avaliação das ações de saúde realizadas pelas equipes; ● Recursos humanos insuficientes (enfermeiros, agentes de saúde e administrativo, técnicos de enfermagem, agentes de serviços gerais), para o bom desempenho da AB nas UBS, bem como na Secretaria de Saúde (administradores, enfermeiros, agentes administrativos), acarretando a sobrecarga de trabalho nos profissionais que atuam na AB; ● Inexistência de gerente nas ESF's; ● Concentração da coordenação de vários programas com um único responsável acarretando a sobrecarga de trabalho; ● A maioria das UBS's e ESF's estão inadequadas, conforme a tipologia que preconiza o SUS (a Unidade da Cremação não tem condições de funcionamento); ● A maioria das EFS's funcionam em residências alugadas; ● Distribuição insuficiente de medicamentos nas UBS e ESF's em face da grande demanda espontânea (população sem cobertura do programa saúde da família); ● Dificuldade na distribuição dos medicamentos adquiridos as UBS'S pelo DRM da SESMA – Departamento de Medicamentos, em virtude da	
---	--

existência de poucos veículos para fazer a distribuição; ● Atraso na entrega dos medicamentos em virtude da realização de certames licitatórios; ● Deficiências no fluxo de referência e inexistência de contrarreferência); ● Insuficiência de profissionais especializado (psiquiatra, neurologista, alergista, endocrinologista, urologista, infectologista, geriatria, reumatologista, otorrinolaringologista, ginecologista, ... ● Inexistência de cirurgião de cabeça e pescoço, neuro pediatra, pneumologista, em virtude dos baixos salários; ● Insuficiência de exames especializados ex: ressonância, colonoscopia, tomografia, mamografia, endoscopia, mapeamento cerebral, PSA, exames hormonais, ... ● Atendimento em Belém de grande número de pacientes vindos de todo o Estado do Pará; ● Organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde disposta em lei está desatualizada e não reflete a organização adotada atualmente pelo município, resultando na ausência de dispositivo legal acerca das atribuições dos setores responsáveis pelas ações de Saúde Pública, porém o novo já foi construído, mas está na SEMAD; ● Insuficiência de capacitação em nível de gestão; ● Monitoramento precário do programa pré-natal, planejamento familiar implantados, PSE); ● Ausência de controle e fiscalização da disponibilidade dos leitos nos hospitais particulares, públicos e filantrópicos ao sistema público municipal de saúde; ● Auditoria interna da regulação não funciona resultando no afogamento dos prontos socorros municipais e os hospitais municipais.	
---	--

Anexo V – Matriz de Planejamento

Matriz de Planejamento: Auditoria Operacional para avaliar, de forma coordenada com outros Tribunais de Contas, a qualidade dos serviços oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), relacionados à resolutividade, ao acesso, ao atendimento e à estrutura disponibilizada, independentemente dos programas implementados.

Órgãos Auditados: Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Belém, Breves, Canaã dos Carajás, Marabá, Maracanã, Parauapebas, Santarém e Salinas.

Problema de auditoria: A atenção básica à saúde é a porta preferencial de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita a resolução da maioria dos problemas de saúde da população. Considerando a importância desse nível de atenção para o sistema de saúde, o Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Pará, firmou um acordo de cooperação técnica com o Tribunal de Contas da União (TCU) e outros 27 Tribunais de Contas brasileiros para avaliar, de forma coordenada com os outros Tribunais de Contas, a qualidade dos atendimentos prestados por Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são as unidades relacionadas a esse nível de atenção. Inúmeros trabalhos de Auditoria identificaram problemas na atenção básica, os quais se mostram recorrentes, afetando a qualidade dos serviços prestados por meio das UBS. Tais fragilidades demonstram que a gestão da atenção básica, nas três esferas de governo, não está garantindo a qualidade dos serviços à população. Assim, optou-se por avaliar se a gestão exercida está alinhada com as boas práticas de governança, bem como com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

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

EIXO I – GESTÃO DE PESSOAS – QUESTÃO COMUM

Questão 01: Como as Secretarias Municipais de Saúde atuam para promover a **alocação/permanência, a formação e a educação permanente** dos gestores e profissionais da AB?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
1.1) As Secretarias Municipais da Saúde contribuem para a capacitação e formação dos <u>gestores</u> e <u>profissionais de saúde</u> envolvidos com atenção básica?	a) Diretrizes nacionais, estaduais e locais e instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da AB; b) Articulação com o Estado e MS no processo de capacitação e formação de	- CF/88 art. 200, inciso III; - Lei Federal nº 8.080/90, Art. 15, inciso IX; art. 27, I c/c art. Art. 18, Incisos I e III e sua regulamentação por meio do Decreto nº7.508/2011, art. 17 c/c 2º, V.	Normativos e documentos técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde ou CIT, Secretaria Estadual de Saúde ou CIB, CIR e Secretarias Municipais de	- Ofício de requisição as SMS visitadas; (a, c, d, e, f, g) - Pesquisa de informações disponibilizadas no site do Ministério da Saúde e da Secretaria	1) Análise documental dos normativos e estudos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, e SMS visitadas; (a, b, c, d, e, f) 2) Análise qualitativa dos resultados	Grande número de edição de normas e estudos expedidas pelo Ministério da Saúde, exigindo constante atualização e acompanhamento; (a, b, c)	Se as SMS possuem mecanismos para identificar a carência de capacitação dos profissionais envolvidos na AB, inclusive os gestores; (1, 3, 4)



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO I – GESTÃO DE PESSOAS – QUESTÃO COMUM

Questão 01: Como as Secretarias Municipais de Saúde atuam para promover a **alocação/permanência, a formação e a educação permanente** dos gestores e profissionais da AB?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
	gestores e profissionais de saúde da AB; c) Diagnóstico atual (2014) das necessidades de capacitação de gestores e profissionais de saúde em AB. básica (<i>exemplo - quantidades de UBS no município; quantidade de profissionais prevista, lotação e carência, especificando categoria profissional/ especialidade e vínculo empregatício - efetivos e temporários; população coberta e perfil epidemiológico</i>); d) Relação das escolas de governo e instituições de ensino e os respectivos cursos ofertados na área de Saúde Coletiva; e) Relação das capacitações realizadas ou incentivadas pelo Município para a formação e educação permanente dos gestores e profissionais de saúde em AB nos últimos 3 anos. (<i>Relação contendo: carga horária, período de realização, modalidade,</i>	- Portaria GM/MS nº 1.996/2007 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, item 2.3, p. 35; - Portaria nº 2.488/2011, Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, 3.1, VI; 3.3, X, XI; 3.4, VIII, IX; e 4.1; - Resolução CIT/MS nº 4/2012, Anexo I, "Item 7.2;	Saúde na área da AB. (a) - Plano Nacional da Atenção Básica; (a) - Planejamento Estratégico das Secretarias Municipais de Saúde; (a, f, g) - Instrumentos de articulação (cooperações, atas, acordos, convênios) firmados entre: Ministério da Saúde, Estados e municípios; (b) - Diagnóstico sobre as necessidades de capacitação de gestores e profissionais de saúde elaborado pelas SMS; (c) - Gestores estaduais e municipais de saúde; (b, d, e) - Componentes das equipes de	Estadual; (a, b, c, d, f) - Questionário presencial ou eletrônico com os gestores estaduais ou municipais de Saúde; (b, c, d, e, g) - Entrevista com os gestores e profissionais de saúde da AB das UBS visitadas. (b, c, d, e, g)	estratégicos das SMS com relação à capacitação e formação; (f, g) 3) Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários; (b, c, d, e, f e g) 4) Comparação dos dados obtidos junto ao Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais para verificação das informações apresentadas. (b, c, d, e, f, g)	- Precarização na conectividade de banda larga no estado do Pará dificultado e na maioria das vezes impedindo a comunicação por meio eletrônico; (b, d, e, f) - Encaminhamento intempestivo e parcial de documentos solicitados às SMS; (b, c, d, e, f, g) - Falta de confiabilidade dos dados apresentados pelas SMS's. (d, e, f);	- Se as Secretarias Municipais de Saúde articulam com as instituições de ensino o oferecimento de cursos voltados para AB; (1) - Se são promovidas pela SES/SMS Saúde capacitações destinadas aos gestores e profissionais de saúde da AB; (1, 2, 3, 4) - Se as SMS articulam com a Secretaria Estadual de Saúde o processo de capacitação e formação dos gestores e profissionais envolvidos com a AB. (1, 2, 3, 4)



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO I – GESTÃO DE PESSOAS – QUESTÃO COMUM

Questão 01: Como as Secretarias Municipais de Saúde atuam para promover a **alocação/permanência, a formação e a educação permanente** dos gestores e profissionais da AB?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
	<i>instituição promotora, identificação dos inscritos e concluintes, periodicidade de oferta);</i> f) Resultados dos indicadores estratégicos relacionados à capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde em AB; g) Percepção dos secretários municipais, gestores e profissionais de saúde sobre a tempestividade, aplicabilidade e suficiência das capacitações oferecidas pela SES e/ou SMS.		atenção básica; (b, c, g) - Portfólio das escolas de governo e instituições de ensino e respectivos cursos ofertados na área de Saúde Coletiva. <i>(Exemplo: Comissão Permanente de Integração, Ensino e Serviço – CIES (Comissão Regional ligada às CIR, que possuem a competência de formação e capacitação com recurso recebido do MS para tal função) (d)</i> - Plano Municipal anual de capacitação em saúde básica. (b, c, d)				



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO I – GESTÃO DE PESSOAS – QUESTÃO COMUM

Questão 01: Como as Secretarias Municipais de Saúde atuam para promover a **alocação/permanência, a formação e a educação permanente** dos gestores e profissionais da AB?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
1.2) As Secretarias Municipais de Saúde atuam, de forma consistente e a longo prazo, para promover a alocação e a permanência dos <u>profissionais da atenção básica</u> em seus postos de trabalho?	a) Diagnóstico atual (2014) das necessidades de profissionais alinhados às diretrizes da atenção básica; <i>(exemplo - quantidades de UBS no município; quantidade de profissionais prevista, lotação e carência, especificando categoria profissional/ especialidade e vínculo empregatício - efetivos e temporários; população coberta e perfil epidemiológico).</i> b) Instrumentos que visem a alocação e a permanência dos profissionais em seus postos de trabalho <i>(exemplo: a implantação/ implementação de programas de incentivos e premiação às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários e plano de regionalização da oferta de vagas de medicina, incentivos do PMAQ);</i>	• CF/88 art. 200, inciso III; • Lei Federal nº 8.080/90, Art. 15, inciso IX; art. 27, I c/c art. Art. 18, Incisos I e III e sua regulamentação por meio do Decreto nº7.508/11, art. 17 c/c 2º, V. • Portaria GM/MS nº 1.996/07 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, item 2.3, p. 35; • Portaria nº 2.488/11, Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, 3.1, VI; 3.3, X, XI; 3.4, VIII, IX, XII; e 4.1;	• Diagnóstico das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado à AB (série histórica, se houver); (a) • Portfólio de ações e iniciativas que visam a alocação e a permanência dos profissionais em seus postos de trabalho; (b, h) • Gestores e profissionais de saúde da AB das UBS visitadas; (a, b, c, e, f, h) • Sistemas informatizados do Ministério da Saúde (exemplos: eSUS-AB, SIAB, CNES); (a, c) • Quadro de pessoal da atenção básica que atua na área administrativa; (c, d)	• Ofício de Requisição às SMS's visitadas. (a, b, c, d, e, f, g, h) • Pesquisa de informações disponibilizadas nos sites do Ministério da Saúde, IBGE, Governo do Estado do Pará e municípios paraenses; (a, b, e g) • Entrevista com os gestores municipais; (a, b, c, d, e, f, g, h) • Questionário com os gestores municipais de saúde; (a, c) • Extração de dados informatizados para avaliar as ações e iniciativas que visam a alocação e a permanência dos profissionais em seus postos de	1) Análise qualitativa do diagnóstico das necessidades de profissionais da atenção básica; (a) 2) Comparar os estudos das necessidades de pessoal em uma série histórica, se houver; (a) 3) Análise qualitativa das ações e iniciativas que visam a alocação e a permanência dos profissionais em seus postos de trabalho; (b) 4) Comparação entre o diagnóstico elaborado pelas SMS e as ações e iniciativas que visam a alocação e a permanência dos profissionais em seus postos de trabalho; (a, b)	• Falta de confiabilidade dos dados fornecidos pelas SMS; (a) • Dificuldades na obtenção de dados provenientes dos profissionais da atenção básica; (a) • Inconsistência ou desatualização das informações; (a, b) • Inexistência de estudos de análise de necessidades; (a) • Quantidade limitada de servidores frente ao volume elevado de normas e documentos para análise;	• Se as ações e iniciativas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde contribuem para a alocação e permanência dos profissionais da atenção básica; (1, 3, 4, 5, 6, 8) • Se a Secretaria Municipal de Saúde conhece as necessidades de profissionais da AB; (1, 2, 4, 5, 6) • Se a Secretaria Municipal de Saúde participa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e se os incentivos do PMAQ contribuem para a manutenção das equipes; (4, 6) • Se a alocação de profissionais de saúde é adequada para o



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO I – GESTÃO DE PESSOAS – QUESTÃO COMUM

Questão 01: Como as Secretarias Municipais de Saúde atuam para promover a **alocação/permanência, a formação e a educação permanente** dos gestores e profissionais da AB?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
	c) Identificação percentual de profissionais de saúde atuando na área administrativa; d) Quantidade de profissionais admitidos, demitidos e ativos em determinado período; e) Situação funcional, carga horária e forma de contratação dos componentes das equipes de atenção básica; f) Registro de controle e jornada das equipes de atenção básica; g) Identificação da população do município, das UBS e da população atendida por cada UBS; h) Mecanismos utilizados para acompanhamento da rotatividade (<i>turnover</i>) dos profissionais que atuam na AB.		- Fluxo de profissionais admitidos e demitidos; (d, f, g, h) - Censo populacional; (g, h) - Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de planejamento. (a, b, c, e, f, g, h)	trabalho; (a, c, d, g) Entrevistas com profissionais da AB e gestores das UBS visitadas. (c, d, e, f, g, h)	5) Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários; (a, c, d, e, f, g, h) 6) Comparação dos dados obtidos junto ao Ministério da Saúde, IBGE, gestores estaduais e municipais para verificação das informações apresentadas; (a, f, g) 7) Análise <i>turnover</i> dos profissionais da atenção básica; (C, d) 8) Análise do percentual de profissionais de saúde atuando na área administrativa. (d, h)	(a, b, c, d, e, f, g, h) - Precarização no sistema de banda larga no Estado do Pará dificultado e na maioria das vezes impedindo a aplicação de questionário eletrônico; (c, d, e, f, g) - Encaminhamento intempestivo e parcial de documentos solicitados às SMS. (a, b, c, d, e, f, g, h)	funcionamento das UBS (3, 6, 7, 8) - Se a alocação dos profissionais de saúde da atenção básica está de acordo com que preconiza a PNAB; (3, 6, 7, 8) - Se existe e qual é a rotatividade de pessoal (<i>turnover</i>) que atua na atenção básica; (7) - Se existe e qual é o percentual de profissionais de saúde da AB atuando na área administrativa. (8)



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO II – PLANEJAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 02: O processo de planejamento da atenção básica (AB) **reflete as necessidades da população, considera a articulação** entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
2.1) O planejamento das ações municipais voltadas à atenção básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?	a) Diagnóstico (levantamento / estudos) utilizado pelas SMS que identifique as necessidades de saúde relacionadas à AB (contemplando as áreas descobertas, visitas domiciliares, atendimentos, meio disponibilizados); b) Requisitos, informações e procedimentos utilizados pelas SMS para a elaboração/atualização do levantamento das necessidades de saúde na AB e sua integração com o planejamento municipal. (Exemplo: perfil epidemiológico estabelecido para a realização dos levantamentos das necessidades de saúde da população); c) Percepção dos gestores locais sobre as ações de planejamento do município voltadas à AB. d) Percepção dos gestores municipais em relação ao apoio do Estado no processo	- Lei nº 8.080/90, art. 15, XVIII; - Lei nº 8.080/90, art. 17, III e IV; - Lei nº 8.080/90, art. 18 I, II e IV; - PNAB, 3.1, V, VIII e IX; - PNAB, 3.3, IX; - PNAB, 3.4, XII e XIII; - Decreto 7.508/11, art. 15; - Decreto 7.508/11, art. 17; - Decreto 7.508/11, art. 18; - Lei nº 8.142/11, art. 1º, § 2º.	- Estudos, normativos, procedimentos, relatórios de gestão e de monitoramento e/ou de auditoria utilizados pelas SMS para a identificação das necessidades de saúde relacionadas à AB; (a, b) - Normativos e documentos técnicos elaborados e/ou utilizados pelas SMS, estabelecendo os requisitos e os procedimentos para o levantamento das necessidades de saúde na AB; (a, b) - Atas ou normativos expedidos pelas CIB e/ou CIR (Resoluções e	- Ofício de requisição de documentos às SMS visitadas e CMS; (a, b, e, f, i, j) - Entrevista com gestores municipais de saúde das SMS visitadas; (a, b, e, f, i) - Pesquisa de informações disponibilizadas no site do Ministério da Saúde; (e) - Questionários com os gestores municipais da SMS para identificar as necessidades de saúde da atenção básica; (a, b, c, d, e, h, i) - Extração de dados informatizados para obter os requisitos utilizados para o levantamento de necessidades de saúde da atenção básica; (a, e, i)	1) Análise documental dos normativos, estudos, planos, deliberações; (a, b, e, f, h, i, j) 2) Análise qualitativa das entrevistas; (a, b, e, f, i, g) 3) Análise descritiva a partir da tabulação dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários; (c, d, g) 4) Triangulação dos dados (normativos, estudos, planos e deliberações, entrevistas com gestores, conselheiros municipais e usuários da UBS visitadas); (a, b, c, d, e, f, g, h, i)	- Representatividade parcial dos Conselheiros Municipais de Saúde; (a, b, e, f, g) - Precarização na conectividade de banda larga no Estado do Pará dificultado, e na maioria das vezes, impedindo a comunicação por meio eletrônico; (a, b, c, d, e) - Encaminhamento intempestivo e parcial de documentos solicitados às SMS; (a, b, c, d, e, f, h, i) - Indisponibilidade dos dados dos sistemas informatizados das SMS,	- Se as SMS dispõem de metodologia formal para levantamento das necessidades de saúde da população na AB; (1, 2, 3, 4, 5) - Se as SMS vêm realizando o levantamento das necessidades de saúde da população; (1, 2, 3, 4, 5) - Se o estudo realizado pelas SMS tem contribuído na identificação das necessidades de saúde da AB; (1, 2, 3, 4, 5) - Se as SMS têm recebido apoio da SES para o levantamento das necessidades; (1, 2, 3, 4, 5) - Se existe apoio das SMS às UBS para levantamento das



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO II – PLANEJAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 02: O processo de planejamento da atenção básica (AB) **reflete as necessidades da população, considera a articulação** entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
	de planejamento em relação à AB; e) Dados da atenção básica (exemplo: cobertura dos programas da AB); f) Planos e ações municipais voltados a AB; g) Percepção do usuário da atenção básica quanto às necessidades de saúde; h) Mecanismos de comunicação entre a SMS e os gestores das UBS; i) Ações desenvolvidas pelas SMS destinadas ao apoio às UBS no processo de levantamento das necessidades de saúde da AB; j) Demandas de serviços e ações levantadas pelas conferências Municipais de saúde.		deliberações); (a, b) - Relatórios das Conferências de Saúde; (a, b) - Conselhos Municipais de Saúde; (a, b, e, f, g) - Gestores municipais da Saúde SMS; (a, b, c, d, e, f, h, i) - Sistemas informatizados do Ministério da Saúde (exemplos: eCAR, eSUS-AB, SIAB, CNES); (e) - Usuários dos serviços prestados pela atenção básica; (g) - Relatórios das conferências municipais de Saúde. (j)	- Entrevista e questionários com os usuários dos serviços prestados pela atenção básica; (g) - Entrevista e questionário com os responsáveis pela Ouvidoria da SMS para identificação das necessidades do usuário da atenção básica; (g) - Entrevistas e questionários com os Conselheiros de saúde dos municípios visitados. (a, b, e, f, g)	5) Análise qualitativa dos estudos realizados pelas SMS para o levantamento das necessidades de saúde e integração com o seu planejamento; (a, b, e) 6) Comparação entre os dados extraídos do site do Ministério da Saúde e as informações identificadas junto aos gestores e usuários dos serviços da atenção básica. (d, e, g)	quando existem. (a, e)	necessidades de saúde da população; (1, 2, 3, 4, 5) - Se o levantamento das necessidades de saúde realizado pelas SMS reflete a realidade municipal de forma a orientar o planejamento integrado (PPA, Plano de Saúde, Conferências de Saúde, LDO e LOA); (1, 2, 3, 4, 5, 6) - Se as SMS promovem as articulações necessárias para o aperfeiçoamento da regionalização e das redes de atenção; (1, 2, 3, 4, 5, 6)

EIXO II – PLANEJAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 02: O processo de planejamento da atenção básica (AB) **reflete as necessidades da população, considera a articulação** entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
2.2) As Secretarias Municipais de Saúde atuam para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?	a) Competência dos entes federativos/unidades administrativas nas ações de articulação entre AB com os demais níveis de atenção; b) Acordos de colaboração firmados entre os entes federativos / unidades administrativas; c) Medidas das SMS para promover o avanço do processo de articulação da AB com os demais níveis de atenção; d) Fluxos estabelecidos para referência e contrarreferência e os mecanismos de regulação municipal; e) Dados sobre referência, contrarreferência e regulação (exemplo: tempo de espera, especialidade e absenteísmo); f) Percepção dos gestores municipais da saúde, profissionais da AB, profissionais da regulação e	• Lei nº 8.080/90, art. 15, XVIII; • Lei nº 8.080/90, art. 17, III e IV; • Lei nº 8.080/90, art. 18 I, II e IV; • PNAB, 3.1, V, VIII e IX; • PNAB, 3.3, IX; • PNAB, 3.4, XII e XIII; • Decreto 7.508/11, art. 15; • Decreto 7.508/11, art. 17; • Decreto 7.508/11, art. 18; • Lei nº 8.142/11, art. 1º, § 2º; • Portaria MS nº 4.279/10; • Portaria do SISREG; • Resolução CIB-SUS-PA nº 114, de 09 de julho de 2014.	• Normativos e documentos técnicos que estabeleçam os mecanismos de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção; (a, b, c, d, e) • Protocolos e instrumentos que determinem os fluxos de referência e contrarreferência e mecanismos de regulação; (b, c, d, e) • Atas ou normativos expedidos pelas CIB e/ou CIR (resoluções e deliberações); (b, c, d, e) • Gestores municipais da saúde, profissionais da AB, profissionais da regulação e	• Ofício de requisição de documentos às SMS visitadas, bem como para a Comissão Intergestora (CIB/CIR); (a, b, c, d, e) • Entrevistas e questionários com os gestores e profissionais da atenção básica das UBS visitadas; (a, c, d, e, f, g) • Pesquisa de informações disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, Secretaria estadual e Prefeituras Municipais; (e) • Entrevista e questionários com os usuários dos serviços prestados pela atenção básica nas UBS visitadas; (f) • Entrevista com os responsáveis pela Ouvidoria das SMS	1) Análise documental dos normativos e documentos técnicos; (a, b, c, d, e) 2) Análise qualitativa das medidas das SMS para promover o avanço do processo de articulação da AB com os demais níveis de atenção; (c) 3) Análise qualitativa dos dados sobre referência, contrarreferência e regulação para identificar o nível de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção; (d, e) 4) Triangulação dos dados obtidos junto aos gestores	• Inexistência, e quando existe, dificuldades na extração de dados sobre referência, contrarreferência, regulação, cobertura e absenteísmo; (e) • Encaminhamento intempestivo e parcial de documentos solicitados às SMS; (a, b, c, d, e) • Coincidência do período da auditoria com o período eleitoral; (a, b, c, d, e) • Precarização na conectividade de banda larga no Estado do Pará dificultado, e na maioria das vezes,	• Se as SMS promovem, implementam e aperfeiçoam os mecanismos de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção à saúde; (1, 2, 4, 5) • Se as SMS contribuem para que a Atenção Básica seja a coordenadora do cuidado à saúde; (1, 2, 4, 5) • Se as SMS organizam o fluxo de usuários de forma a garantir a referência e contrarreferência a aos serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades dos usuários; (3) • Se o registro de contrarreferência de



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO II – PLANEJAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 02: O processo de planejamento da atenção básica (AB) reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
	usuários sobre as dificuldades no processo de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde; g) Percepção dos membros do Conselho Municipal de Saúde quanto a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção;		Profissionais da unidade de referência; (f, g) • Usuários dos serviços prestados pela AB; (f) • Ouvidoria das SMS para identificação das dificuldades no funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência; (f) • Conselho Municipal de Saúde; (g) • CNES e DAB	para coletar a percepção dos usuários quanto as dificuldades no funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência; (f) • Entrevistas com profissionais da regulação; (f) • Entrevistas com os membros do Conselho Municipal de Saúde. (g)	municipais de saúde, profissionais da AB, responsáveis pela regulação e Usuários das UBS visitadas; (a, b, c, d, e, f, g) 5) Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários aplicados aos gestores municipais, profissionais da atenção básica, centrais de regulação e usuários da AB; (b, c, d, e)	impedindo a comunicação por meio eletrônico. (d, e)	pacientes é uma realidade nas SMS auditadas. (3)

EIXO III – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 03: Os municípios auditados possuem **estrutura, indicadores e suporte de TI**, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possam contribuir para o aprimoramento da gestão?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
3.1) As Secretarias Municipais de Saúde possuem estrutura e equipe técnica específica e suficiente para <u>realizar o monitoramento e avaliação</u> dos serviços prestados pela atenção básica?	a) Quantitativo de pessoal (alocação atual e critérios de dimensionamento) para monitoramento e avaliação de indicadores da atenção básica; b) Percepção dos gestores municipais quanto à composição e suficiência da equipe técnica para realização de monitoramento e avaliação da atenção básica.	• Lei 8.080/90, art. 15, I, III, IV; • Lei 8.080/90, art. 18, I, III; • PNAB, 3.1, VIII, IX, X; • PNAB, 3.4, XIII, XV; • Decreto 7.508/11, art. 17 c/c 2º, V; • Decreto 7.508/11, art.35, § 1º; • Portarias Técnicas do MS que estabelecem os Programas de Saúde.	• Gestores municipais da SMS (exemplo: Secretário, Gestor das UBS visitadas); (a, b) • Planejamento de TI em relação aos sistemas de monitoramento e avaliação; (a) • Sistemas informatizados do Ministério da Saúde (exemplo: eSUS-AB, e-Car, SIAB, CNES, IDSUS); (a, b)	• Ofício de requisição às SMS; (a) • Pesquisa de informações disponibilizadas nos sites do MS, SES e SMS; (a) • Entrevistas e questionários com os gestores e membros das equipes de TI e de monitoramento e avaliação das SMS visitadas para identificar a estrutura existente e sua suficiência para realizar o monitoramento e avaliação da AB; (a, b) • Pesquisa bibliográfica dos instrumentos de avaliação e monitoramento dos indicadores. (d)	1) Análise documental dos documentos, normativos e informações obtidos junto as SMS; (a, b) 2) Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários; (a) 3) Triangulação dos dados obtidos junto ao Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais para verificação das informações apresentadas; (a) 4) Avaliação dos relatórios de monitoramento e avaliação dos serviços prestados na AB. (b)	• Grande número de edição de normas e estudos expedidas pelo Ministério da Saúde, exigindo constante atualização e acompanhamento; (a, b) • Precarização na conectividade de banda larga no Estado do Pará dificultado, e na maioria das vezes, impedindo a comunicação por meio eletrônico; (a, b) • Indisponibilidade e dos dados dos sistemas informatizados das SMS, quando existem; (a, b)	• Se as SMS auditadas possuem estrutura e equipe técnica específica e suficiente para realizar o monitoramento e avaliação de indicadores da AB. (1, 2, 3, 4)



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO III – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 03: Os municípios auditados possuem **estrutura, indicadores e suporte de TI**, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possam contribuir para o aprimoramento da gestão?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
3.2) As Secretarias Municipais de Saúde possuem e utilizam indicadores para realizar o monitoramento e a avaliação e esses indicadores permitem uma adequada avaliação da atenção básica de modo a contribuir para o aprimoramento da gestão.	a) Relação dos indicadores (<i>universais, específicos e/ou próprios / área fim e/ou meio</i>) utilizados para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela atenção básica; b) Regras que definem a relação entre os indicadores (avaliação e monitoramento) e os instrumentos de planejamento; c) Referência metodológica para avaliação da gestão e dos indicadores; d) Relatórios de monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica.	• Lei 8.080/90, art. 15, I, III, IV; • Lei 8.080/90, art. 18, I, III; • PNAB, 3.1, VIII, IX, X; • PNAB, 3.4, XIII, IX, XV; • Decreto 7.508/11, art. 17 c/c 2º, V; • Decreto 7.508/11, art.35, § 1º.	• Gestores municipais da Saúde SMS (exemplo: Secretário, Gestor das UBS visitadas); (a, b, c, d) • Portfólio de indicadores utilizados para avaliar e monitorar a gestão e os serviços prestados pela atenção básica; (a, b) • Instrumentos de avaliação dos indicadores (exemplo: <i>Manuais de Avaliação de Indicadores do TCU, PMBOK, COSO, BSC, GPD e MPOG</i>); (c) • Normativo interno das SMS definindo a relação entre os indicadores estabelecidos e os instrumentos de planejamento; (a, b, c) • Plano Estratégico (<i>Planos de Saúde</i>,	• Ofício de requisição às SMS. (a, b, c, d) • Entrevistas com os gestores e membros das equipes de monitoramento e avaliação das SMS visitadas para identificação dos indicadores utilizados e a correlação com o planejamento; (a, b, c, d) • Entrevistas com os gestores e membros das equipes de monitoramento e avaliação das SMS visitadas para avaliar e confirmar a utilização dos indicadores disponibilizados pelo Ministério da Saúde; (a, b, c, d) • Questionários com os gestores municipais para avaliar e confirmar	1) Análise qualitativa do Portfólio de Indicadores utilizados; (a) 2) Análise documental dos normativos e estudos das SMS estabelecendo a relação entre os indicadores utilizados e os instrumentos de planejamento; (b, c) 3) Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários; (a, b, c, d) 4) Triangulação dos dados obtidos junto ao Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais para verificação das informações	• Grande número de edição de normas e estudos expedidas pelo Ministério da Saúde, exigindo constante atualização e acompanhamento; (a, b) • Precarização na conectividade de banda larga no Estado do Pará dificultado, e na maioria das vezes, impedindo a comunicação por meio eletrônico; (a, b, c, d) • Encaminhamento intempestivo e parcial de documentos solicitados às SMS; (a, b, c, d) • Indisponibilidade e dos dados dos	• Se as SMS possuem indicadores próprios para realizar o monitoramento e a avaliação da atenção básica; (1, 2, 5) • Se as SMS utilizam indicadores e quais indicadores utilizados (universais, específicos e/ou próprios / área fim e/ou meio) no monitoramento e na avaliação da AB;(1,2) • Se os indicadores utilizados pelas Secretarias Municipais de Saúde permitem uma adequada avaliação da gestão da atenção básica. (1, 2, 3, 4, 5, 6)



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO III – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 03: Os municípios auditados possuem **estrutura, indicadores e suporte de TI**, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possam contribuir para o aprimoramento da gestão?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
			<i>Programações Anuais e Relatórios de Gestão do ano de 2013</i> das SMS. (a, d)	a utilização dos indicadores disponibilizados pelo Ministério da Saúde; (a, b, c) • Pesquisa de informações disponibilizadas nos sites do MS, SES e SMS; (b, c) • Pesquisa bibliográfica dos instrumentos de avaliação e monitoramento dos indicadores. (b, c)	apresentadas; (a, b, c, d) 5) Avaliação dos indicadores utilizados pelas SMS com base nos modelos teóricos de avaliação de indicadores <i>(exemplo: Manuais de Avaliação de Indicadores do TCU, PMBOK, COSO, BSC, GPD e MPOG)</i> ; (a, b, c) 6) Avaliação dos relatórios de monitoramento e avaliação dos serviços prestados na AB. (d)	sistemas informatizados das SMS, quando existem. (a, c)	
3.3) As Secretarias Municipais de Saúde possuem estrutura de TI para <u>realizar o monitoramento e avaliação</u> dos serviços	a) Estrutura organizacional de TI das SMS destinada a dar suporte e desenvolvimento de sistema ao monitoramento e avaliação dos indicadores da AB; c) Diagnóstico das necessidades	• Lei 8.080/90, art. 15, I, III, IV; • Lei 8.080/90, art. 18, I, III; • PNAB, 3.1, VIII, IX, X; • PNAB, 3.4, XIII, XV;	• Gestores municipais da SMS (exemplo: Secretário, Gestor das UBS visitadas); (a, b, c, d, e) • Planejamento de TI em relação aos sistemas de	• Ofício de requisição às SMS; (a, b, c, e) • Pesquisa de informações disponibilizadas nos sites do MS,	1) Análise documental dos documentos, normativos e informações obtidos junto as SMS; (a, b, c, d, e)	• Grande número de edição de normas e estudos expedidas pelo Ministério da Saúde, exigindo constante atualização e	• Se existe plano estratégico de TI e se este contempla as necessidades da sistemática de avaliação e monitoramento da atenção básica de modo a contribuir



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

EIXO III – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO – QUESTÃO COMUM

Questão 03: Os municípios auditados possuem **estrutura, indicadores e suporte de TI**, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possam contribuir para o aprimoramento da gestão?

Subquestões de Auditoria	Informações requeridas	Critérios	Fontes de informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimentos de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
prestados pela atenção básica?	infraestrutura de TI (equipamentos, <i>softwares</i> , conectividade de banda larga) das SMS para avaliação e monitoramento da atenção básica; d) Percepção dos gestores municipais quanto à composição e suficiência da equipe de TI para realização de monitoramento e avaliação da atenção básica; e) Relação dos sistemas de TI desenvolvidos e implementados para avaliação e monitoramento da atenção básica.	- Decreto 7.508/11, art. 17 c/c 2º, V; - Decreto 7.508/11, art.35, § 1º; - Portarias Técnicas do MS que estabelecem os Programas de Saúde.	monitoramento e avaliação; (a, b, c, e) - Sistemas informatizados do Ministério da Saúde (exemplo: eSUS-AB, e-Car, SIAB, CNES, IDSUS); (c, d, e) - Ministério da Saúde. (c)	SES e SMS; (a, b, e) - Entrevistas e questionários com os gestores e membros das equipes de TI e de monitoramento e avaliação das SMS visitadas para identificar a estrutura existente e sua suficiência para realizar o monitoramento e avaliação da AB; (a, b, e) - Pesquisa bibliográfica dos instrumentos de avaliação e monitoramento dos indicadores. (b, e)	2) Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários; (b, d, e) 3) Triangulação dos dados obtidos junto ao Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais para verificação das informações apresentadas; (a, b, e) 4) Avaliação dos relatórios de monitoramento e avaliação dos serviços prestados na AB. (d)	acompanhamento; (a, b) - Precarização na conectividade de banda larga no Estado do Pará dificultado, e na maioria das vezes, impedindo a comunicação por meio eletrônico; (a, b, e) - Indisponibilidade dos dados dos sistemas informatizados das SMS, quando existem; (a, b, e) - Precariedade e/ou inexistência de estudo da demanda das necessidades infraestrutura de TI. (c)	para o aprimoramento da gestão; (1, 2, 4) - Se existe diagnóstico da infraestrutura de TI necessária para realizar o monitoramento e avaliação da atenção básica, e se ele reflete as necessidades demandadas; (1, 2, 3, 4) - Se a estrutura de TI existente nas SMS é suficiente para sistemática de monitoramento e avaliação da AB; (1, 2, 3, 4) - Se o planejamento de TI contempla as necessidades da sistemática de monitoramento e avaliação da atenção básica. (1, 2, 3, 4)



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Anexo VI – Matriz de Achados

Questão 1: **Como a Secretaria de Saúde do Município de Belém atua para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica?**

Sub questão 1.1 – A Secretaria de Saúde do Município de Belém contribui para a capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com atenção básica?

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais que atuam na Atenção Básica.	- CF/88 Arts. 196; 30, inciso VII e 200, inciso III; - Lei Federal nº 8.080/90, Art. 15, inciso IX; art. 27, I c/c art. 18, Incisos I e III e sua regulamentação por meio do Decreto nº7.508/11, art. 17 c/c 2º, V. - Portaria GM/MS nº 1.996/07 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, item 2.3, p. 35; - Portaria nº 2.488/11, Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, 3.1, VI; 3.3, X, XI; 3.4, VIII, IX, XII; e 4.1;	1) Insuficiência de capacitações permanentes na área de gestão da AB e capacitações isoladas e assistemáticas ofertadas aos profissionais de saúde da AB; (a, b, d, e, f) 2) Os cursos de capacitação para a gestão, quando ofertados pela SES e SMS, são intempestivos, deficientes, insuficientes e não atendem as necessidades decorrentes da realidade municipal e regional, bem como de aprimoramento da gestão; (a, b, d, e, f) 3) Os gestores municipais responderam que a SES não disponibiliza instrumentos técnicos e pedagógicos que orientem e facilitem o processo de formação e educação permanente; (c) 4) Os cursos de capacitação para os profissionais de saúde, quando ofertados pela SMS, são intempestivos, deficientes, insuficientes e não atendem as necessidades decorrentes da	a. Inexistência do Plano de Educação Permanente; (1, 2) b. Inexistência, na SMS de Belém, de um cronograma dos cursos periódicos de capacitação destinado aos gestores, em todos os níveis, e profissionais da AB; (1, 2, 4, 5) c. Deficiência na articulação entre SMS e SES na promoção e formação dos gestores e profissionais de saúde da AB; (3) d. Deficiente qualificação técnica da Gestão municipal em todos os níveis. (1, 2, 3)	- Baixa qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, gerando prejuízo da qualidade dos serviços prestados aos usuários; (a, b, c, d, e, f) - Não atendimento das reais necessidades dos gestores e profissionais da Atenção Básica; (a, b, c, d, e, f) - Comprometimento dos princípios e diretrizes preconizados na PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e PNEPS (Política Nacional de Educação	- Realizar o levantamento ascendente das reais necessidades de capacitação e formação permanente dos gestores e profissionais da AB, com base nas necessidades locais e regionais; (e) - Elaborar e manter atualizado o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB, traduzindo essas necessidades nos planos de saúde; (f) - Elaborar e implementar o Plano de Ação de Educação Permanente em Saúde alinhado ao planejamento municipal e a realidade local e regional, tendo como parte integrante um calendário anual de oferta de cursos; (a, b, d) - Realizar ações coordenadas entre a SESPA e a SESMA,	- Realização de capacitações condizentes com a necessidade dos profissionais da AB e o perfil epidemiológico local e regional; - Aprimoramento na qualificação dos gestores em todos os níveis e profissionais da Atenção Básica; - Aumento da articulação entre o estado e o município, de forma a prover capacitações mais eficientes e efetivas aos profissionais da área de saúde; - Melhorias na qualidade e resolutividade na

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
	Resolução CIT/MS nº 4/2012, Anexo I, "Item 7.2;	realidade municipal e regional, conforme relato de 53,85% dos médicos, 50,00% dos odontólogos, 62,50% dos enfermeiros, 73,68% dos técnicos de enfermagem e 88,57% dos ACS's; (b, e, f) 5) Baixa oferta de cursos, realização de capacitações isoladas e descontínuas e a concentração de conhecimento em poucas pessoas, as quais, em sua maioria, não atuam na área finalística; (b, e, f) 6) Fragilidade nos procedimentos de identificação das necessidades de capacitação dos profissionais da AB; (e, f) 7) Os profissionais da Atenção Básica: 82,61% dos gestores municipais, 92,31% dos médicos, 62,50% dos odontólogos, 75,00% dos enfermeiros, 83,33% dos técnicos de enfermagem e 86,673% dos ACS's, declararam que não são consultados sobre quais cursos/capacitações teriam necessidade ou interesse de participar relativa às suas funções; (e, f) 8) Os gestores municipais entrevistados declararam que não realizam levantamento que retrate as reais necessidades de capacitação dos profissionais e gestores da AB; (e, f) 9) Falta de priorização da SMS em promover a educação permanente. (e, f)	e. Deficiência no levantamento das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB; (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9) f. Ausência de Diagnóstico das necessidades de capacitação e formação continuada dos gestores e profissionais da AB baseado no perfil epidemiológico municipal, das Necessidades locais e regionais. (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9)	Permanente em Saúde). (a, c)	por meio dos atores envolvidos no processo (CIB, CIR e CIT e CIES), para discutir, programar e estabelecer, por meio de cronograma, capacitações e formações dos Gestores e profissionais da AB; (b, c, d) - Articular com instituições ensino a participação na elaboração e execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB; (d, e) - Promover ações e capacitações continuadas de educação permanente em processos de gestão, visando aperfeiçoar a atuação dos Profissionais da atenção básica, no que diz respeito, por exemplo, a planejamento, M&A, alocação de recursos, gestão do conhecimento, comunicação e gestão de desempenho.	prestação dos serviços ofertados aos usuários; Redução dos riscos e danos à saúde da população residente no município.

Sub questão 1.2 – A Secretaria de Saúde do Município de Belém atua, de forma consistente e a longo prazo, para promover **a alocação e a permanência** dos profissionais da atenção básica em seus postos de trabalho?

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a <u>alocação e permanência dos profissionais</u> em seus postos de trabalho.	- CF/88 Arts. 196; 30, inciso VII e 200, inciso III; - Lei Federal nº 8.080/90, Art. 15, inciso IX; art. 27, I c/c art. Art. 18, Incisos I e III e sua regulamentação por meio do Decreto nº7.508/11, art. 17 c/c 2º, V. - Portaria GM/MS nº 1.996/07 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS, item 2.3, p. 35; - Portaria nº 2.488/11, Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, 3.1, VI; 3.3, X, XI; 3.4, VIII, IX, XII; e 4.1;	1) Inexistência de levantamento/diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal para o nível de atenção primária, baseado no perfil epidemiológico da população e nos parâmetros estabelecidos pela PNAB; 2) Deficiência no planejamento em relação à necessidade de alocação e permanência de profissionais da AB; 3) Inexistência de instrumentos/mecanismos e/ou procedimentos administrativos previamente definidos para promover a alocação e permanência dos profissionais desse nível de atenção, de acordo com o perfil epidemiológico; 4) O Município de Belém não possui Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração para incentivar a permanência dos profissionais na Atenção Básica; 5) Deficiência dos mecanismos de acompanhamento da rotatividade dos profissionais da AB; 6) 51,00% dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS afirmaram, por meio de questionário, que os pontos negativos para a realização do seu trabalho estão relacionados à insuficiência de EPIs, materiais de expediente, uniforme adequado, meios de	a) Desconhecimento do perfil epidemiológico da população; (1, 2) b) Falta de ações que promovam a alocação e permanência dos profissionais de saúde na primeira linha de cuidado; (3, 5) c) Limitação orçamentário-financeira para proporcionar incentivo de permanência aos profissionais de saúde nas regiões de difícil acesso e de alto risco; (2, 3, 4) d) Baixo apoio e incentivo do Estado e do Governo Federal à alocação e permanência dos profissionais de saúde; (7) e) Inexistência de Planos de Cargos,	- Carência de profissionais, quantitativa e qualitativamente, na AB, prejudicando a resolução dos serviços, implicando na baixa cobertura de atendimento, conforme o CNES, DAB, DATASUS e ofícios de requisição a SMS; (a, b, c, d, e, f, g) - Sobrecarga de trabalho, em algumas UBS, em razão do desconhecimento do perfil epidemiológico da população atendida; (a, b, c, d, e, f, g) - Elevada rotatividade de profissionais da AB, com consequente descontinuidade de ações, dificultando o estabelecimento do vínculo preconiza-	- Realizar levantamento (diagnóstico) das necessidades de alocação de pessoal da AB, considerando o perfil epidemiológico, a população coberta por equipe e a composição das equipes multiprofissionais; (a) - Desenvolver ações que promovam a permanência e valorização dos profissionais na AB, exemplo: Concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração; incentivos por resultado da equipe; melhores condições de trabalho (EPIs, materiais, equipamentos, transporte, insumos, infraestrutura); (d, e) - Criar ferramentas destinadas ao controle do turnover dos profissionais da Atenção Básica (b, c).	- Melhorias nas condições de trabalho dos profissionais que atuam na AB; - Aumento da cobertura da AB à população; - Melhorias na prestação de serviços a população atendida pela rede de AB; - Fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com os usuários, permitindo o desenvolvimento de um trabalho contínuo e resolutivo; - Composição e alocação das equipes da AB, em conformidade com as diretrizes da PNAB;



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		transporte, produto de proteção pessoal e equipamentos básicos e necessários para a execução de suas rotinas; 7) Inexistência de políticas de gestão de pessoas que incentivem a fixação, alocação e permanência de profissionais na AB;	Carreiras e Remuneração – PCCR; (4) f) Precariedade do vínculo empregatício dos profissionais da Atenção Básica; (4) g) Falta de valorização dos profissionais da AB. (4, 6, 7)	do pela PNAB; (a, b, c, d, e, g) - Baixa resolutividade da AB; (a) - Dificuldade de acesso, pela população, aos serviços da Atenção Básica. (a, b, c, d, e, f, g)		

Questão 2: O processo de planejamento da Atenção Básica (AB) do Município de Belém reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde?

Sub questão 2.1 – O planejamento das ações municipais voltadas à atenção básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na Atenção Básica.	- CF/88 Art. 165 e 174; - Lei Federal 8.080/90, art. 17, II, III e IV, a; art. 18 I, II e IV, a; - Decreto nº 7.508/2011, art. 15, §§ 1º a 3º; - Sistema de Planejamento do SUS/2009 (PlanejaSUS); - LC 141/2012, art. 30, § 1º; - Portaria GM/MS 2.135/2013, art. 1º, inciso IV; - PNAB, 3.1, V e VIII; - PNAB, 3.3, V; - PNAB, 3.4, XII e XIII; - Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS) nº 04, de 19/07/2012, Anexo I, item 1.2, letra "f".	- Ausência de estudos e informações para identificar as necessidades de saúde da população; (Ofício às SMS e Entrevistas com os gestores) - Ausência de contribuição da SES no levantamento das necessidades de saúde da população e no processo de planejamento do Município em relação à Atenção Básica; Questionário com o gestor municipal; - Apoio precário da SMS às UBS para o levantamento das necessidades de saúde da população; Entrevistas com gestor da UBS; - Gestores da AB e das UBS não participam da elaboração e ainda, desconhecem os principais instrumentos de planejamento em saúde; - Ausência de tratamento e aproveitamento dos dados coletados nas UMS's e na ouvidoria municipal de saúde como subsídio ao planejamento e aperfeiçoamento dos serviços ofertados na AB; Entrevistas com gestor da UBS Precariedade dos instrumentos de coleta de informações junto aos usuários, seja por meio de caixas coletoras ou ouvidoria municipal de saúde, - Baixa efetividade na atuação e na participação dos Conselheiros	- inexistência de metodologia única e formal para elaborar e atualizar o levantamento das necessidades de saúde da população na AB, contribuindo para inconsistência do planejamento e consequentemente para a baixa resolutividade dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde; - baixo apoio da SESMA às UBS para o levantamento das necessidades de saúde da população e para o planejamento da saúde, resultando na insuficiência da prestação de serviços em algumas unidades e ausência em outras, comprometendo o atendimento às reais necessidades	- Planejamento incipiente não refletindo a real necessidade de atendimento das demandas de saúde da população; (a, b, c, d) - Baixa resolutividade da atenção básica; (a, b, c, d) - Alto risco de alocação inadequada dos recursos; (a, b, c, d) - Baixa e frágil participação dos profissionais da Atenção Básica no processo de planejamento municipal; (a, b, c, d) - Baixa e frágil participação dos Conselheiros Municipais de Saúde, no processo de planejamento	Recomendações a SESMA: - Estabelecer padrões, requisitos e diretrizes baseados em indicadores epidemiológicos, dados demográficos, socioeconômicos e informações prestadas pelas equipes de saúde a serem observadas no processo de levantamento das necessidades de saúde da população; (a) - Viabilizar a participação dos profissionais da AB no processo de planejamento municipal; (b) - Aperfeiçoar os canais de comunicação existentes entre usuários e as UBS e estas e a SESMA de modo que as necessidades dos usuários sejam contempladas no planejamento; (c) - Promover cursos de capacitação permanente aos membros do conselho de saúde para melhorar o desenvolvimento de suas atribuições; (d)	- Consistência do planejamento com as necessidades locais, de modo a possibilitar o atendimento às reais necessidades de saúde da população; - Aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica a saúde, satisfazendo a necessidade do usuário; - Implementação de ações da Atenção Básica, com a consequente ampliação e melhoria do acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica;



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		Municipais de Saúde no processo de planejamento e no controle das ações de saúde da AB; Entrevista com CMS e gestor municipal.	de saúde da população; c) deficiência nos mecanismos de comunicação entre usuários e as UBS e estas e a SESMA, que compromete a aplicação do Art. 36 da Lei nº 8.080/1990, pela inobservância ao princípio da ascensão no processo de planejamento de saúde da Atenção Básica, conforme relatado anteriormente; d) baixa participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no processo de planejamento municipal e controle das ações de saúde da AB, corroborando, por conseguinte, para a ocorrência de restrições orçamentárias e financeiras, bem como a baixa qualidade dos serviços prestados ao público alvo.	municipal da saúde; (d) • Baixa participação popular no processo de planejamento. (d)		Tornar efetiva a participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no processo de planejamento e controle das ações de saúde da AB.

Sub questão 2.2 – A Secretaria de Saúde do Município de Belém atua para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Deficiências no processo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.	- CF/88 Art. 198; - Lei Federal 8.080/90, arts. 7º, 15, 16, XI e 17 IX; - PNAB, ANEXO A – 3.4 XIV, 4.7; - PNAB ANEXO B, III; - Portaria GM/MS 4.279/10, ANEXO – 6.2. - Portaria GM/MS 399/06, Anexo I, III; - Portaria GM/MS 399/06, Anexo II, 4.1;	7) Incipiente articulação entre a atenção básica e os demais níveis de complexidade de saúde; 8) Insuficiência de referência e inexistência de contrarreferência para os demais níveis de atenção à saúde; 9) Infraestrutura de TI existente nas Unidades Municipais de Saúde de Belém é insuficiente e inadequada para atender o fluxo de referência e contrarreferência; 10) Inexistência de fluxograma estabelecendo o processo de referência e contrarreferência; 11) Utilização parcial do protocolo de atendimento dos programas da AB.	a) Baixa capacidade da gestão municipal em estabelecer mecanismos que facilitem a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a oferta dos serviços pactuados; (1, 2, 4) b) Precariedade dos instrumentos de pactuação e não efetivação do COAP; (4) c) Falta de registro da contrarreferência pelos profissionais da média/alta complexidade; (2, 4) d) Inexistência de protocolo municipal, operacional e clínico, normatizando e padronizando a regulação dos procedimentos em saúde: (2, 4) e) Deficiências nos sistemas informatizados dificultando a articulação e o controle do atendimento dos usuários nos diferentes níveis de atenção (3)	- Baixa oferta de serviços na AB e a limitada oferta de exames e consultas especializadas; (a, b) - Dificuldade de acesso dos usuários aos serviços e procedimentos de saúde em seus diferentes níveis; (a, c) - Aumento de demandas judiciais para o acesso aos serviços de média/alta complexidade; (a, b) - Inadequação dos serviços prestados na AB; (c, d) - Sobrecarga de serviços de média e alta complexidade; (a, c, d) - Comprometimento do fluxo de informações de referência e contrarreferência; (c, d, e) - Prejuízo para a continuidade dos cuidados dos pacientes. (a, b, c)	- Elaborar e implementar fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência) que facilitem a articulação entre os diferentes níveis de atenção, de modo a proporcionar a agilidade e resolutividade no atendimento dos usuários; (a) - Elaborar e implementar normas que institucionalizem o preenchimento de referência e contrarreferência; (c) - Elaborar e implementar o protocolo de regulação municipal; (d)	- Aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção; - Aumento e melhor distribuição da capacidade instalada de alta e média complexidade; - Integração entre as ferramentas de referência e contrarreferência; - Redução de encaminhamento para média e alta complexidade; - Otimização dos recursos; - Controle do acesso e ofertas da rede de serviços; - Redução da judicialização da saúde. - Maior resolutividade na AB.

Questão 3: O Município de Belém possui estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

Sub questão 3.1) A Secretaria de Saúde do Município de Belém **possui equipe técnica específica e suficiente** para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica?

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SESMA, decorrentes da inexistência de equipe técnica específica e deficiências na estrutura para realizar o monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica.	- Lei Federal 8.080/90, art. 15, III, IV e 18, I; - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011), 3.1, III, VII, VIII, IX, 3.2, IV e 3.3, IX; - Decreto nº 42.498-A-PMB;	- Inexistência de equipe técnica e exclusiva para realizar o M&A dos serviços ofertados e do desempenho das equipes de saúde da AB; - Inexistência de normativos definindo a sistemática de M&A da AB, especificando os mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático do resultado das avaliações dos indicadores de saúde e de gestão. - Inadequação do Decreto nº 42.498-A-PMB, que trata da estrutura organizacional da SESMA, acarretando sua baixa aplicabilidade para o desenvolvimento das ações de M&A da AB. - Ausência de avaliação qualitativa dos indicadores e precariedade no acompanhamento de indicadores de resultado, que ocorre de forma fragmentada. - Ausência de elaboração de relatórios gerenciais de avaliação da gestão, bem como das atas das reuniões realizadas pelos diversos setores da SESMA. - Deficiente articulação e comunicação entre os vários departamentos da	- Não priorização das ações de M&A da Atenção Básica por parte dos gestores e profissionais de saúde da SMS e das UBS; (1, 2, 3, 7) - Inexistência de capacitação dos gestores e dos profissionais de saúde acerca dos procedimentos de M&A da AB; (4, 5) - Ausência de critérios de dimensionamento que possam dar suporte ao gestor no processo de alocação de pessoal para desenvolvimento das ações de M&A da AB. (6 e 7)	- Comprometimento da sistemática de M&A da Atenção Básica; (a, b, c) - Ineficiência do M&A da AB realizado pelos gestores municipais, resultando em déficit de informações estratégicas, deficiência no planejamento e prejuízo da capacidade avaliativa da SMS; (a, b, c) - Sobrecarga de funções dos técnicos das SMS (mesmos técnicos assumem múltiplas funções, sem conseguir focar em uma única tarefa); (c)	- Adequar a estrutura organizacional da SMS, definindo de forma clara e precisa o setor responsável em coordenar todo o processo de M&A da AB a ser realizado por todos os atores responsáveis pela AB; (a) - Dotar o setor responsável pela sistemática de M&A da AB de pessoal capacitado e suficiente, infraestrutura física, equipamentos e apoio logístico necessários ao desenvolvimento de suas atividades; (a,b, c) - Elaborar normativos definindo a sistemática de M&A da AB a ser adotada pela SESMA, especificando os mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático do resultado das avaliações dos indicadores de saúde e de gestão; (a) - Publicizar as informações obtidas por meio do M&A da AB, por meio de reuniões periódicas entre a gestão, coordenação e equipes	- Efetivação do M&A das ações voltadas à AB, acarretando a melhoria dos resultados almejados por esse nível de atenção; - Planejamento municipal da AB, tendo como base as informações gerenciais da sistemática de M&A de indicadores da AB. - Melhoria na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica à população. - Maior transparência dos resultados gerados pelos indicadores da AB, proporcionando maior conhecimento aos gestores e usuários quanto à situação da saúde do Município.



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		SESMA no que tange às ações de monitoramento e avaliação da AB; 7) Apoio logístico insuficiente para a realização dos trabalhos por parte das coordenadorias distritais, exemplificando: disponibilidade insuficiente de transporte para o deslocamento aos distritos mais distantes, ausência de manuais e/ou normativos que norteiem o funcionamento das coordenadorias, ausência de pessoal administrativo, estrutura física e equipamentos para a realização das atribuições de sua competência, ...);			/profissionais da AB de modo a evidenciar à situação da saúde do Município; (a)	

Sub questão 3.2) A Secretaria de Saúde do Município de Belém **possui e utiliza indicadores** para realizar o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica e se os indicadores utilizados **permitem uma adequada avaliação** desse nível de atenção de modo a contribuir para o aprimoramento da gestão?

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica	- Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria GM-MS 2.488/11), 3.1, III, VII e VIII, IX e X. e 3.4, XIII. - Portaria GM/MS 1.645, de 19 de julho de 2011 (PMAQ), art. 3, II. - Lei Federal 8.080/90.	1) A SMS utiliza, tão somente, os indicadores, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que medem a produção dos serviços prestados pela AB e não utiliza indicadores próprios que possibilitem subsidiar o planejamento e a tomada de decisão da gestão municipal; 2) A Secretaria não utiliza indicadores para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica;	a. Inexistência de indicadores de gestão que subsidiem a construção dos instrumentos de planejamento em saúde; (1, 2) b. Falta de capacitação dos gestores para o	- Deficiência no processo de planejamento municipal; (a, d) - Deficiências nos processos de trabalho que afetam os resultados alcançados neste nível de atenção; (a, b, c)	- Criar mecanismos de levantamento de dados para compor os indicadores, incluindo sistemática para verificar a confiabilidade dos dados; (a) - Criar portfólio de indicadores de processos de trabalho (gestão) para a Atenção Básica; (a)	- Aprimoramento da gestão com base na avaliação de resultados dos programas da Atenção Básica; - Possibilitar o monitoramento e avaliação das ações voltadas à Atenção Básica;



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
	- Decreto 7.508/11. - Resolução CIT 5/13, art. 2º;	3) A SMS não dispõe de registro e controle sistematizado das demandas de serviços de saúde, capaz de subsidiar o planejamento, controle, monitoramento e avaliação da AB; 4) Inexistência de normativo municipal específico da SESMA institucionalizando a relação dos indicadores aos instrumentos de planejamento; 5) Inexistência de instrumentos que permitam, à coordenação da Atenção Básica, realizar análises comparativas e temporais possibilitando o acompanhamento do desempenho e a avaliação das ações e práticas adotadas pelas equipes de saúde da AB.	desenvolvimento de indicadores; (3) c. Insuficiência de mecanismos visando o levantamento de dados para compor os indicadores; (4) d. Baixa utilização dos indicadores como estratégia de aprimoramento de gestão na Atenção Básica. (5)	- Prejuízos significativos na avaliação e análise da gestão da AB realizada pela SESMA; (a) - Ocorrência de graves deficiências na tomada de decisão por parte dos gestores da saúde. (a) - Deficiência no processo de M&A, gerando pouca transparência no desempenho da gestão e das ações de saúde. (d)	- Capacitar os gestores para o desenvolvimento de indicadores; (b) - Apoiar tecnicamente as UBSs no desenvolvimento e utilização de metodologia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da Atenção Básica; (c) - Intensificar a utilização dos indicadores disponíveis como estratégia para o aprimoramento da gestão da Atenção Básica. (d)	- Melhoria na qualidade e adequação da prestação de serviços de saúde da Atenção Básica; - Possibilitar uma maior transparência das ações de saúde.

Sub questão 3.3) A Secretaria de Saúde do Município de Belém **possui estrutura de TI** para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica?

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Insuficiente estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção, suporte técnico e treinamentos) para <u>realizar o monitoramento e</u>	- Lei Federal 8.080/90, art. 15, IV. - Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria GM-MS 2.488/11), item 3.1, III, VII e IX e item 3.3, IX.	1) A SESMA classificou como regular a estrutura de TI para as atividades de M&A da AB, vez que nas 29 UMS a estrutura é boa, no entanto nas USF a estrutura é ruim, pela insuficiência de recursos humanos qualificados para a alimentação das bases de dados de forma contínua e regular e ainda pontos de baixa velocidade e conectividade; (a, b, c, d, e)	a. Ausência de diagnóstico para a realização do Planejamento de TI; (1, 2, 3, 4, 5) b. Insuficiência de suporte técnico para manutenção da estrutura de TI; (1, 2, 3, 4, 5)	1) Soluções de TI inadequadas; (a, b, c, d, e) 2) Retrabalho na alimentação dos diversos sistemas (manuais e informatizados) referentes à Atenção Básica do município,	- Elaborar diagnóstico da estrutura de TI que reflita as necessidades demandadas para a realização de monitoramento e avaliação da Atenção Básica; (a, b) - Adequar a estrutura de TI para atendimento das	- Maior transparência dos resultados gerados pelos indicadores da AB; - Maior conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
avaliação (M&A) da A.B.		2) O Núcleo de Assessoria em Tecnologia da Informação (NATI) da SESMA informou: inexistência de diagnóstico de estrutura de TI necessária ao M&A da AB, vez que o setor se responsabiliza apenas pelo suporte e criação de relatórios quando solicitados; a SESMA não dispõe de sistemas de TI próprios para auxiliar M&A dos serviços da AB, os sistemas utilizados são do Ministério da Saúde; o NATI não verifica a confiabilidade dos dados alimentados pelo município nos sistemas informatizados; o NATI não possui estrutura e servidores suficientes para dar o suporte adequado e para o desenvolvimento de sistemas; (a, b, c, d, e) 3) O NATI informou ainda: 34 USF não têm computadores e 17 possuem 21 computadores. Sendo necessários mais 95 computadores para atender as necessidades das USF. Das 17 USF que possuem computadores 9 não tem acesso à internet. A maioria dos computadores estão localizados na recepção das Unidades e são utilizados para a alimentação do E-SUS. Apenas 2 USF possuem impressoras, usadas para a emissão do Cartão SUS; (a, b, c, d, e) 4) Nas visitas realizadas em 7 (sete) UMS e 4 (quatro) USF, foi constatado o seguinte: as 7 UMS visitadas possuem computadores ligados a internet, em 2 UMS a internet não é de boa qualidade; as 4 UFS visitadas não possuem computadores e por	c. Operadoras de telefonia com fornecimento de internet com velocidade lenta; (1, 2, 3, 4, 5) d. A não priorização ou insuficiência de investimento por parte dos gestores municipais em internet com conexão satisfatória, que permita o registro e a transmissão de dados da AB com tempestividade e confiabilidade; (1, 2, 3, 4, 5) e. a insuficiência de recursos humanos qualificados para a alimentação das bases de dados de forma contínua e regular. (1, 2, 3, 4, 5)	ocasionando elevação de custos, não confiabilidade e intempestividade na alimentação e envio de dados à SESPA e ao Ministério da Saúde; (a, b, c, d, e) 3) Comprometimento do fluxo de informações referente à referência e contrarreferência e demais sistemas relacionados à AB. (a, b, c, d, e)	necessidades levantadas no diagnóstico. (d, e)	saúde básica do Município; • Aprimoramento da gestão com base no resultado confiável dos objetivos, metas e ações da Atenção Básica; • Melhoria na qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica à população.



TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ
NÚCLEO DE AUDITORIA OPERACIONAL – NAOP
AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA EM SAÚDE - ATENÇÃO BÁSICA

Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		esse motivo as fichas de produção do E-SUS são enviadas a Secretaria ou a uma UMS para digitação e posterior transmissão dos dados para os sistemas do Ministério da Saúde; (a, b, c, d, e) 5) Nos questionários aplicados a 24 gerentes das UMS, constatou-se: todas as UMS possuem computador conectados a internet; para 79% dos gerentes a quantidade de computadores não é suficiente para a realização de suas atividades; o principal problema registrado nos sistemas de TI nas UMS apontado por 68% dos respondentes é a internet lenta, seguido da instabilidade frequente do sistema e indisponibilidade da rede de computadores com 38% e falta/déficit de equipamentos com 33%; 17% dos gerentes consideraram ruim a estrutura de TI para o desenvolvimento das suas atividades, 25% avaliaram que a estrutura disponível é regular e demanda aperfeiçoamentos; para 75% dos gestores o atendimento a pacientes já foi prejudicado face aos problemas relacionados à TI, a instabilidade da rede de internet e a falta de equipamentos adequados ocasionam a inoperância dos os sistemas de informação de saúde penalizando os usuários do SUS. (a, b, c, d, e)				