



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 SALINÓPOLIS**

EQUIPE TÉCNICA DE AUDITORIA:

MÁRIO AUGUSTO MEDINA VIANA
Coordenador

DIRSON MEDEIROS DA SILVA NETO
Analista de Controle Externo

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 SALINÓPOLIS**

Processo nº 201702319-00

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 Salinópolis (SEMUSS).

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 e Portaria 0558/2015-TCM de 12 de maio de 2015, publicada no DOE, número 32901, em 09 de junho 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 junho/2014.

Período de realização da auditoria: maio/2014 a dezembro/2014.

Equipe de auditoria: Mário Augusto Medina Viana (Coordenador), Dirson Medeiros da Silva Neto, 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 Salinópolis, Sr. Paulo Henrique da Silva Gomes e a Ilma. Sra. Patrícia Nanhum Benoliel Gomes, então Secretária 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 da Presidência dessa Corte de Contas 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.
CMS	Câmara Municipal de Salinópolis.
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.
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
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
Denasus ‘	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.
PMS	Prefeitura Municipal de Salinópolis
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.
SEMUSS	Secretaria Municipal de Saúde de Salinópolis.
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 Tabelas

Tabela	Legenda	Páginas
Tabela 01	Municípios selecionados e critérios utilizados	13
Tabela 02	Unidades Saúde da Família e Postos de Saúde existentes no Município de Salinópolis	20
Tabela 03	Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Função Saúde	24
Tabela 04	Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Atenção Básica	25
Tabela 05	Despesas Realizadas na Função Saúde por Sub função - Exercícios 2011 a 2014	26
Tabela 06	Forma de contratação dos trabalhadores de saúde de acordo com os vínculos empregatícios por exercício	40
Tabela 07	Motivos que levaram os profissionais de saúde a trabalhar na Atenção Básica	41
Tabela 08	Fatores motivacionais de permanência dos profissionais de saúde na Atenção Básica	41
Tabela 09	Fatores desmotivacionais de permanência dos profissionais de saúde na AB	42
Tabela 10	Principais fontes/informações utilizadas no levantamento das necessidades de saúde da população	49
Tabela 11	Visão do Gestor sobre registro de contrarreferência	54

Índices de Gráficos

Gráficos	Legenda	Páginas
Gráfico 01	Quantificação dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde/ Rede Pública Própria	18
Gráfico 02	Estabelecimentos de Saúde/SUS, esfera administrativa (gerência)	20
Gráfico 03	Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Atenção Básica	25
Gráfico 04	Despesas Realizadas nas Sub funções da Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014	27
Gráfico 05	Despesas Realizadas nas Sub funções: administração geral, atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial em relação ao total de recursos aplicados na Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014	28
Gráfico 06	Percentual de trabalhadores de saúde, por categoria profissional, que consideraram insuficientes as capacitações ofertadas.	33
Gráfico 07	Percentual de profissionais de saúde, por categoria profissional, que não foram consultados se teriam necessidade/interesse em realizar cursos ou capacitações.	35

Índices de Figuras

Figuras	Legenda	Páginas
Figura 01	Regimento Interno e Organograma Funcional da SEMUSS	18
Figura 02	Processos de trabalho	67
Figura 03	Dimensões da Atenção Básica avaliados por indicadores	69

Sumário

1. Introdução.....	9
1.1. Objeto da Auditoria.....	9
1.2. Antecedentes.....	9
1.3. Objetivo e Escopo da Auditoria.....	10
1.4. Critérios Para a Escolha dos Municípios.....	11
1.5 Metodologia.....	13
1.6. Estrutura do Relatório.....	14
2. Visão Geral da Ação Auditada.....	15
2.1. Contextualização e Relevância do Tema.....	15
2.2. Aspectos Relacionados a Atenção Básica no Município de Salinópolis.....	16
2.3. Aspectos Orçamentários e Financeiros.....	21
3. Eixo de Investigação: Gestão de Pessoas, seus achados e recomendações de auditoria:.....	29
3.1. Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais que atuam na Atenção Básica.....	31
3.2. Deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho.....	37
4. Eixo de Investigação: Planejamento, seus achados e recomendações de auditoria:.....	44
4.1. Incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na Atenção Básica.....	46
4.2. Deficiências no processo de referência e inexistência de contrarreferência 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 SEMUSS.....	58
5.2. Inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica.....	65
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.....	71
6. Conclusão.....	75
7. Proposta de Encaminhamento.....	79
Achado 01: Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais que atuam na Atenção Básica.....	79
Achado 02: Deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho.....	79
Achado 03: Incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na Atenção Básica.....	80
Achado 04: Deficiências no processo de referência e inexistência de contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.....	80
Achado 05: Fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SEMUSS.....	80
Achado 06: Inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica.....	81
Achado 07: 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.....	81
8. Referências Bibliográficas.....	82
9. Anexos.....	84

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 das Portarias nº 1220/2014, 1586/2015 e 0558/2015 que 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 e no atendimento, 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 e CNES Net.

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 dezembro 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 – nºs 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 nº 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 nº 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 nº 2.488/11/MS, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa política 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 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 resolatividade ou de redução de impactos negativos.

2.2. Aspectos Relacionados a Atenção Básica no Município de Salinópolis

O Município de Salinópolis, vulgarmente conhecido como Salinas, possui uma área geográfica de aproximadamente 217,86 km², com localização na Microrregião do Salgado no Estado do Pará, a uma latitude 00°36'49" sul e a uma longitude 47°21'22" oeste, estando a uma altitude de 21 metros, distante cerca de 220 km da capital do Estado, Belém.

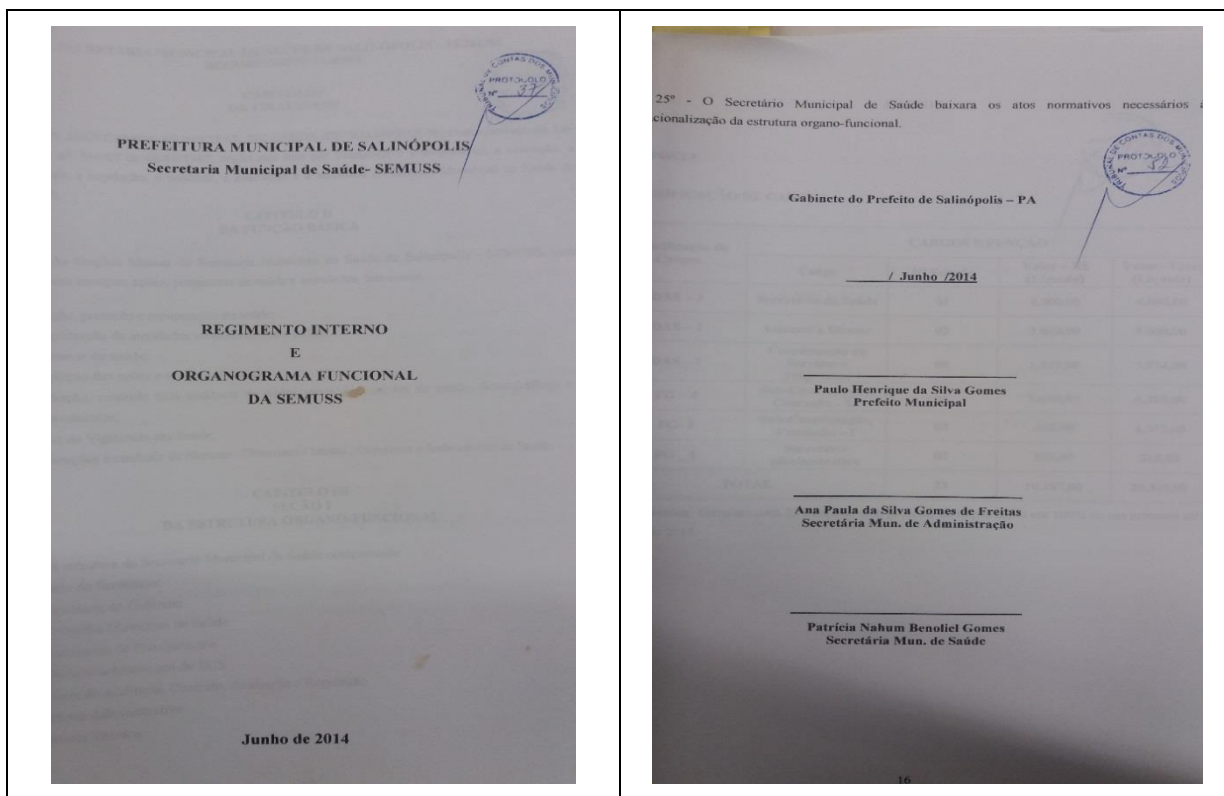
Salinópolis está inserido numa das regiões de maior diversidade paisagística do litoral do Estado do Pará (Brasil), sua paisagem é formada por praias, rios, furos, igarapés, mangues e dunas e possui um contingente populacional de 37.430hab. (trinta e sete mil, quatrocentos e trinta habitantes) e estimativa de 39.328hab. (trinta e nove mil, trezentos e vinte e oito habitantes) segundo Censo do IBGE 2010 e 2016, respectivamente, por essa mesma fonte Salinópolis representa 0,49% da população do Estado do Pará e tem uma densidade demográfica de 160,09% hab. por km².

Por suas belezas naturais Salinópolis sofre, principalmente nos meses em que ocorrem as férias escolares e nos feriados prolongados, com os impactos decorrentes do turismo sazonal que promove picos nas atividades de prestação de serviços com sérios reflexos na quantidade e qualidade dos serviços prestados, em especial, nos serviços de saúde foco desta auditoria, e na vida da comunidade local.

A Lei Municipal nº 510/87, de 08/04/1987, criou a Secretaria Municipal de Saúde de Salinópolis – SEMUSS com finalidade de planejar, executar, coordenar, regular, controlar, avaliar e auditar a Política Municipal de Saúde. Sua estrutura organo-funcional contida no Regimento Interno encaminhado por meio do Ofício nº 021/2014-GAB/SEMUSS (Processo nº 201414764-00, fls. 36 a 52) em atendimento a Solicitação Prévia de Auditoria datada de 22 julho de 2014, compreende: I- Gabinete do Secretário (Secretaria do Gabinete, Conselho Municipal de Saúde, Assessoria de Planejamento e Ouvidoria do SUS); II- Diretoria de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação, III- Diretoria Administrativa e IV- Diretoria Técnica.

Necessário informar que não foi encaminhado a esta Corte de Contas Decreto Municipal expedido pelo Chefe do Poder Executivo Municipal aprovando o Regimento Interno da SEMUSS, bem como no referido documento não consta a data de sua entrada em vigor, conforme demonstra as figuras abaixo. Assim, não há comprovação de que a estrutura organizacional legal da SEMUSS está constituída da forma como descrita no documento encaminhado a este Tribunal.

Figura 01
Regimento Interno e Organograma Funcional da SEMUSS



Fonte: Processo nº 201414764-00, fls. 37 a 52

No que tange a região de saúde, segundo o PDR-Res. CIB nº 125 de 29/11/2009, o Município de Salinópolis está localizado na Macrorregião Nordeste do Pará, Microrregião Atlântico-Caetés e 4º Centro Regional da SESP e sua economia gira em torno do turismo e da pesca.

Ante a essas condições econômico-geográficas evidencia-se os enormes desafios que são enfrentados pela SEMUSS, desafios esses que requerem planejamento turístico mais efetivo e 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 de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, além daqueles advindos da sazonalidade turística que complexificam a resposta a ser dada pelos cuidados em saúde e repercutem de forma muito importante sobre a saúde da população, principalmente e em épocas de alta temporada.

Na mesma linha, a secretaria de saúde 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 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a

⁶ Assistência integral segundo a Lei nº 8.080/1990 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”;

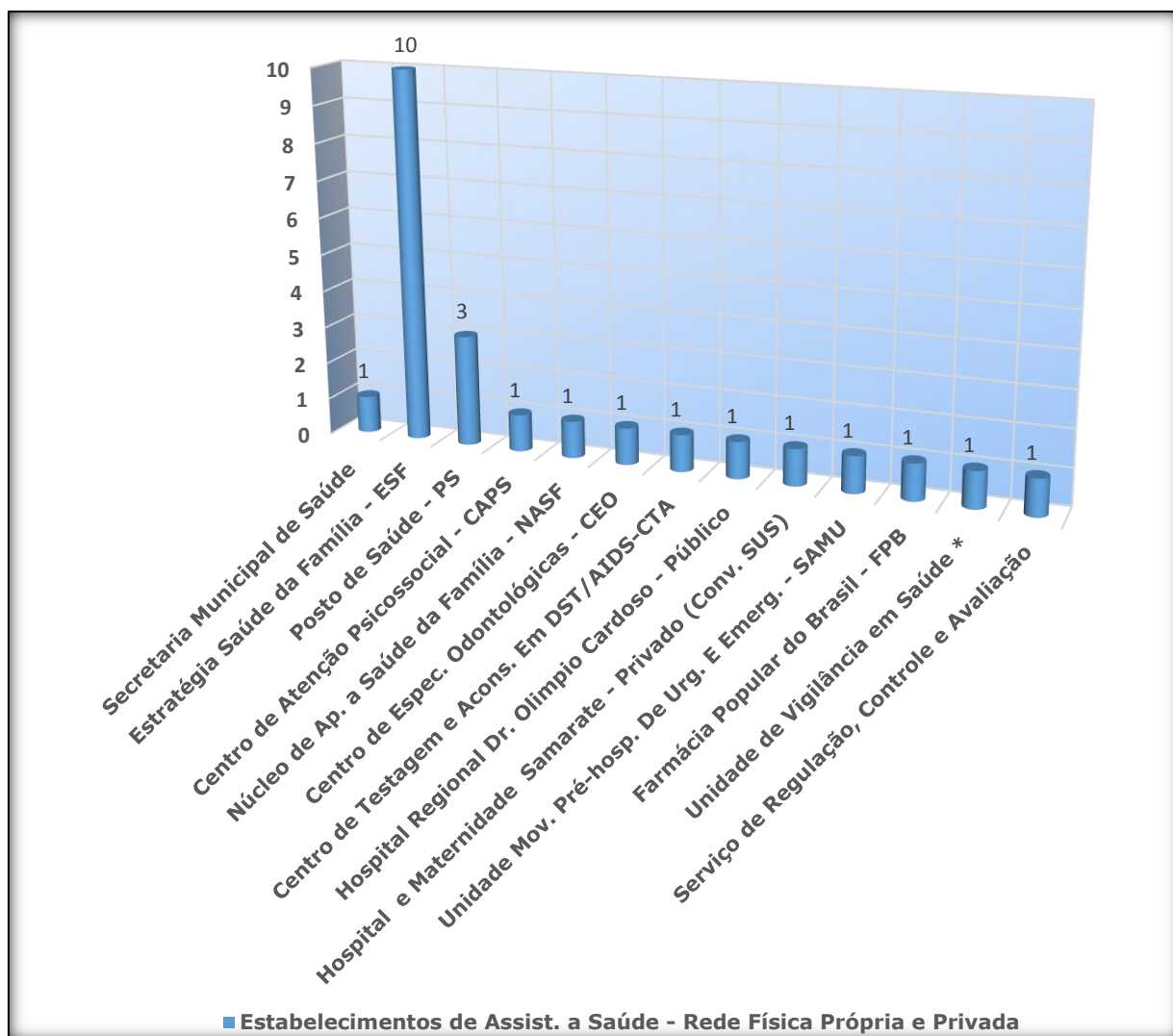
universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde.

Com vistas a explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria de Saúde para melhorar o desempenho dos serviços de saúde e, então, atingir a sua missão, a SEMUSS utiliza o Plano Municipal de Saúde – PMS, a Programação Anual de Saúde – PAS e o Relatório Anual de Saúde – RAG como instrumentos de gestão, os quais além de se constituírem em exigências legais, são instrumentos fundamentais para a consolidação das diretrizes do SUS no município.

Seguindo as diretrizes da PNAB o Município de Salinópolis opta pela ESF como modelo prioritário na APS (gráfico abaixo). Reafirma que as novas unidades de saúde da APS seguirão o modelo da ESF, contando com a deliberação do CMS. Nesse sentido, Salinópolis possui 10 Equipes de Saúde da Família, instalada em Unidades de Saúde da Família. Soma-se a isso, 10 Equipes de Saúde Bucal, sendo todas na modalidade I.

Conforme demonstrado no Relatório Anual de Gestão 2013, o Sistema Municipal de Saúde de Salinópolis possui uma Rede Assistencial/SUS, composta por 24 Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS), conforme segue:

Gráfico - 01
Quantificação dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde / Rede Física Própria e Privada

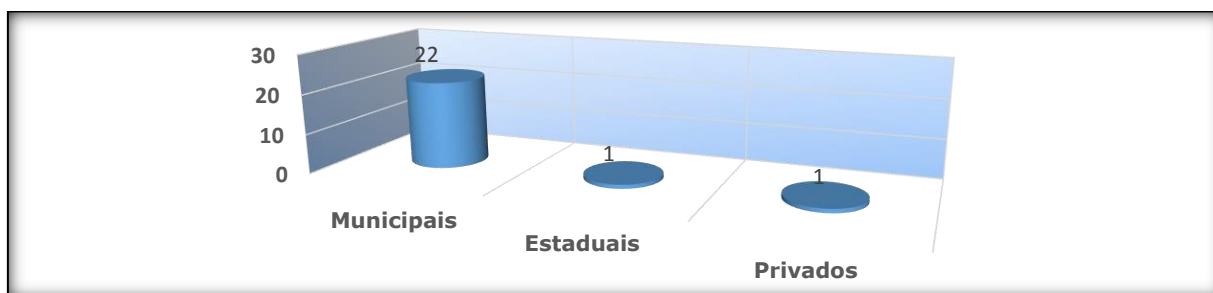


Fonte: Relatório Anual de Gestão 2013 (Processo 201412828-00, fls. 32)

* Vigilância epidemiológica; Vigilância Sanitária-VISA, Controle de Zoonoses e Serviço de Combate as Endemias.

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, Esfera Administrativa (Gerência)



Fonte: CNES Net

A partir do demonstrativo acima, para uma melhor compreensão, apresenta-se a seguir o detalhamento das 10 (dez) Unidades Saúde da Família (ESF's) e dos 3 (três) Postos de Saúde (PS), a fim de evidenciar os estabelecimentos de saúde existentes no Município de Salinópolis em 2013:

Tabela - 02
Unidades Saúde da Família e Postos de Saúde existentes no Município de Salinópolis.

ESF's	PS	Bairro
Alto Pindorama	-	Centro
Atlântico *	-	Atlântico
Corema *	-	Centro
Cuiarana *	-	Centro
Farol Velho	-	Farol Velho
Prainha	-	Prainha
São Bento	-	Centro
São José I *	-	São José
São José II	-	Bom Jesus
São Vicente *	-	São Vicente
-	Derrubadinho	Centro
-	Santa Rosa	Centro
-	Santo Antônio de Urindeua	Santo Antônio
10	03	Total

Fonte: Processo 201414764-00.

A partir desse demonstrativo faz-se imprescindível destacar:

- 1) Unidades Saúde da Família – USF's são estabelecimentos de saúde que atuam em modelo de atenção assistencial, gerenciados por enfermeiros, segmentado com foco centrado na figura do médico, que contam com equipes multiprofissionais, formada por médicos, odontólogo, enfermeiros, técnico e auxiliar de enfermagem, técnico de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS), por meio dos programas da Atenção Básica.

- 2) Postos de Saúde – PS's, segundo o CNESNet, são estabelecimentos de saúde que atuam com atendimento ambulatorial advindos de demanda espontânea realizado por auxiliar e técnico de enfermagem vinculados a estratégia saúde da família.
- 3) (*) Estratégias Saúde da Família Auditadas.

Esta 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 Salinópolis.

Há que se ressaltar, que o Município de Salinópolis vem buscando consolidar os pressupostos estabelecidos na PNAB por meio de outros programas e projetos, como exemplo, citamos: a Planificação e o PMAC.

A Planificação pode ser entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde, cujo objetivo é diagnosticar a Atenção Primária em cada região do Estado e elaborar propostas e estratégias para que a Atenção Primária funcione bem e cumpra o seu papel no Sistema Único de Saúde (SUS). O Projeto de Planificação⁷ da Atenção Primária a Saúde idealizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) com apoio do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no caso do Pará, do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e realizado pela SESPA contava com a participação do Município de Salinópolis, no período da realização da auditoria.

Elaborada como capacitação, a Planificação da Atenção Primária à Saúde se dá por meio da realização de um ciclo, formado de 11 oficinas presenciais, com o desenvolvimento de atividades de dispersão ao final de cada uma. Essas atividades de dispersão constituem-se, ao final do processo, em um plano de intervenção da APS no âmbito localregional e estadual. As 11 Oficinas abordam os seguintes temas:

- Oficina 1 – As Redes de Atenção à Saúde;
- Oficina 2 – A Atenção Primária à Saúde no Estado;
- Oficina 3 – Territorialização;
- Oficina 4 – **A Vigilância em Saúde;**
- Oficina 5 – A Organização dos Processos de Trabalho em Saúde;
- Oficina 6 – A Organização da Atenção à Saúde na Unidade Básica de Saúde;
- Oficina 7 – A Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar;
- Oficina 8 – A Assistência Farmacêutica;
- Oficina 9 – Os Sistemas de Informação em Saúde;
- Oficina 10 – Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento; e
- Oficina 11 – A Contratualização das Equipes da APS.

Segundo informação repassada pela Comissão Intergestores Regional (CIR), a Região de Saúde Rio Caetés, da qual o Município de Salinópolis é integrante, iniciou o processo de Planificação em 14/02/2013, e segundo a SESPA, no momento da realização da auditoria os municípios dessa região, haviam sido capacitados até a Oficina 3.

O objetivo das Oficinas de Planificação aplicadas aos municípios da Região do Rio Caetés assim se apresenta:

- 1) Oficina 1 – As Redes de Atenção à Saúde oferece reflexão sobre a situação de saúde, os principais problemas de saúde a serem enfrentados e a necessidade de mudar o modelo de

⁷ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3)

atenção para atender às necessidades de saúde da população e melhorar os resultados desse sistema;

- 2) Oficina 2 – A Atenção Primária à Saúde no Estado promove análise da APS nos municípios, a sua forma de organização, a sua resolubilidade e permite aos participantes a reflexão a respeito da complexidade dos problemas que as equipes da APS têm de enfrentar na sua rotina. Trabalha a importância da mudança na concepção da APS para a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados do sistema de saúde;
- 3) Oficina 3 – Territorialização tem o objetivo discutir a territorialização e adscrição dos usuários às UBS/ESF como estratégia de organização da atenção e elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipes de APS;

Considerando ser a Planificação uma ferramenta importantíssima para a qualificação da Atenção Primária que visa qualificar ainda mais a intervenção dos técnicos na área da saúde e, muito embora, o Pará tenha sido o primeiro Estado brasileiro a concluir todo o ciclo de oficinas da planificação em algumas regionais de saúde, registre-se que na Região de Saúde Rio Caetés só houve a realização das 3 primeiras oficinas. Todavia, há que se reconhecer que avanços importantes foram conseguidos com a realização dessas 3 oficinas e que o processo de Planificação é um processo lento, vez que exige mudança cultural e por isso leva um tempo para que a população possa sentir a melhoria na prestação dos serviços na AB.

Outro Programa que o Município de Salinópolis participa é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2011, pela Portaria GM/MS nº 1.654/2011, que visa ampliar o acesso e promover a melhoria da qualidade dos serviços da atenção básica. Ele se desenvolve em ciclos que contemplam quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Podem aderir ao PMAQ-AB as Equipes de Atenção Básica (equipes de saúde da família, de atenção básica parametrizada e de saúde bucal), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Esse programa objetiva estimular as equipes, por meio de incentivos financeiros e não financeiros, a direcionarem seus esforços para oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade dos serviços prestados aos usuários; a indução à qualidade é proporcionada por ações de avaliação (autoavaliação e avaliação externa), monitoramento (indicadores contratualizados), educação permanente, apoio institucional (suporte às equipes e às gestões) e incentivos financeiros.

O PMAQ-AB é uma importante ferramenta para a melhoria contínua da qualidade, pois possibilita a constante avaliação do trabalho das equipes, o monitoramento por meio de indicadores de desempenho e, a cada nova recontratualização, o estabelecimento de novos padrões a serem alcançados. Além disso, o programa prevê ações de capacitação dos profissionais envolvidos.

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 a seguir:

Plano Plurianual de Salinópolis, vigência 2010/2013 – Processo 201008695-00

Função: 10 - Saúde

Sub função: 301 – Atenção Básica

Programa: 0019 – Capacitação do Profissional de Saúde

Ações: 2035 – Capacitação de recursos humanos em atenção básica – saúde da família

Programa 0096: Ampliação da Cobertura da Atenção Básica

Ações: 0012 – Reforma de 100% das estruturas prediais existentes

0013 – Ampliação das ESF/ESB de 53,75% para 100% da cobertura

0014 – Construção de mais 05 Postos de Saúde

0015 – Implantação de 1 Central Municipal de Regulação

0016 – Implantação de 01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

0017 – Implantação de 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

0018 – Implantação de 01 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Programa 0098: Parceiros em Saúde

Ações: 0022 – Realizar convenio para consultas especializadas

0023 – Revisão semestral extintores da saúde

0024 – Contratação dos serviços de operadoras de internet e telefonia

Programa 0099: Aquisição de Veículos para a Saúde

Ações: 0026 – Aquisição de Ambulância

Programa 0105: Fundo Municipal de Saúde

Ações: 2034 – Manutenção de Unidade de Saúde

2046 – Programa de Agente Comunitário

2047 – Programa Saúde da Família

2048 – Programa Saúde Bucal

Plano Plurianual de Salinópolis, vigência 2014/2017 – Processo 201407007-00

Função: 10 - Saúde

Sub função: 301 – Atenção Básica

Programa 0030: Const. Recup. Adaptação e Aparelhamento de Unidade de Saúde

Ações: 0204 – Ampliar o número de Unidades Básicas da Saúde

Programa 0031: Programa de Ag. Comunt. de Saúde e Programa de Saúde da Família

Ações: 0202 – Garantir a manutenção do programa de agente comunitários de saúde

Programa 0200: Fortalecer a Atenção Básica de Saúde

Ações: 0189 – Atenção à Saúde da Criança

0191 – Garantir a cobertura de atenção básica

0192 – Ampliar a realização das ações da atenção à saúde do homem

0193 – Garantir as Ações de Atenção à Saúde Bucal

0194 – Reduzir a Mortalidade por Doenças Respiratórias

0195 – Garantir a Atenção a Pessoa com Deficiência

0201 – Reduzir a Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório

0215 – Atenção à Saúde da Mulher

0216 – Atenção à Saúde do Homem

0217 – Atenção à saúde do idoso

0218 – Manutenção da ESF

0222 – Manutenção de acesso da qualidade de vida PMAQ

0224 – Manutenção do Núcleo de Atendimento da Saúde da Família – NASF

Nos instrumentos de planejamento acima apresentados vê-se que a estruturação das ações de saúde baseou-se, no PPA 2010/2013, em 5 programas, quais sejam: capacitação do profissional de saúde, ampliação da cobertura da atenção básica, parceiros em saúde, aquisição de veículos para a saúde e Fundo Municipal de Saúde, e no PPA 2014/2017, por meio de 3 programas: construção, recuperação, adaptação e aparelhamento de unidade de saúde, programa de agentes comunitários de saúde e programa de saúde da família e fortalecer a atenção básica de saúde. Esses programas por intermédio de ações específicas têm como objetivo desenvolver e ampliar a Atenção Básica/primária, visando a saúde integral e a qualidade de vida da população.

Ao cotejarmos as Leis Orçamentárias Anuais – LOA's do período de 2011 a 2014 relativa aos recursos da função saúde evidenciou-se:

Tabela 03
Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Função Saúde

Ano	Créditos Inicialmente Consignados (1)	Execução Orçamentária (2)	% de Execução
2011	8.729.800,00 (1)	7.256.109,92 (5)*	83,12%
2012	11.245.988,00 (2)	8.208.642,41 (6)*	72,99%
2013	11.245.988,00 (3)	9.697.621,00 (7)*	86,23%
2014	10.287.267,00 (4)	12.073.376,71 (8)*	117,36%
TOTAL	68.552.102,71	34.965.130,47	89,92%

Fonte: (1) Lei Orçamentária Anual – LOA 2011 (Processo nº 201104596-00)

(2) Lei Orçamentária Anual – LOA 2012 (Processo nº 201202539-00)

(3) Lei Orçamentária Anual – LOA 2013 (Processo nº 201406553-00)

(4) Lei Orçamentária Anual – LOA 2014 (Processo nº 201403404-00)

(5) Balanço Geral – BG 2011 (Processo nº 201205856-00)

(6) Balanço Geral – BG 2012 (Processo nº 201405486-00)

(7) Balanço Geral – BG 2013 (Processo nº 201405943-00)

(8) Balanço Geral – BG 2014 (Processo nº 201515428-00)

* Valor demonstrado no Balanço Geral

Inicialmente, vale registrar que a execução orçamentária da função saúde nos exercícios de 2011 a 2013 ficou aquém dos valores inicialmente consignados em 16,88%, 27,01% e 17,36%, respectivamente, e no exercício de 2014 foi além em 17,36% evidenciando falhas no planejamento nos quatro exercícios analisados. Ressalte-se ainda, que o valor inicialmente consignado nos exercícios de 2012 e 2013 foram exatamente iguais configurando ausência de atualização dos valores atribuídos para esta função nesses exercícios ratificando assim a deficiência do planejamento.

Com relação à execução orçamentária/financeira especificamente da Atenção Básica, escopo desta auditoria, evidenciou-se o que segue na Tabela 06 abaixo apresentada.

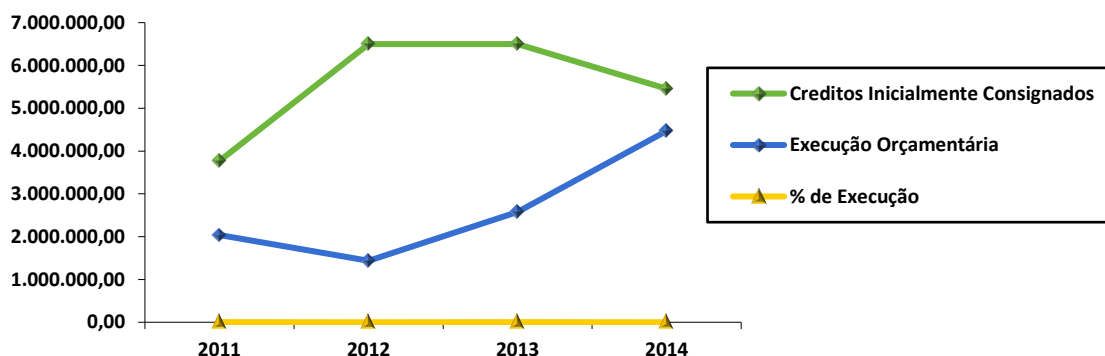
Tabela 04
Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira da Atenção Básica

Ano	Créditos Inicialmente Consignados (1)	Execução Orçamentária (2)	% de Execução
2011	3.770.126,87	2.036.950,26	54,01%
2012	6.498.878,00	1.435.930,57	22,10%
2013	6.498.878,00	2.573.452,43	39,60%
2014	5.452.886,00	4.470.323,11	81,98%
TOTAL	28.321.072,36	10.771.081,19	49,43%

Fonte: LOA's 2011 a 2014, BG's 2011 a 2014, fontes devidamente identificadas na tabela 03.

Depreende-se da tabela acima que o planejamento específico da atenção básica é muito mais falho do que o da função saúde apresentado na tabela 03, vez que o percentual não executado chegou a atingir 45,97%, 77,90%, 60,40%, 18,02% nos exercícios de 2011 a 2014 respectivamente, que se aferido sobre o montante do quadriênio esse percentual, de não execução, atinge 61,97%, demonstrando que mais de 50% dos créditos inicialmente consignados não foram executados, o que nos leva a afirmar que o planejamento do Município de Salinópolis é inconsistente e é realizado tão somente para cumprimento de determinação legal, não podendo portanto, ser utilizado como ferramenta de gestão com vistas a subsidiar a tomada de decisão. Graficamente falando temos:

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



Fonte: LOA's 2011 a 2014, BG's 2011 a 2014, fontes devidamente identificadas na tabela 03.

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 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 encaminhados a este TCM nos possibilitam apresentar a aplicação da função saúde, por sub função, conforme tabela abaixo:

Tabela 05
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	4.411.749,11	6.429.980,38	6.569.428,10	6.211.003,02	23.622.160,61
Atenção Básica	2.036.950,26	1.435.930,57	2.573.452,43	4.470.323,11	10.516.656,37
Assist. Hospitalar e Ambulatorial	275.570,34	0,00	178.982,22	458.379,00	912.931,56
Suporte Profilático e Terapêutico	139.411,58	80.882,28	101.997,24	367.320,41	689.611,51
Vigilância Sanitária	7.199,89	443,02	4.990,00	562.926,16	575.559,07
Vigilância Epidemiológica	301.672,71	261.406,16	268.771,01	3.425,01	835.274,89
Patrimônio Histórico Artíst. e Arqueológico	83.556,03	0,00	0,00	0,00	83.556,03
Total dos rec. aplic. Na Função Saúde	7.256.109,92	8.208.642,41	9.697.621,00	12.073.376,71	37.235750,04
% aplicado na AB em relação ao Total de recursos aplic. na Função Saúde	28,07%	17,49%	26,54%	37,03%	38,19%
% aplicado na Assist. Hosp. e Ambulat. em relação ao Total de Rec. Aplicados na Função Saúde	3,80%	0,00	1,85%	3,80%	3,32%
% aplicado na Adm. Geral em relação ao Total de Rec. Aplic. na Função Saúde	60,80%	78,33%	67,74%	51,44%	63,44%

Fonte: Balanço Geral – BG 2011 (Processo nº 201205856-00)

Balanço Geral – BG 2012 (Processo nº 201405486-00)

Balanço Geral – BG 2013 (Processo nº 201405943-00)

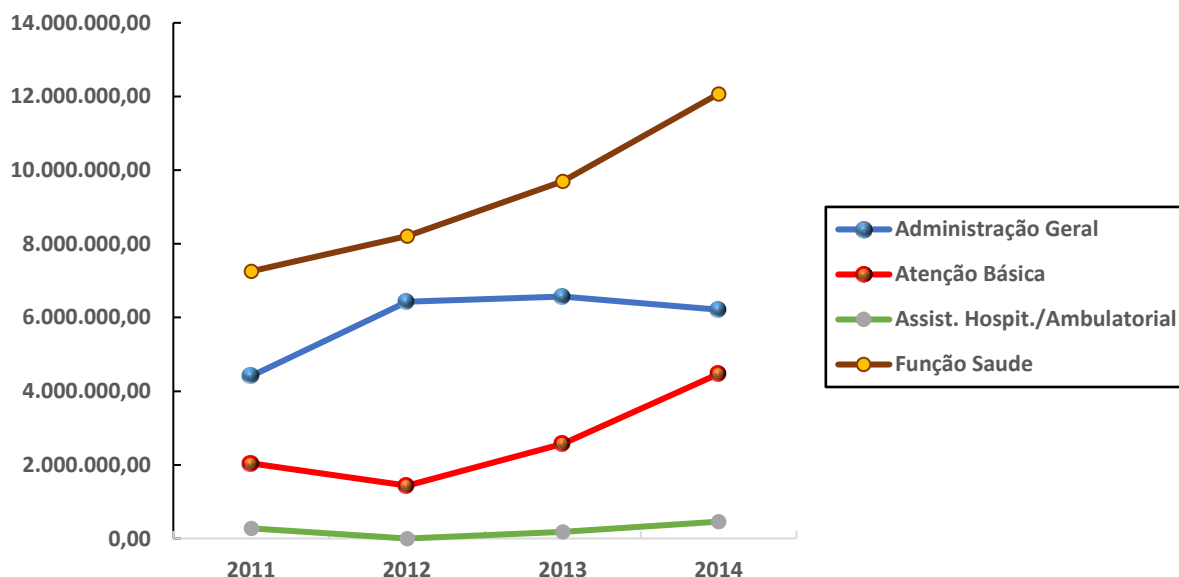
Balanço Geral – BG 2014 (Processo nº 201515428-00)

Analisando o demonstrativo acima, que trata da execução da despesa com ações e serviços públicos de saúde por sub função, constatou-se:

- ✓ Atenção Básica (código 301): uma variação negativa de 10,58% e 1,53% nos exercícios de 2012 e 2013 e um acréscimo de 8,96% em 2014 se comparado também com o exercício de 2011;
- ✓ Assistência Hospitalar e Ambulatorial (código 302): aplicação de um percentual pequeno (3,80%, 0,00%, 1,85% e 3,80%) em todo o quadriênio, ressaltando-se que no exercício de 2012 não houve aplicação nesse nível de atenção;
- ✓ Administração Geral: aplicação acima de 50% em toda a série histórica analisada, chegando ao patamar de 78,33% no exercício de 2012.

Graficamente teremos;

Gráfico 04
Despesas Realizadas nas sub funções da Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014.



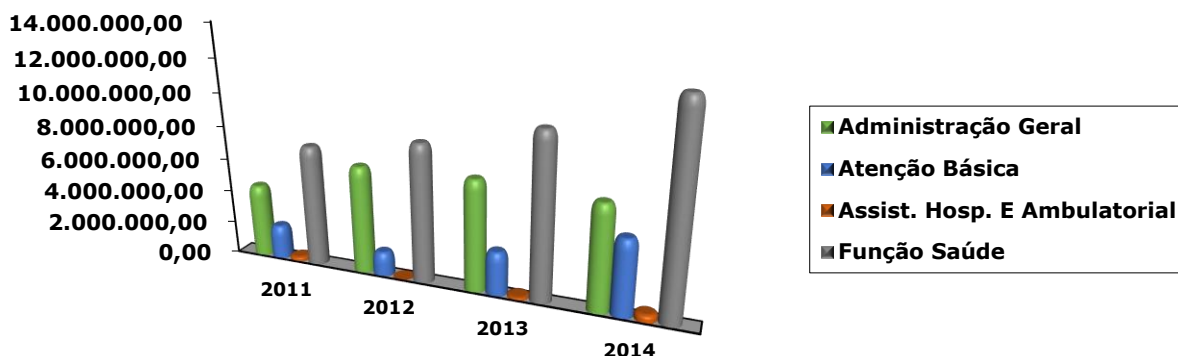
Fonte: Balanço Geral 2011 a 2014 (mesma fonte da tabela 05 acima).

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 exatamente 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, e, 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, o que não se observa neste caso concreto.

Gráfico 05

Despesas Realizadas nas Sub funções: administração geral, atenção básica e assistência hospitalar e ambulatorial em relação ao total de recursos aplicados na Função Saúde - Exercícios 2011 a 2014



Fonte: Balanço Geral 2011 a 2014 (mesma fonte da tabela 05 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 respectivas sub questões, conforme seguem:

EIXO I – GESTÃO DE PESSOAS

- ✓ **Questão 01:** Como a Secretaria de Saúde do Município de Salinópolis 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 Salinópolis 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 Salinópolis 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 Salinópolis 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 Salinópolis – SEMUSS atua para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

EIXO III – AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

- ✓ **Questão 03:** O Município de Salinópolis 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 Municipal de Saúde de Salinópolis possui estrutura e equipe técnica específica e suficiente para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica?
- **Subquestão 3.2)** A Secretaria Municipal de Saúde de Salinópolis 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
- **Subquestão 3.3)** A Secretaria Municipal de Saúde de Salinópolis 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 auditoria⁸ decorrentes das observações em campo e da análise de documentos coletados em cada um dos eixos investigados.

⁸ 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.

A PNEPS em 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-se, 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 PNAB, 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 Salinópolis 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 Salinópolis contribui para a capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a AB?
- b) A Secretaria de Saúde do Município de Salinópolis 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 Salinópolis (SEMUSS), 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, destaca-se 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 em diferentes proporções 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 100% dos Odontólogos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem entrevistados que consideraram os cursos/capacitações oferecidos como insuficientes o que deixa passível de comprometimento a garantia de uma prestação de serviços adequada, vez que estas categorias profissionais estão em contato permanente e direto com a comunidade, em razão do atendimento que realizam.

Evidenciou-se também, que os cursos de capacitação destinados a gestão, quando ofertados pela SES e/ou SMS, 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, ressalte-se 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 descontinuísmo como por exemplo: treinamentos pontuais e fragmentados.

Ao serem questionados sobre a articulação entre as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, com a finalidade de formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde, 50% dos gestores municipais responderam que a articulação, quando ocorre, se dá tão somente por meio da CIR e o restante deles, não se manifestaram a respeito.

No que se refere a disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos com vista a orientar e facilitar o processo de formação e educação permanente dos profissionais da

AB, nos moldes em que preconiza a PNAB (item 3.3, X) e a Resolução CIT/MS nº 04/2012⁹, 50% dos gestores relataram que existe para a área técnica, mas que não abrange todos 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.

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 saúde¹⁰, 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.

Nesse contexto, 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, destacamos 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, articulação esta, que a equipe de auditoria considera indispensável, no entanto, observa que, neste caso concreto, é precária em virtude do desenvolvimento de poucas ações em parceria com o Município de Salinópolis 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 Salinópolis, 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 esses não forem totalmente utilizados não poderão receber outros recursos, por isso, atualmente está realizando capacitações com base em projetos isolados de difícil aprovação por 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

⁹ 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.

¹⁰ 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.

elaboração de um diagnóstico preciso das necessidades, promoção e execução de formação/qualificação profissional permanente.

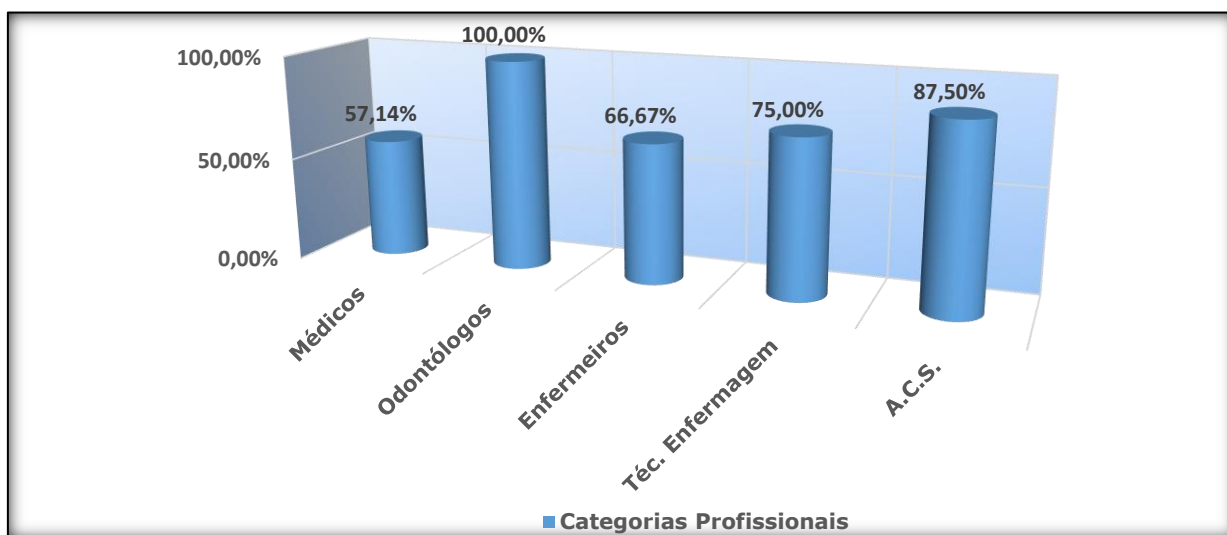
Neste norte, foi relatado pelos gestores da AB nas visitas “*in loco*” a dificuldade que enfrentam por não receberem da SESPA, com a antecedência necessária, um cronograma transparente das capacitações que serão ofertados em determinado período. Alegaram, ainda, que, atualmente tem tomado conhecimento dos cursos disponibilizados próximo à sua realização, o que a deixa impossibilitando o encaminhamento do quantitativo de profissionais que seriam realmente necessários, vez que não tiveram tempo suficiente para programar a dispensa dos técnicos sem comprometer a qualidade do serviço ofertado à população.

Evidenciou-se ainda, as escassas iniciativas próprias de educação permanente, a realização de capacitações isoladas, descontínuas e desarticuladas do contexto no qual os serviços são prestados.

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, 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, que não foram consultados se teriam necessidade/interesse em realizar cursos ou capacitações.



Fonte: Questionário aplicado aos profissionais de saúde da SEMUSS.

Por ocasião da realização da entrevista presencial com a gestora municipal de saúde foi perguntado se existe no município algum levantamento das necessidades de formação e educação permanente para gestores e profissionais de saúde, considerando o perfil epidemiológico de cada região de saúde e obteve-se como resposta a existência.

Todavia, ao se solicitar, por meio do Ofício nº 044/2014/Gab. Cons. Cezar Colares-TCM/PA e da Solicitação Prévia de Auditoria, itens 10 a 14, o diagnóstico sobre a necessidades de capacitação de gestores e profissionais saúde e se questionar sobre a existência

de um núcleo de educação permanente, bem como de indicadores estratégicos relacionados à capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde em AB, não foi apresentado qualquer documento e ou justificativa sobre o assunto.

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

Deste 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.

Entretanto, deve-se admitir que alguma forma de consulta, ainda que de forma parcial e assistemática, pode ter sido realizada, de forma a justificar os percentuais de 42,86% dos médicos, 33,33% dos enfermeiros, 25,50% dos técnicos de enfermagem e 12,50% dos ACS's, que responderem positivamente a sua participação no referido procedimento.

Em síntese, todas as evidências encontram abrigo na falta de priorização, por parte da SEMUSS, 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: no desconhecimento da demanda de capacitação; na realização de cursos desalinhados das reais necessidades de saúde; na baixa qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica; e por fim, 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 evidencias 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;
- c) 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);

- d) 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 baixa qualificação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, comprometendo a qualidade dos serviços prestados aos usuários; o não atendimento, pelas capacitações ofertadas, das reais necessidades dos gestores e profissionais da Atenção Básica; e 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 desta Corte de Contas recomendar à Secretaria de Saúde do Município de Salinópolis:

- 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 Municipal 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;
- Realizar ações coordenadas entre a SESPA e a SEMUSS, 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) reduzir os 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 a realização desta auditoria entende-se alocação como colação, distribuição de profissionais de saúde para diversos locais ou finalidades e permanência como sendo a retenção/fixação desses trabalhadores na AB.

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, foi a deficiência no planejamento em relação à necessidade de alocação e permanência de profissionais na AB. Essa deficiência justifica-se pela inexistência de levantamento/diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal e de instrumentos/mecanismos e/ou procedimentos administrativos previamente

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.

definidos para promover a alocação e permanência dos profissionais desse nível de atenção, de acordo com o perfil epidemiológico da população e com o 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.

Contrastando essa evidência a gestora municipal e 66,67% dos gestores em saúde, em suas entrevistas presenciais, afirmaram que as unidades de saúde dispõem de levantamento das necessidades de alocação de pessoal dos profissionais de saúde da AB, mas quando instados a apresentar as medidas adotadas pela SMS/UBS para promover a alocação e permanência dos profissionais da AB não disponibilizaram nenhum instrumento de gestão, logo as negativas de atendimento as solicitações efetuadas que impediram a comprovação do alegado somada as informações colhidas durante a execução dos trabalhos de auditoria corroboraram com a evidência de deficiência no planejamento em relação à necessidade de alocação e permanência de profissionais na AB.

Há que se ressaltar, a parcialidade no atendimento efetuado por meio do ofício nº 044/2014/Gab. Cons. Cezar Colares TCM/PA e da Solicitação Prévia de Auditoria, datada de 22 de julho de 2014, principalmente no que se refere aos itens 10 a 16, exceto o item 11, que tratam especificamente do levantamento/diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal e dos instrumentos/mecanismos e/ou procedimentos administrativos para promover a alocação e permanência dos profissionais desse nível de atenção.

No que tange às medidas de incentivo à permanência dos profissionais na Atenção Básica, ressaltamos que o Município de Salinópolis possui Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração – PCCR, cujo objetivo é estabelecer política salarial que permita a ascensão profissional dos colaboradores de acordo com suas aptidões e desempenhos e impactar direta e positivamente na permanência/fixação de servidores em seus postos de trabalho. Todavia, há que se ressaltar que por ocasião da realização da SWOT foi declarado pelos profissionais da saúde, como fraqueza, o fato do PCCR não está sendo reavaliado a cada três anos conforme determina a legislação que trata do assunto.

Essa declaração foi ratificada pelo COMUSS, na medida em que na Ata da Sessão nº05/2014 que trata, dentre outros assuntos, da Aprovação do Relatório Anual de Gestão – RAG/2013, declara que o Município de Salinópolis precisa adequar sua política de remuneração de recursos humanos ao PCCR (Lei nº2.840/2011), em virtude da disparidade existente na remuneração dos servidores.

A fim de evidenciar melhor às medidas de incentivo à permanência dos profissionais na Atenção Básica adotadas pela SEMUSS e consequentemente evidenciar o grau de rotatividade dos profissionais de saúde e apresentar possíveis medidas adotadas pela SMS com a finalidade de promover a permanência dos profissionais na AB consultou-se o SARGSUS/Relatório Anual de Gestão e obteve-se:

¹² De acordo com a PNAB, a adscrição é o processo de vinculação de pessoas que, no caso da Atenção Básica, ocorre entre a comunidade usuária do serviço e os profissionais de saúde. Trata-se de um processo de vinculação de pessoas, famílias e grupos a profissionais e equipes, como referência para o cuidado. A gestão de pessoas da Atenção Básica, nível em que 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.

Tabela – 06
Forma de contratação dos trabalhadores de saúde de acordo com os vínculos empregatícios por exercício:

Vínculos Empregatícios	Exercício 2012		Exercício 2013		Exercício 2014	
	Qtd de Profissionais de saúde	%	Qtd de Profissionais de saúde	%	Qtd de Profissionais de saúde	%
Contrato por Prazo Determinado (temporários)	227	59,58	172	52,76	206	56,44
Estatutário	147	38,58	129	39,57	135	36,99
Outros (*)	7	1,84	25	7,67	24	6,57
Total	381	100,00	326	100,00	365	100,00
Fonte:	SARGSUS/RAG 2012		SARGSUS/RAG 2013		SARGSUS/RAG 2014	

(*) Cargo Comissionado, Celetista, Emprego Público.

O demonstrativo acima evidência a precariedade do vínculo de contratação dos profissionais de saúde, corroborando com a constatação de que o Município de Salinópolis precisa implementar medidas de incentivo à permanência dos profissionais na Atenção Básica, com vistas a reduzir o grau de rotatividade desses profissionais, reduzindo o *turnover* e aumentando a fixação dos profissionais nas Unidades de Saúde Municipais.

Outra evidência constatada foi a ausência de mecanismos que permitam promover a alocação e acompanhar a rotatividade¹³ dos profissionais da AB, visto que quando solicitados, por meio de ofício, a apresentar, e quando perguntado, por meio de questionário, como esse acompanhamento é realizado não apresentaram, nem tão pouco esclareceram como ocorre o *turnover* desses profissionais, embora tenham afirmado em questionário a sua existência.

Face ao demonstrativo acima que evidência a insuficiência de ações para incentivar a permanência, somada à ausência de apresentação e de encaminhamento dos mecanismos utilizados pela gestão para alocar e acompanhar a rotatividade de profissionais da saúde, conclui-se que o acompanhamento realizado, quando ocorre, ocorre de forma deficiente, dificultando, e por vezes impedindo a elaboração de medidas eficazes de incentivo à retenção dos profissionais nesse nível de atenção, ocasionando portanto a alta rotatividade e falta de controle desses profissionais e provocando dentre outras consequências, a falta de proporcionalidade na distribuição dos serviços de saúde, comprometendo, assim, a qualidade do atendimento na primeira linha de cuidado.

A fim de verificar se a precariedade do vínculo de contratação e ausência de mecanismos que permitam promover a alocação e acompanhar a rotatividade dos profissionais de saúde estariam influenciando na cobertura populacional pelas equipes da AB, consultou-se o SARGSUS/RAG e observou-se o acréscimo nos índices de cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica de 31,13% de 2012 para 2013 e uma estagnação de 2013 para 2014, e ainda, o não atingimento da meta prevista para 2014 de 100% da cobertura, o que nos leva a concluir que o Município de Salinópolis precisa implementar medidas de controle e incentivo à permanência dos profissionais na Atenção Básica.

Neste sentido, ressaltamos que o preenchimento de vagas por meio de concurso público é uma importante medida não só de alocação, mas também de permanência destes profissionais, reforçando o vínculo do profissional com a Unidade de Saúde.

¹³ Por Rotatividade entenda-se a relação entre admissões e demissões, isto é, a taxa de substituição de trabalhadores antigos por novos.

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 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 – 07
Motivos que levaram os profissionais de saúde a trabalhar na Atenção Básica:

Alternativas / Categorias Profissionais	Gestores %	Médicos %	Odontólog. %	Enferm. %	Téc. Enferm.%	A.C.S.%
Identificação com as propostas das atividades	55,56	28,57	25,00	50,00	14,29	40,00
Conquista de um emprego	33,33	57,14	50,00	33,33	85,71	60,00
Valorização Profissional	-	14,29	25,00	-	-	-
Lotação compulsória	11,11	-	-	16,67	-	-
Soma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

O principal aspecto revelador desse demonstrativo é o percentual de apenas 28,57% de médicos, 25,00% de odontólogos, 14,29% técnico de enfermagem e 40,00% dos agentes comunitários de saúde que se identificarem com as propostas de atividades da AB, em contrapartida a 57,14%, 50,00%, 85,71% e 60,00%, respectivamente, desses mesmos profissionais escolheram a AB pela conquista de um emprego.

Ao analisarmos do ponto de vista da permanência, esses percentuais representam pontos negativos para fixação/ permanência desses profissionais na primeira linha de cuidado, logo faz-se imprescindível que a SEMUSS desenvolva, o mais breve possível, um trabalho com vistas a potencializar a permanência desses profissionais na AB, caso contrário estes podem a qualquer tempo, visando oportunidade de melhoria, se desligar da atenção básica cortando bruscamente o vínculo existente com a população e consequentemente prejudicar 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 aplicados aos profissionais de saúde, efetuou 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 – 08
Fatores motivacionais de permanência dos profissionais de saúde na Atenção Básica:

Alternativas / Categorias Profissionais	Gestores %	Médicos %	Odontólog. %	Enferm. %	Téc. Enferm.%	A.C.S. %
Possibilidade de ser agente de transformação positiva para os indivíduos assistidos	13,95	14,71	12,96	12,96	17,39	16,67
Reconhecimento advindo de sua valorização pela comunidade	11,63	2,95	9,27	9,27	13,04	12,21
Vínculo com a comunidade	16,28	8,82	11,11	11,11	13,04	18,89
Trabalho em equipe	16,28	14,71	14,81	14,81	17,39	10,00
Facilidade de acesso ao local de trabalho	6,98	8,82	5,56	5,56	4,35	7,78
Segurança do vínculo empregatício	6,98	5,88	3,70	3,70	4,35	7,78
Boas condições de trabalho na UBS (infraestrutura, recursos humanos, etc.)	9,30	11,76	9,27	9,27	8,70	1,11
Local seguro	4,65	2,95	7,41	7,41	0,00	5,56
Carga horária exigida adequada	4,65	8,82	9,26	9,26	8,70	0,00
Outros fatores *	9,30	20,58	16,65	16,65	13,04	20,00
Soma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

Nota:

* incluem: remuneração justa; adequação do perfil profissional para atuar na AB; local seguro; proximidade dos grandes centros; estrutura do município e oportunidades profissionais;

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 nesse nível de atenção.

O fator motivacional de permanência que mais se destacou foi o trabalho em equipe. Percentualmente falando foi o mais indicado por todas as categorias profissionais, seguido da possibilidade de ser agente de transformação positiva para os indivíduos assistidos e vínculo com a comunidade, portanto, os mais numerosos se reunidos revelam que os profissionais que atuam na Atenção Básica, apesar de entrarem na AB para conquistar de um emprego, estão comprometidos com a causa e estão dispostos a atuar.

Entretanto, poderão não permanecer se não tiverem incentivo sob a forma de planejamento e gestão, educação continuada, carreira e valorização profissional, salário e condições de trabalho na UBS, 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 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 – 09
Fatores desmotivacionais de permanência dos profissionais de saúde na AB:

Alternativas / Categorias Profissionais	Gestores%	Médicos%	Odontólog.%	Enferm.%	Téc. Enferm.%	A.C.S.%
Salário	8,00	16,66	14,71	11,11	13,33	11,50
Falta de reconhecimento no trabalho e de valorização profissional	8,00	8,33	11,76	5,56	20,00	15,93
Falta de condições de trabalho na UBS (infraestrutura física, Rec. Hum., medicam., déficit nos instrumentos, etc.)	20,00	4,17	5,88	16,67	6,67	5,32
Falhas na gestão da Secretaria Municipal de Saúde - SMS	4,00	4,17	8,82	5,56	3,34	15,93
Falta de incentivo à educação continuada	16,00	8,33	20,59	16,67	13,33	9,73
Excesso de demanda / sobrecarga de trabalho	0,00	12,50	5,88	0,00	6,67	6,19
Carga horária excessiva	12,00	8,33	5,88	16,67	0,00	9,73
Problemas no sistema de referência e contrarreferência e no suporte técnico	12,00	12,50	2,95	11,11	6,67	4,43
Falta de estrutura do município (educação, transporte, saúde, lazer, etc.)	8,00	8,33	5,88	5,56	13,33	0,00
Outros Fatores *	12,00	16,68	17,65	11,11	16,66	21,24
Soma	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

Nota:

* Dificuldade no trabalho em equipe; Problemas na relação com os usuários; Falta de compreensão do gestor da equipe e do usuário sobre o modelo de trabalho; Distância dos grandes centros.

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 incentivo à educação continuada, b) falta de reconhecimento no trabalho e de valorização profissional, c) salário e d) falta de condições de trabalho na UBS (infraestrutura física, Recursos humanos, medicamentos, déficit nos instrumentos, etc.). Ressalte-se também, que foram feitas numerosas menções para: carga horária excessiva, problemas no sistema de referência e contrarreferência e no suporte técnico, falhas na gestão da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSS.

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.

Como última evidência apresentamos a baixa implementação de políticas de gestão de pessoas que incentivem a fixação, alocação e permanência de profissionais na AB. Essa evidência 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) Precariedade do vínculo empregatício dos profissionais da Atenção Básica;
- f) 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 SEMUSS; e a sobrecarga de trabalho, em algumas UBS, em razão 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, sugere-se ao Pleno desta Corte de Contas que recomende à Secretaria de Saúde do Município de Salinópolis:

- 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, reavaliação trienal do 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)¹⁴, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)¹⁵ e Lei Orçamento Anual (LOA)¹⁶, 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.

¹⁴ PPA: estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, em médio e longo prazo e possui vigência de quatro anos.

¹⁵ LDO: enuncia as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte, sua vigência é anual.

¹⁶ 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.

Assim sendo, compete aos Municípios, dentre outras obrigações, “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”, bem como utilizar no planejamento das futuras ações o resultado da execução do que foi planejado.

O Planejamento da Saúde no Município de Salinópolis é subsidiado pela Programação Anual de Saúde (PAS), Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO), Termo de Compromisso de Gestão da A.B., Planificação da Atenção Primária, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ-AB, Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde-PQA-VS, conforme informado pela gestão de AB do município.

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 Salinópolis 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 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.

No intuito de verificar a existência de mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na Atenção Básica entrevistou-se e aplicou-se questionários a Secretária Municipal de Saúde e aos Gestores da AB que afirmaram existir citado levantamento. Todavia, embora esta equipe de auditoria tenha solicitado por meio do Ofício nº 044/2014/Gab. Cons. Cezar Colares-TCM/PA e da Solicitação Prévia de Auditoria, itens 27 e 28, “os estudos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde para identificação das necessidades de saúde relacionadas à atenção básica e os normativos e documentos técnicos elaborados pela SEMUSS, estabelecendo os requisitos e os procedimentos para o levantamento das necessidades de saúde na AB”, respectivamente, ambas as solicitações não foram atendidas, nem tão pouco foram efetuadas quaisquer outras referências que viessem ao encontro do apresentado pelos gestores.

A equipe técnica da SEMUSS, por meio de entrevistas e questionários, se manifestou informando que os diagnósticos formalizados da Atenção Básica existentes são decorrentes dos acompanhamentos e avaliações dos programas federais, Relatórios de Gestão, Conferências de Saúde, dados dos sistemas de informações, indicadores de saúde, dados epidemiológicos, equipes de saúde das UBS, bem como da pauta da Comissão Intergestores Regionais – CIR.

Dessa forma, considerando o não atendimento da solicitação efetuada e a não apresentação de documentos que comprovem a sua existência, esta equipe de auditoria conclui que inexistem estudos e diagnósticos produzidos pela SEMUSS, e ainda, o estabelecimento de metodologia formal que subsidie o planejamento e a oferta dos serviços da AB em Salinópolis.

Outra constatação refere-se a baixa participação de servidores das UBSs no processo de planejamento, contrariando o que preconiza a Portaria GM/MS 2.135 de 25/09/2013, que trata da ascendência e integração do planejamento, partindo do nível local ao Federal, orientado pelos problemas e necessidades de saúde identificadas no âmbito municipal e regional.

A fragilidade do controle social representado pela atuação do Conselho Municipal de Saúde nas discussões relativas ao planejamento e no exercício de seu papel, são pontos relevantes a serem considerados, uma vez que se verificou que dentre os 9 conselheiros, que responderam ao questionário, nenhum deles participou da elaboração do Plano Municipal de Saúde, 2 (dois) membros afirmaram terem participado parcialmente no planejamento das ações de saúde, entretanto foram unânimes em informar que suas participações restringiram-se à aprovação do Plano Municipal de Saúde.

Face ao exposto, constatou-se que o levantamento das necessidades de saúde na atenção básica da população de Salinópolis, quando realizado, não é baseado em perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários do SUS, mas sim, realizado de forma fragmentada, seguindo apenas as exigências dos Programas Federais.

Outra evidência refere-se a ausência de contribuição da SESPA no levantamento das necessidades de saúde da população e no processo de planejamento da AB pelo município. 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.

Associado a essa evidência, constata-se por meio de questionários aplicados a equipe técnica e aos usuários, além de observação direta que o apoio da SEMUSS às UBS é precário para a identificação das necessidades de saúde da população nas suas áreas de abrangência, inviabilizando a participação efetiva das equipes dessas Unidades no processo de planejamento das ações e serviços municipais a serem ofertados aos usuários da AB, e a baixa articulação entre a gestão da AB, além da indisponibilidade de padrões, requisitos e diretrizes para a realização do referido levantamento, indicando uma baixa atuação do gestor municipal em apoiar as UBS e consequente falha no planejamento municipal em saúde.

Evidenciou-se ainda, que existem caixas coletoras e ouvidoria municipal de saúde, entretanto não se constatou o tratamento das informações coletadas junto aos usuários, tendo em vista subsidiar o planejamento e aperfeiçoamento dos serviços ofertados na Atenção Básica.

Cumprir citar, a título de exemplo, as respostas oferecidas pela gestora por meio de questionário sobre o citado assunto:

Tabela 10

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
☒ (x)	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 não foi considerada como uma das principais fontes/informações utilizadas pelo Município de Salinópolis, para o levantamento das necessidades de saúde da população, contrariando 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 e questionários aplicados 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.

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 o instrumento que deve orientar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, consoante ao 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 Salinópolis, 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.

A deficiência no processo de levantamento de necessidades de saúde da população encontram-se evidenciadas pelos 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 SEMUSS 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 SEMUSS, 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 Salinópolis, 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, 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 SEMUSS:

- 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 de saúde 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 de saúde 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 inexistência de contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

Inicialmente, cumpre enfatizar 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)¹⁷. 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.

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.

¹⁷ 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”.

Neste norte, 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.

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 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, e considerando ainda a deficiências nos processos de referenciamento e inexistência contrarreferenciamento entre a AB e os demais níveis de atenção esta equipe de auditores operacionais concentrou seus esforços nesse processo e evidenciou:

- 1) incipiente articulação entre os diferentes níveis de complexidade de saúde;
- 2) insuficiência de referência e inexistência de contra referência para as unidades de origem;
- 3) insuficiência e inadequação de sistema informatizado para atender o fluxo de referência e contra referência;
- 4) inexistência de fluxograma estabelecendo o processo de referência e contrarreferência;
- 5) utilização parcial do protocolo de atendimento dos programas da AB.

Os gestores da AB se manifestaram pela existência de um fluxo de referenciamento, conforme relatos a seguir:

“ Nas unidades básicas de saúde os médicos preenchem as referências conforme as necessidades de consultas especializadas, a coordenação das unidades junta as referências, traz para o setor de regulação, onde será realizado o agendamento, após devolve-se para as unidades que entregam aos ACS para entregarem aos pacientes ”

“As Unidades Básicas referenciam os usuários para a SMS (setor de regulação) para agendamento de consultas e exames especializados”

Ressaltam ainda, que a inexistência do fluxo informatizado de referência e a inexistência de contrarreferência deve-se a problemas com a internet e complexo de regulação que ocasionam demora no atendimento especializado.

As evidências acima relacionadas encontram sustentação nos questionários aplicados 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 resolatividade, 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 não funciona a contento. A título de exemplo citamos as seguintes respostas:

“Sim. Enfermeira. Há muita dificuldade em relação à resolatividade (tempo de espera pra tudo, ex. Cirurgias, etc...,” e ainda: “Sim, há muita dificuldade com pacientes encaminhados a determinadas especialidades médicas, pois, pelo sistema de referência e contrarreferência há grande demora, para a realização da consulta com o especialista”.

Os gestores das UBS, por meio de questionários, afirmaram que não existe um fluxo formal estabelecendo o processo de referenciamento dos usuários da AB para os outros níveis de complexidade, todavia são unânimes em afirmar a inexistência de contrarreferência, a exemplo citamos:

“ Quando necessita de Média e Alta complexidade temos que levar por meios próprios as referências dos pacientes que são deixadas nas Unidades. Quando é urgência ligo p/ SAMU ou Bombeiro e levamos o Pcte. Até o hospital regional. Não existe Sistema de contraferência. Nunca volta a informação.” E

“ Até o momento não existe o processo da referência e contrarreferência. Esta dentro das metas da planificação.”

“ O Enfermeiro leva os encaminhamentos p/ marcar na regulação. Ao receber a resposta encaminha para o ACS que entrega no domicílio. O problema e demora na marcação. O paciente vai a consulta especializada e às vezes não volta contrarreferenciado.”

Os usuários das UBS visitadas, quando instados a se manifestar sobre o sistema de referenciamento alegam desconhecer o fluxo para a realização de exames e consultas especializados, além da dificuldade para agendamento ocasionado pela baixa oferta desses serviços gerando a demora no atendimento.

No mesmo sentido, a Gestão Superior ao se manifestar quanto ao sistema de referenciamento respondeu que inexistem fluxos de referência e contrarreferência e que

desconhece a sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, conforme se verifica por meio da questão 25 do questionário respondido pelo Gestor:

Tabela 11
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
()	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 a Secretária Municipal de Saúde.

Conforme demonstrado, as respostas apresentadas indicam que os profissionais que atuam na saúde, nos três níveis de complexidade, não têm a prática de registrar corretamente a referência e que inexistente a contrarreferência, configurada pela ausência de fluxograma e de protocolo de regulação assistencial, ratificando assim, as evidências inicialmente apontadas por esta equipe de trabalho em relação ao achado de auditoria de que existem deficiências no processo de referência e inexistente a contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

Quanto à infraestrutura de TI, a ser utilizada no sistema informatizado de referenciamento, constatou-se a indisponibilidade de equipamentos e pessoal qualificado nas UBS's para operá-lo, conforme se verifica nas respostas dos profissionais de saúde nos questionários aplicados; na ausência de manifestação da Gestão superior¹⁸; e na observação direta efetuada pela equipe de auditores operacional. Ressalte-se que o item 5.3 deste relatório trata especificamente da insuficiente estrutura de TI, ratificando assim a evidência ora em comento.

Ressalte-se, que no momento de realização da auditoria, o referenciamento era realizado por meio de formulários impressos que eram levados pelos enfermeiros gestores das unidades à SEMUSS para agendamento no Departamento de Regulação a fim de fossem incluídos no SISREG.

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 desordenamento 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

¹⁸ Processo nº 201410381-00, que trata da Solicitação Prévia de Auditoria, item 26 - Relatório de diagnóstico de infraestrutura de TI.

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 não implantação do sistema informatizado de referência e contrarreferência nas UBS do Município de Salinópolis, constituindo-se 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 as deficiências nos processos de referenciamento e inexistência contrarreferenciamento entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção acarreta 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 resolutiva do atendimento, vez que induz o município a destinar 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

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.

inexistência de procedimentos formais preestabelecidos e do desconhecimento, da maioria desses profissionais, da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

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) inadequação dos serviços prestado na AB;
- d) sobrecarga de serviços de média e alta complexidade, face ao elevado atendimento de demanda espontânea dos usuários da AB;
- e) prejuízo para a continuidade do cuidado dos pacientes, enfraquecendo o papel da Atenção Básica como coordenadora do cuidado à saúde; e por fim
- f) desconhecimento por parte dos gestores quanto ao grau de resolutividade da AB.

Ante aos dados apresentados, 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 SEMUSS:

- elaborar e implementar fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência);
- facilitar a articulação entre os diferentes níveis de atenção;
- organizar as redes assistenciais, de modo a proporcionar a agilidade e resolutividade no atendimento e o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde pelos usuários;
- elaborar e implementar o protocolo de regulação municipal;
- implementar o sistema informatizado existente, descentralizando o acesso às UBS.

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 nesses níveis de atenção otimizando os recursos, controlando o acesso e ofertas da rede de serviços assistenciais objetivando o aumento da 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

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

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).

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, esta equipe de auditores operacionais conduzirá a avaliação dos trabalhos no eixo Monitoramento e Avaliação por meio da seguinte questão de auditoria: **O Município de Salinópolis 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 Salinópolis 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 Salinópolis 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?
- c) A Secretaria Municipal de Saúde de Salinópolis 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 Salinópolis (SEMUS), identificou-se os achados a seguir descritos:

5.1. Fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SEMUS.

O processo de monitoramento e avaliação da situação de saúde da população e da gestão perpassa 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.

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 e a atuação dessa equipe técnica, foi solicitado a SEMUSS, em 22 julho de 2014, por meio de Solicitação Prévia de Auditoria, a seguinte documentação:

- 1) Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde.
- 2) Estrutura organizacional.
- 3) Normativos definindo a sistemática de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- 4) Relatórios de monitoramento e avaliação da Atenção Básica referente ao exercício de 2013.

Foi encaminhado a esta Corte de Contas em 06/09/2014 (Ofício nº 021/2014-GAB/SEMUSS – Processo nº 201414764-00, fls. 36 a 52) o Regimentos Interno e o Organograma Funcional da SEMUSS.

Não obstante a falta de comprovação da legalidade do Regimento Interno enviado pela SEMUSS a esta Corte de Contas, descrito no item 2.2 deste Relatório, que trata dos aspectos relacionados a Atenção Básica no Município de Salinópolis, a equipe de auditoria procedeu a análise da estrutura administrativa disposta no documento em questão e verificou que, de acordo com a Seção IV, art. 10º, cabe à Assessoria de Planejamento, por intermédio de seu Coordenador, a coordenação do processo de avaliação das ações e serviços de saúde, cabendo a ele, entre outras competências:

Art. 10º - Ao Coordenador em Planejamento, Unidades Administrativas de assessoramento direto ao Secretário, compete:

...

XVI – Coordenar o processo de avaliação das ações e serviços de saúde;

XVII – Realizar diagnósticos setoriais;

XXIII – Elaborar os Relatórios Quadrimestrais de Gestão;

XXVI – Elaborar relatórios trimestrais e anuais de acompanhamento.

....

Acerca da questão, durante os trabalhos de campo foram aplicados questionários a Secretária Municipal de Saúde e aos responsáveis pela gestão da saúde do município, a saber: Assessoria de Planejamento, Diretoria Técnica, Coordenação da Atenção Básica e Coordenação de Regulação.

Instados a se manifestar a respeito da existência de unidade específica ou pessoal responsável pelo o M&A dos indicadores de Saúde da AB, os gestores informaram que há uma equipe responsável em realizar o monitoramento e avaliação composta 05 membros pertencentes a Assessoria de Planejamento e Diretoria Técnica e suas coordenações.

Diante da afirmação: *“A equipe de monitoramento e avaliação é suficiente para o desenvolvimento das atividades da SEMUSS”*, apenas a Secretária de Saúde concordou que a equipe é suficiente, os demais gestores concordaram parcialmente com a afirmação, com a justificativa de que a Diretoria Técnica e suas Coordenações necessitam de mais técnicos das áreas correspondentes.

Pelos relatos acima se conclui que existe na SEMUSS uma equipe responsável em realizar o M&A da AB, todavia essa equipe é insuficiente para a realização da avaliação das ações e serviços de saúde no município.

Outro ponto analisado refere-se à existência 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, conforme relatado acima foi solicitado a SEMUSS a remessa desses normativos, onde estivessem estabelecidos a metodologia e os mecanismos de controle para o acompanhamento sistemático

dos resultados alcançados, conforme disciplina a PNAB. Na documentação enviada a esta Corte de Contas não houve manifestação expressa a respeito da existência dos normativos, nem tão pouco a sua remessa.

Outro aspecto investigado, diz respeito à elaboração de relatórios periódicos de avaliação, visto que os dados levantados no monitoramento deverá ser disponibilizado para avaliação do desempenho quantitativo e qualitativo não só das ações realizadas pelas equipes de saúde, mas também da gestão da AB de acordo com critérios preestabelecidos (economicidade, eficácia, eficiência, efetividade, sustentabilidade, dentre outros) e esses relatórios constituirão insumos para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG)²¹, que são disponibilizados no site oficial do Ministério da Saúde, no Sistema SARGUS²².

Nessa perspectiva, foram solicitados à SEMUSS relatórios de monitoramento e avaliação da AB referentes ao exercício de 2013. Na documentação encaminhada a esta Corte de Contas não houve manifestação expressa a respeito da remessa de relatórios gerenciais de monitoramento e avaliação, constatou-se o envio somente dos Relatórios Quadrimestrais de Gestão e do Relatório Anual de Gestão de 2013.

Há que se ressaltar que os Relatórios em questão expressam de forma genérica as ações e serviços de saúde realizados no exercício a que se referem, apresentando dados de produção das equipes da AB e o percentual de cumprimento das metas que foram estabelecidas na Programação Anual de Saúde (PAS), sem, no entanto, demonstrar as causas do não cumprimento das metas e os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território de atuação das equipes, o que demonstra fragilidades nas avaliações realizadas pela SEMUSS. Essa constatação da equipe de Auditoria é corroborada pelas avaliações realizadas pela Assessoria de Planejamento da SEMUSS apresentadas nos relatórios quadrimestrais de gestão referentes ao 2º e 3º quadrimestres de 2013 (Processo nº 201412828-00, fls. 51 e 63), que assim se posiciona:

... A Panorâmica não demonstra claramente a situação da saúde no âmbito municipal por insuficiência de dados, o que nos remete a enfrentar desafios e encarar dificuldades para desenvolver a política de saúde de forma muito particularizada, como é o caso da priorização da Atenção Básica a Saúde e a Atenção às Urgências, como eixos estruturantes do Sistema de Atenção à Saúde.

....

Vê-se, portanto, que essas fragilidades dificultam a tomada de decisão por parte dos gestores, visto que essas informações são essenciais na avaliação da efetividade e impacto da política pública e na prestação de contas à sociedade, bem como ao planejamento das ações de saúde.

Foi questionado aos gestores da saúde do município com que periodicidade a SEMUSS realiza avaliação dos resultados da AB, a Secretária Municipal de Saúde, os responsáveis pela Diretoria Técnica e Coordenação da Atenção Básica declararam que a

²¹ O Relatório Anual de Gestão (RAG) é a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município, vez que se constitui em um instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, que 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.

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.

avaliação da AB é feita mensalmente e trimestralmente, já a Assessoria de Planejamento informou que a avaliação é feita anualmente e que há proposição para que se faça quadrimestralmente.

Um outro aspecto a ser enfatizado diz respeito a disponibilização e divulgação dos resultados obtidos na avaliação da AB para uso de todos os atores envolvidos nas ações de saúde (gestores, sociedade, equipes de saúde, etc.).

Nesse quesito, os gestores declararam que os resultados obtidos por meio do M&A da AB são disponibilizados quadrimestralmente, e que excepcionalmente no período da execução da auditoria, em decorrência da construção da Planificação (ver item 2.2.), os dados são disponibilizados mensalmente e são divulgados ao Conselho Municipal de Saúde de Salinópolis (COMUSS) e as equipes de saúde da AB em reuniões periódicas, todavia não foi especificado de que forma esses dados são divulgados.

Quanto a disponibilização e divulgação dos resultados da AB, observou-se que no site da Prefeitura Municipal de Salinópolis não há qualquer publicação referente aos Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão (RAG). Registre-se que o RAG se encontra publicado somente no site do DATASUS, no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), (<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=15&codTpRel=01>), todavia, o Município de Salinópolis ainda não utilizou o Sistema para a elaboração e publicação do Relatório Detalhado do Quadrimestre, segundo informação contida no SARGSUS.

Evidenciou-se, ainda, no SARGSUS, que a SEMUSS não vem cumprindo os prazos de remessa ao Conselho Municipal de Saúde e Câmara Municipal do Relatório Anual de Gestão e dos Relatórios Quadrimestrais referentes aos exercícios de 2013, 2014 e 2015, respectivamente, conforme dispõe os artigos 31 e 36 da Lei Complementar 141/2012, abaixo discriminados, comprometendo a atuação desses Órgãos no que tange a avaliação dos serviços de saúde prestados pela Secretaria aos seus munícipes:

“Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

“Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1o A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

...

§ 5o O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

Registre-se, ainda, que o Relatório Anual de Gestão referente ao exercício de 2013 foi aprovado com ressalvas pelo COMUSS, em razão de sua remessa intempestiva ao Conselho, conforme descrito na Ata da Sessão Ordinária do COMUSS nº 05/2014, extraída do site do DATASUS, conforme descrito abaixo:

“Deliberações: 1. Aprovação do Relatório Anual de Gestão – RAG, ano 2013, do município de Salinópolis na última reunião do COMUSS do dia 24/07/2014 entregue para análise e emissão de parecer da Comissão Permanente de Assuntos Técnicos do COMUSS. A Comissão fez a análise e emitiu parecer favorável à aprovação do Relatório Anual de Gestão, com as seguintes ressalvas: que os gestores da Plataforma SARGSUS – Sistema de Apoio aos Relatórios de Gestão do SUS envie em tempo hábil para apreciação do COMUSS, ao contrário fica inviável uma avaliação mais detalhada, considerando que é humanamente impossível o Conselho avaliar em algumas situações, os indicadores de saúde local, com atraso de praticamente um ano. Então a recomendação é que as avaliações sejam realizadas conforme prevê a Lei Complementar 141/2012, a cada quadrimestre.....”

Evidenciou-se, nos questionários aplicados a nove membros do COMUSS, que a sua participação no M&A da AB se dá de maneira muito frágil, em razão da baixa participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no controle das ações da AB, além da pouca participação do Conselho como órgão deliberativo do SUS na gestão municipal, conforme evidências abaixo:

- a) Ante ao questionamento feito aos conselheiros de saúde: “*Em sua opinião, o Conselho é atuante no desempenho de suas atribuições legais? (Justifique)*”, 55,56% dos Conselheiros responderam que sim, 22,22% não e 22,22% não responderam. Todavia, ressaltaram que essa atuação se condiciona a capacidade de ação do Conselho diante da falta de estrutura e de assessoria técnica.
- b) Quanto a fiscalização da aplicação dos recursos destinados a AB, 66,67% dos conselheiros responderam que não realizam essa fiscalização, em razão das dificuldades apontadas abaixo. Ressalte-se que 33,33% dos conselheiros, que responderam que realizam a fiscalização, representam os seguintes segmentos: Prestador – Hospital Regional de Salinas, Trabalhador e Secretário Executivo do COMUSS.

“Pois não temos acesso as documentações e dificultam nosso trabalho como Conselheiro”.

“O Conselho apenas fiscaliza as notas de empenho. E não toma ciência do que vão comprar. Só para avaliar as notas. Precisamos de uma avaliação técnica (assessoria)”.

“Não temos acompanhamento técnico confiável. Não somos informados”.

“Por não termos acesso a esse tipo de material, onde deparamos com tantas dificuldades...”.

“A demora da entrega dos repasses destinados aos mesmos para avaliação, não temos um contador no Conselho, ou seja, a demora na prestação de contas, inclusive está atrasado o 2º Quadrimestre de 2014”.

- c) Quanto a realização de visitas as UBS destinadas a verificação dos serviços prestados aos usuários do SUS, 88,89% dos respondentes declararam que o Conselho não realiza essas visitas e um dos conselheiros consultados informou que já solicitou várias vezes ao Presidente do Conselho a elaboração de um cronograma de visitas mensais as UBS e nunca foi atendido, com a justificativa de que não tem veículo para essa finalidade.

Nas visitas “in loco” realizadas a 6 USF, foi relatado pelos enfermeiros responsáveis por 2 Unidades de Saúde que nas reuniões realizadas pela gestão da SEMUSS os assuntos tratados restringem-se ao repasse de informações sobre as campanhas de saúde como a Semana do Idoso, Semana da Criança e Outubro Rosa, por exemplo; questões administrativas; disponibilidade de capacitações; novas diretrizes dos programas federais; não alcance das metas nos programas federais; falta de medicamentos, etc.

Nos questionários aplicados a 9 enfermeiros responsáveis pelas USF em 07/10/2014, dentre os instrumentos de planejamento municipais voltados para AB citados por 6 respondentes está o relatório quadrimestral, todavia, ressaltaram que muito embora tenham recebido tal relatório não houve discussão a respeito das informações lá constantes, conforme se verifica nos relatos abaixo:

“Não tive acesso anterior a tais instrumentos, somente ontem entregaram o plano de saúde do município e o relatório quadrimestral, porém nada foi discutido.”

“Somente ontem recebemos o planejamento anual e relatório quadrimestral, somente foi entregue e não foi discutido.”

“Somente planejamento anual e o relatório quadrimestral, mas não foi discutido.”

Os gestores também informaram que no momento da realização da Auditoria estavam participando de reuniões de implementação da Planificação e PMAQ-AB (ver item 2.2. deste Relatório). Frise-se que esses instrumentos são importantes ferramentas de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela AB, ao permitirem um planejamento mais efetivo e possibilitarem o constante monitoramento e avaliação do trabalho das equipes de saúde por meio de indicadores de desempenho, todavia, há que se enfatizar que é necessário que a SEMUSS incorpore o monitoramento e a avaliação à rotina dos serviços da gestão, coordenação e equipes/profissionais, para obter a melhoria dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Cabe salientar ainda, que a realização de reuniões periódicas da gestão da SEMUSS com as equipes e responsáveis pelas unidades de saúde para divulgação e análise das informações obtidas pelo monitoramento é fundamental não só para a verificação do cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou pela SESA para este nível de atenção, mas principalmente, para avaliar o processo de trabalho das equipes em aspectos como: resolutividade, abrangência, integração em equipe, integração com a rede de atenção à saúde, perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários, etc. Nessas reuniões é de suma importância a utilização de instrumentos como planilhas, gráficos e indicadores para acompanhar o seu desempenho, possibilitando algumas análises comparativas e temporais, dentre outras, para acompanhamento e avaliação das ações e práticas adotadas pelas suas equipes de saúde.

Pelas evidências expostas acima, constatou-se deficiências no processo de M&A da AB realizado pela SEMUSS e como causas que contribuem para essas deficiências, tem-se:

- 1) não priorização das ações de M&A da Atenção Básica por parte dos gestores e profissionais de saúde da SEMUSS e das UBS, uma vez que essas ações 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 SEMUSS comprometem a sistemática desse processo; levam a ineficiência do monitoramento realizado pelos gestores municipais, resultando em déficit de informações estratégicas, deficiência no planejamento e prejuízo da capacidade avaliativa da SEMUSS; sobrecarga de funções dos técnicos da SEMMUS (mesmos técnicos assumem múltiplas funções, sem conseguir focar em uma única tarefa).

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 SEMUSS:

- promover ações de capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação de todos os gestores da AB e das equipes de 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 promovendo a 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 de saúde, acarretando a melhoria dos resultados almejados pela Atenção Básica;
- 2) planejamento municipal da saúde, 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.

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, 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

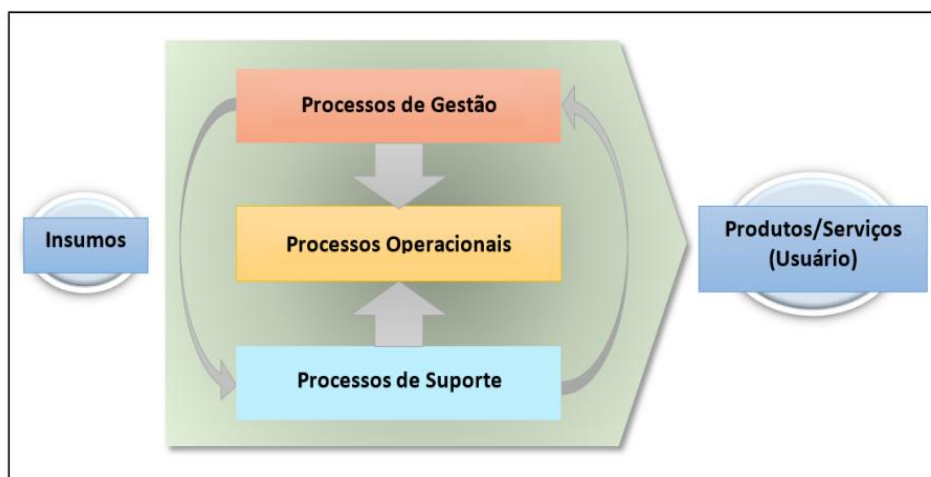
²³ Peter Ferdinand Drücker foi um escritor, professor e consultor administrativo de origem austríaca, considerado como o pai da administração moderna, sendo o mais reconhecido dos pensadores do fenômeno dos efeitos da globalização na economia em geral e em particular nas organizações subentendendo-se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

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 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, conforme demonstra a figura abaixo:

Figura – 02
Processos de trabalho



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 SEMUSS 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.

Foram solicitados a SEMUSS, em 22/07/2014, 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 e de normativo interno estabelecendo a relação entre os indicadores e os instrumentos de planejamento, todavia na documentação encaminhada a esta Corte de

Contas em 06/09/2014 (Ofício nº 021/2014-GAB/SEMUSS – Processo nº 201414764-00) não houve o envio da documentação solicitada, bem como manifestação do auditado acerca da solicitação.

No questionário aplicados a Secretária Municipal de Saúde e aos responsáveis pela gestão da saúde do município, a saber: Assessoria de Planejamento, Diretoria Técnica, Coordenação da Atenção Básica e Coordenação de Regulação informou-se que a SEMUSS monitora e avalia os indicadores da AB e utiliza os indicadores para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela AB e ante ao questionamento de como a Secretaria realiza o M&A dos indicadores os gestores assim se posicionaram:

“Através dos indicadores, feita por cada área”.

“Através dos instrumentos do SUS, instrumentos em relação ao quantitativo de procedimentos e hoje através da Planificação que estamos construindo com vistas as melhorias da AB”.

“Através do SISPACTO, Pactuação, Relatório de Gestão, a planificação que estamos construindo”.

“Através dos sistemas de informação aplicando os parâmetros do PMAQ, SISPACTO e dos indicadores estabelecidos pelo Estado para o fortalecimento da AB”.

Instados a se manifestar quanto ao tipo de indicadores utilizados pela SEMUSS para monitorar e avaliar a gestão da saúde AB os gestores desse nível de atenção informaram que fazem uso dos indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pela SESPA e indicadores próprios como planilhas de acompanhamento mensal de produtividade por unidade de saúde/servidor.

Os gestores da SEMUSS afirmaram, ainda, que utilizam os indicadores de monitoramento e avaliação da AB para a realização do seu planejamento, da seguinte forma:

“Através da programação anual de saúde, termo de compromisso anual da AB, assumido junto ao Estado (SIAB, e-SUS, etc.)”.

“Utilizamos a Programação Anual de Saúde, Termo de Compromisso Anual da Atenção Básica, assumido junto ao Estado, SIAB, e-SUS, etc.”.

Considerando a não remessa do Portfólio de indicadores utilizados para avaliar e monitorar a gestão e os serviços prestados pela AB, necessário tecer algumas considerações a respeito dos comentários dos gestores da SEMUSS a respeito da utilização dos indicadores para M&A da AB.

Primeiramente, importante informar que o Ministério da Saúde utiliza vinte e seis indicadores para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados no âmbito da atenção básica, listados a seguir:

- a) **relacionados à saúde da mulher:** proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica; média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; proporção de gestantes com o pré-natal em dia; proporção de gestantes com vacina em dia; razão entre exames citopatológicos colo do útero, faixa etária 15 anos ou mais.
- b) **relacionados à saúde da criança:** média de atendimentos de puericultura; proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo; proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia; proporção de crianças menores de dois anos pesadas; média de consultas médicas para menores de um ano; média de consultas médicas para menores de cinco anos;

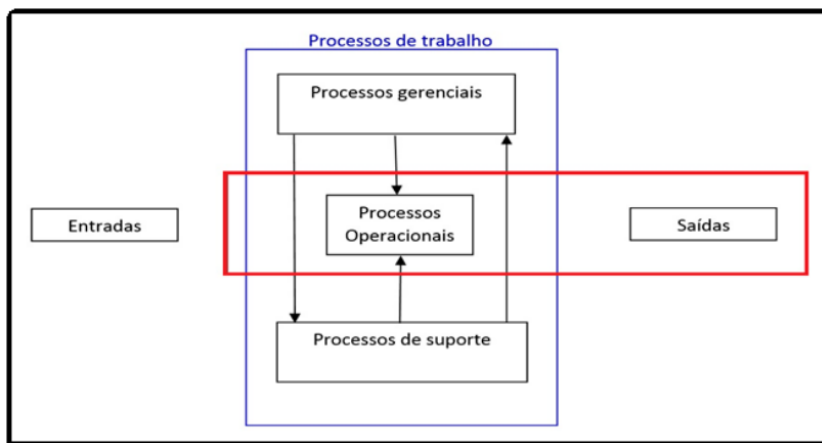
- c) **relacionados ao controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica:** proporção de diabéticos cadastrados; proporção de hipertensos cadastrados; média de atendimentos por diabético; média de atendimentos por hipertenso.
- d) **relacionados à produção geral:** média de consultas médicas por habitante; proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; proporção de consultas médicas de demanda agendada; proporção de consultas médicas de demanda imediata.
- e) **relacionados a dimensões de cobertura populacional e resolutividade das equipes:** cobertura das equipes de ACS; cobertura das equipes de saúde da família; cobertura do Programa Saúde na Escola; cobertura das equipes de saúde bucal; índice de implantação de CEO; taxa de prevalência de excesso de peso.

Além dos 26 indicadores acima relacionados, no processo de pactuação entre as três esferas de governo, a mensuração das metas firmadas é realizada por meio de um rol único de indicadores (Resolução CIT 5, de 19/6/2013), pactuados anualmente, registrados no aplicativo Sistema de Pactuação de Indicadores (SISPACTO) disponibilizado pelo MS, dentre os quais tem-se indicadores de atenção básica, transcritos a seguir:

- 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, como se observa na figura a seguir:

Figura – 03
Dimensões da Atenção Básica avaliados por indicadores



O Ministério da Saúde instituiu pela Portaria GM/MS 1.654/2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 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. O PMAQ-AB é a principal ferramenta adotada pelo MS para monitorar a atenção básica e 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. Importante esclarecer que os indicadores a serem monitorados pelo Programa estão relacionados aos resultados e não aos meios necessários para atingi-lo, ou seja não possibilita monitorar e avaliar os processos de gestão da atenção básica.

No que pertine aos indicadores estabelecidos pelo Estado para o fortalecimento da AB, cumpre informar que a SESPA editou o Decreto nº 1.095, regulamentado pela Portaria nº 676, de 10/07/2014, enviada pela SEMUSS (Processo nº 201414764-00, fls. 16 a 73), que instituiu o cofinanciamento estadual da Atenção Básica em Saúde. O Anexo II, Cláusula Quarta, II dessa Portaria dispõe que os municípios deverão desenvolver as metas estabelecidas e avaliar mensalmente o seu cumprimento por meio do acompanhamento de 07 indicadores gerais e 04 indicadores de gestão, listados a seguir:

- a) **Indicadores gerais:** proporção de nascidos vivos com menos de 2500 g em relação aos nascidos vivos pesados; proporção de hospitalização por complicação de diabetes em relação ao mês anterior; proporção de gestantes com pré-natal no primeiro trimestre em relação ao número de gestantes acompanhadas; proporção de gestantes com vacina em dia em relação ao número de gestantes acompanhadas; proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo em relação ao número de crianças acompanhadas; proporção de contatos de casos de tuberculose acompanhados; proporção de contatos de casos de hanseníase acompanhados.
- b) **Indicadores de gestão:** cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas; cobertura populacional de Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas, cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) implantadas; proporção de alimentação regular do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal), Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

Vê-se que apenas os indicadores relacionados à alimentação regular dos sistemas de informação do MS podem auxiliar a gestão do M&A da AB, os demais indicadores estão relacionados aos resultados alcançados pela AB.

Oportuno salientar que a SEMUSS somente faz o registro das informações necessárias à alimentação dos sistemas de informação de saúde, exigidos pelo MS, 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.

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 SEMUSS 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 SEMUSS, 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 SEMUSS;
- d) deficiência no processo de monitoramento e avaliação, gerando pouca transparência no desempenho da gestão e das ações de saúde;
- e) deficiências no processo de tomada de decisão por parte dos gestores da saúde.

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

- 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 a esse nível de atenção; melhorar a qualidade e adequação da prestação de serviços de saúde da Atenção primária; 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, 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 desse nível de atenção 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 SEMUSS 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 SEMUSS por meio de Solicitação Prévia de Auditoria 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.

Na documentação encaminhada a esta Corte de Contas em 06/09/2014 (Ofício nº 021/2014-GAB/SEMUSS – Processo nº 201414764-00) não houve o envio de informações e documentações solicitadas, bem como manifestação do auditado acerca da solicitação.

Diante do não envio da documentação solicitada, a equipe de auditoria buscou identificar, com os gestores municipais e das USF, um panorama da estrutura de TI disponível para esse nível de atenção.

No questionário aplicado à gestão da SEMUSS, a Secretária Municipal de Saúde avaliou como regular a estrutura de TI para o desenvolvimento das atividades de M&A da AB, os demais gestores classificaram como boa a estrutura, a dificuldade apontada referiu-se a frequente interrupção do acesso à internet.

Cabe informar que a SEMUSS não possui em sua estrutura organizacional um Departamento/Diretoria de TI, possui informalmente um Núcleo Interno de Processamento (NIP). Desta feita, a equipe de auditoria aplicou questionário ao responsável pelo Núcleo, que informou o seguinte:

- a) é o setor onde se concentram os sistemas de informação do MS que o município alimenta, processa e faz a emissão de relatórios para a gestão avaliar os indicadores;
- b) o setor possui 04 servidores, considerados suficientes para o desenvolvimento das atividades da SEMUSS;
- c) informou a existência de diagnóstico de estrutura de TI necessária ao M&A da AB, todavia esse diagnóstico não foi entregue a equipe de auditoria;
- d) classificou como regular a estrutura de TI para o desenvolvimento das atividades de M&A em razão do acesso à internet ser de baixa qualidade, o que traz problemas na utilização dos sistemas de TI.;
- e) informou que a SEMUSS dispõe de planejamento de TI para suprir as necessidades de M&A da AB, no entanto não foi entregue a equipe de TI citado planejamento;
- f) a SEMUSS 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;
- 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;
- 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.

Ante ao exposto, verifica-se que o responsável pelo NIP se contradiz ao afirmar na letra “b” que o setor possui 04 servidores, considerados suficientes para o desenvolvimento

das atividades da SEMUSS e na letra “h” enfatiza a insuficiência de pessoal e de estrutura para uma avaliação mais célere de cada sistema informatizado, além de relatar a inexistência de desenvolvedores na equipe de informática.

Cabe registrar que no momento da execução da auditoria a SEMUSS estava em processo de implantação do Sistema e-SUS AB²⁴, já havia adquirido um computador para cada USF para ser utilizado na alimentação do sistema e estava capacitando os servidores para sua utilização.

Com base nos questionários aplicados a 9 Enfermeiros responsáveis pelas Unidades de Saúde da Família, constatou-se:

- a) 6 das 9 USF informaram que possuem 1 computador alocado na sala de imunização para registro no sistema de vacina (SIPNI) dos imunobiológicos aplicados, os demais respondentes não se posicionaram a respeito, relataram ainda que estavam sendo instalados novos computadores na USF para serem utilizados na alimentação do e-SUS AB.
- b) os computadores não têm acesso à internet;
- c) 3 dos 6 respondentes, cuja USF possui computadores, informaram que a quantidade de computadores instalados nas Unidades de Saúde é insuficiente para o desenvolvimento de suas atividades e apontaram como principal problema a inexistência de internet, a instabilidade frequente do sistema e indisponibilidade da rede e falta/déficit de equipamentos.
- d) a alimentação dos dados nos sistemas informatizados do MS é realizada indiretamente via formulários encaminhados a SEMUSS;
- e) 5 dos 9 respondentes informaram que os servidores estavam sendo capacitados para utilizar os sistemas informatizados da USF;

Ante das constatações expostas conclui-se que a estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção, suporte técnico e treinamentos) a disposição das USF é insuficiente para realização do M&A da A.B.

Dentre as possíveis causas dessas dificuldades enfrentadas na estrutura de TI podemos citar: 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 SESP e ao Ministério da Saúde; e comprometimento do fluxo de informações referente à referência e contrarreferência e demais sistemas relacionados à AB.

²⁴ O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico

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 UBS e USF, propõe-se recomendar à SEMUSS 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 básica²⁵ 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 Salinópolis assegurar o atendimento aos seus 37.430 habitantes²⁶ (trinta e sete mil, quatrocentos e trinta habitantes) em 2010 e de 39.328 habitantes²⁷ (trinta e nove mil, trezentos e vinte e oito habitantes) estimativa para 2016, residentes fixos e estender a cobertura de atendimento em saúde nas UBS'S à população flutuante proveniente do turismo sazonal. Essa amplitude no atendimento justifica-se pela diversidade paisagística do litoral do Estado do Pará (Brasil), formada por praias, rios, furos, igarapés, mangues e dunas existente no Município de Salinópolis para onde convergem um considerável número de turistas.

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

²⁵ 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.”

²⁶ Censo 2010 (IBGE).

²⁷ 39.328 habitantes, segundo estimativa do IBGE em 01 de julho de 2016.

operacionais ligados diretamente às ações de atenção básica à saúde como objeto de fiscalizações posteriores.

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 da auditoria em 05 Unidades Básicas de Saúde, todas com ESF's e programa de saúde bucal implantado na modalidade I.

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 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS's), aquelas que representassem o cenário da qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos à população no Município de Salinópolis. Dentre esses critérios destacam-se: a) representação por área urbana e rural; b) extensão e localização geográfica da UBS; c) acesso da população alvo; e d) cobertura populacional.

No que tange ao eixo gestão de pessoas, evidenciou-se a insuficiência na oferta 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, insuficientes e desalinhadas, 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 SEMUSS em promover a educação permanente aos profissionais de saúde em todos os seus níveis, 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 falta de reavaliação trienal do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração, bem como a insuficiência de ações que incentivem a permanência dos profissionais na Atenção Básica e a baixa implementação de políticas de gestão de pessoas que incentivem a fixação, alocação e permanência desses profissionais em seus postos de trabalho.

No que se refere ao mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na AB, evidenciou-se que esse levantamento não é baseado em perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários do SUS, mas sim, realizado de forma fragmentada, seguindo apenas as exigências dos Programas Federais, inexistindo metodologia única e formal que possibilite um diagnóstico local capaz de identificar as reais necessidades de saúde da população.

Evidenciou-se ainda, a baixa articulação entre SESPA e SEMUSS e apoio precário da SEMUSS às UBS para a identificação das necessidades de saúde da população nas suas áreas de abrangência, assim como a deficiência nos mecanismos de comunicação entre usuários e as

UBS e estas e a SEMUSS, com vistas a subsidiar o planejamento e aperfeiçoar os serviços ofertados na Atenção Básica.

Destaca-se também como evidência a ausência de tratamento das informações adquiridas por meio de caixas coletoras e ouvidoria municipal de saúde e a fragilidade do controle social representado pela atuação do Conselho Municipal de Saúde nas discussões relativas ao planejamento e no exercício de seu papel, acarretando inconsistência no planejamento e consequentemente, baixa resolutividade dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Os fatores que concorreram para as *deficiências no processo de referência e inexistência de contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção* à saúde foram evidenciadas pela incipiente articulação entre os três níveis de complexidade; a insuficiência de referência e inexistência de contrarreferência para as unidades de origem; a insuficiente e inadequada infraestrutura de TI e do sistema informatizado existente nas UBS; a inexistência de fluxograma estabelecendo o processo de referência e contrarreferência; e a utilização parcial do protocolo de atendimento dos programas 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 SEMUSS, que são decorrentes:

a) 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;

b) 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;

c) inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) próprios para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da AB. Os indicadores utilizados pela SEMUSS 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;

d) 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;

e) 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 SEMUSS, 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 Salinópolis, submete este relatório preliminar de auditoria e as recomendações expostas a seguir à consideração superior, para que sejam encaminhadas ao gestor da ação governamental ora sob análise, para sua manifestação a acerca dos achados e recomendações contidos no relatório pertinentes às questões analisadas por esta Corte de Contas.

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 à SEMUSS:

Achado 01: **Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais que atuam na Atenção Básica.**

- 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 Municipal 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;
- 4) Realizar ações coordenadas entre a SES e a SEMUSS, 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 de 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.

Achado 02: **Deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho.**

- 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, reavaliação trienal do 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.

Achado 03: **Incipiente mecanismo de levantamento das necessidades de saúde da população para subsidiar o planejamento das ações na 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 de saúde 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.

Achado 04: **Deficiências no processo de referência e inexistência de contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.**

- 14) elaborar e implementar fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência);
- 15) facilitar a articulação entre os diferentes níveis de atenção;
- 16) organizar as redes assistenciais, de modo a proporcionar a agilidade e resolutividade no atendimento e o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde pelos usuários;
- 17) elaborar e implementar o protocolo de regulação municipal;
- 18) elaborar e implementar o protocolo de regulação municipal; Implementar o sistema informatizado existente, descentralizando o acesso às UBS.

Achado 05: **Fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SEMUSS.**

- 19) promover ações de capacitações para fortalecer a cultura de Monitoramento e Avaliação de todos os gestores da AB e das equipes de Atenção Básica;
- 20) 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;
- 21) 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;
- 22) publicizar as informações obtidas por meio do M&A da Atenção Básica promovendo a realização de reuniões periódicas entre a gestão, coordenação e equipes/profissionais da AB de modo a evidenciar à situação da saúde do Município.

Achado 06: **Inexistência de indicadores de processos de trabalho (gestão) para realização de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica.**

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

Achado 07: **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**

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

É o Relatório,

Belém-PA, 24 de fevereiro de 2017.

Mário Augusto Medina Viana

Coordenador do NAOP
Mat. 500000310

Dirson Medeiros da Silva Neto

Analista de Controle Externo
Mat. 500000749

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 pcatoool. 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).

SALINÓPOLIS/PARÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Salinópolis 2010/2013 Prefeitura de Salinópolis.

SALINÓPOLIS/PARÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Salinópolis 2014/2017 Prefeitura de Salinópolis.

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 – Proposta de novo modelo de Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Salinópolis.



Fonte: Processo nº 201414764-00, fls. 36. (Proposta de novo modelo de organograma em decorrência da mudança de gestão - Junho de 2014)



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

Anexo II – 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 <i>(atores principais)</i>	Gru po 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 Saúde	de 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 Saúde	de 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
Secretária Municipal Saúde	de 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
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	• 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)	Gru po 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)
		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 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 III – Análise SWOT

AMBIENTE INTERNO		AMBIENTE EXTERNO	
Forças		Oportunidades	
● Adesão ao Programa de Planificação realizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará; ● Adesão ao PSE, PMAQ, E-SUS e Requalifica UBS, NASF; ● Aquisição de equipamentos de informática para o setor administrativo das UBS para atender o Sistema de vacinação; ● Aquisição e instalação de equipamentos de informática para o E-SUS em 10 UBS, até 30 de setembro de 2014; ● Elaboração do Plano Municipal de Saúde, vigência 2014/2017; ● Construção de 4 UBS's, sendo que 1 está em fase de conclusão e reforma de 9 UBS's; ● Previsão de realização de processo seletivo para contratação de ACS's, para expandir a cobertura para 100%; ● Implementação de todos os programas da Estratégia Saúde da Família em todas as USF's; ● Aquisição de 3 veículos para o PSE, NASF e para a administração da SEMUSS; ● Implantação de 5 novas ESF's com SB na zona urbana; ● Existência de central de marcação de consultas e exames especializados; ● Existência de Auditoria e Ouvidoria do SUS; ● Adesão aos programas de suplementação de vitamina "A" e Nutre-SUS; ● Adesão ao Laboratório Regional de próteses dentárias.		● 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 atuar na Atenção Básica (médicos e parte dos ACS's, odontólogos, enfermeiros, equipe do NASF e técnicos de enfermagem); ● Parte dos médicos não cumprem a carga horária estabelecida pela PNAB; ● Parte dos médicos não querem realizar as visitas domiciliares; ● A maioria dos médicos e odontólogos não participam do planejamento da AB; ● Falta de material para o ACS's desenvolver as atividades nas visitas domiciliares; ● Parte dos ACS's não querem realizar as visitas domiciliares; ● Parte dos ACS's não desempenham as atividades inerentes a sua função nas visitas domiciliares; ● Falta de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS's nas visitas domiciliares pela coordenação da UBS; ● Ausência de capacitação contínua para os ACS's pela coordenação da AB; ● Dificuldade dos usuários em atender a filosofia da AB, em consequência da ausência de implantação de projetos de divulgação contínua a população; ● Baixos salários dos componentes das equipes de AB (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de		● Insuficiência de recursos estaduais para a atenção básica; ● Quantitativo de população do IBGE (38.021 hab.) é inferior a realidade do município prejudicando o repasse de recursos financeiros para a AB; ● Demanda espontânea elevada vinda de outros municípios (oriundos por ex: Maracanã e São João de Pirabas, ...) prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde; ● Populações flutuantes proveniente do turismo sazonal; ● Deficiência de acesso aos sistemas do Ministério da Saúde, bem como de integração entre as UBS e a SMS pela precariedade dos serviços de internet existente no município; ● Inconsistências no Sistema de Informações da Atenção Básica do SUS, acarretando prejuízo na avaliação do desempenho das equipes de AB; ● Existência de um grande número de terrenos baldios no município (sem conhecimento dos proprietários) e residências fechadas, comprometendo as ações de atenção básica (dengue).	

enfermagem, técnicos de saúde bucal e ACS's); ● O Plano de Cargos Salários e Remuneração não está sendo reavaliado a cada 3 anos como determina a legislação; ● As equipes são responsáveis por um número excessivo de famílias, visto que a cobertura da ESF atinge 56% da população, sendo necessária a expansão da ESF, PACS e ESF; ● Demanda espontânea elevada, prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde; ● Dificuldade de contratação de médicos para compor o quadro das ESF em razão dos baixos salários; ● Alta rotatividade dos profissionais médicos; ● Vínculo de trabalho precário dos médicos, odontólogos e enfermeiros, vez que dos 11 médicos, 14 odontólogos e 14 enfermeiros que compõem as equipes de AB, apenas 2 médicos, 4 odontólogos e 4 enfermeiros são concursados, evidenciando a precariedade do vínculo e acarretando a alta rotatividade desses profissionais de saúde; ● Deficiência de transporte para desenvolvimento das atividades da AB em saúde (principalmente o transporte na zona urbana e zona rural); ● Falta de informatização no setor administrativo das UBS's; ● Dificuldade na elaboração e execução do planejamento integrado dos programas específicos da AB, 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; ● Concentração da coordenação de vários programas com um único responsável acarretando a sobrecarga de trabalho; ● 8 de 10 UBS's não possuem estrutura adequada para funcionamento dos programas de AB; ● Distribuição insuficiente de medicamentos na UBS do Atlântico em face da grande demanda espontânea (população sem cobertura do Programa Saúde da Família); ● Inexistência de uma central de armazenamento farmacêutico – CAF; ● Deficiências no fluxo de referência e inexistência de contrarreferência); ● Não alcance das metas de cobertura vicinal pactuada; ● 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; ● Não implementação do projeto de regionalização de saúde; ● Inexistência de capacitação em nível de gestão; ● Monitoramento precário do programa pré-natal, SISCOLO, planejamento familiar, PSE implantados); ● Inexistência de Centro de Referência para dar suporte a AB, como cardiologia, ultrassonografia e exames de laboratório especializados.	
--	--



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

Anexo IV – 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.

MATRIZ DE PLANEJAMENTO							
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 e 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 das estratégias das	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) - Se as Secretarias Municipais de Saúde



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

MATRIZ DE PLANEJAMENTO
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</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)	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);	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

MATRIZ DE PLANEJAMENTO							
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>realização, modalidade, 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)				

MATRIZ DE PLANEJAMENTO
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	- 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	- 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

MATRIZ DE PLANEJAMENTO							
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)	seus postos de trabalho; (a, b) 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)	para análise; (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

MATRIZ DE PLANEJAMENTO							
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	- 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



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

MATRIZ DE PLANEJAMENTO							
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
	apoio do Estado no processo 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)	levantamento das 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)

MATRIZ DE PLANEJAMENTO							
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,	• 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	• 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	• 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	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	• 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	• 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)



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

MATRIZ DE PLANEJAMENTO							
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
	profissionais da regulação e 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;	09 de julho de 2014.	da regulação e 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	Ouvidoria das SMS 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)	junto aos gestores 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)	vezes, impedindo a comunicação por meio eletrônico. (d, e)	• Se o registro de contrarreferência de pacientes é uma realidade nas SMS auditadas. (3)

MATRIZ DE PLANEJAMENTO
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 realizar o <u>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)

MATRIZ DE PLANEJAMENTO
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)	- 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	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)	- 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

MATRIZ DE PLANEJAMENTO
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
			Plano Estratégico (Planos de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão do ano de 2013) das SMS. (a, d)	- avaliar e confirmar 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 (exemplo: Manuais de Avaliação de Indicadores do TCU, PMBOK, COSO, BSC, GPD e MPOG); (a, b, c) 6) Avaliação dos relatórios de monitoramento e avaliação dos serviços prestados na AB. (d)	Indisponibilidade e dos dados dos 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	a) Estrutura organizacional de TI das SMS destinada a dar suporte e desenvolvimento de sistema ao monitoramento e avaliação dos indicadores da AB;	- Lei 8.080/90, art. 15, I, III, IV; - Lei 8.080/90, art. 18, I, III; - PNAB, 3.1, VIII, IX, X;	Gestores municipais da SMS (exemplo: Secretário, Gestor das UBS visitadas); (a, b, c, d, e)	- 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	Grande número de edição de normas e estudos expedidas pelo Ministério da Saúde, exigindo constante	Se existe plano estratégico de TI e se este contempla as necessidades da sistemática de avaliação e monitoramento da atenção básica de

MATRIZ DE PLANEJAMENTO
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
serviços prestados pela atenção básica?	c) Diagnóstico das necessidades de 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.	• 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.	• Planejamento de TI em relação aos sistemas de 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)	SMS; (a, b, c, d, 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)	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, e) • Indisponibilidade e 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)	modo a contribuir 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)

Anexo V – Matriz de Achados

Questão 1: Como a Secretaria de Saúde do Município de Salinópolis 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 Salinópolis contribui para a **capacitação e formação** dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com atenção básica?

MATRIZ DE ACHADOS						
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. 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 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; (a, b, d, e, f) 2) Os cursos de capacitação destinados a gestão, quando ofertados pela SES e/ou SEMUSS, 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 (a, b, d, e, f). 3) No que se refere a disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos com vista a orientar e facilitar o processo de formação e educação permanente dos profissionais da AB, nos moldes em que preconiza a PNAB (item 3.3, X) e a Resolução CIT/MS	a. Inexistência do Plano de Educação Permanente; (1, 2) b. Inexistência, na SEMUSS, 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 SEMUSS 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	- Efetuar 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-os nos planos de saúde; (f) - Elaborar e implementar o Plano de Ação 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	- 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

MATRIZ DE ACHADOS						
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;	nº 04/2012²⁸, 50% dos gestores relataram que existe para a área técnica, mas que não abrange todos as categorias profissionais e que ao ofertar cursos a SES o faz de forma insuficiente, e ainda, gera uma superposição dessas ofertas, ou seja, promove vários cursos ao mesmo tempo, prejudicando o planejamento municipal; (c) 4) Conforme relato de todas as categorias de profissionais atuantes nas unidades de saúde visitadas, onde destacaram em diferentes proporções, a necessidade de oferta permanentes de cursos/capacitações na área em que atuam, considerando insuficientes as ações de capacitações ofertadas pelas Secretarias Estadual e/ou Municipal de Saúde. Dentre esses profissionais merece destaque o percentual de 100% dos Odontólogos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem entrevistados; (b, e, f) 5) Constatou-se também, como evidência, por parte da SEMUSS, as escassas iniciativas próprias de educação permanente, a realização de capacitações isoladas,	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)	permanente em saúde, alinhado às necessidades apontadas nos instrumentos de planejamento e divulgado 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; (a, b, d) - Realizar ações coordenadas entre a SESPA e a SEMUSS, 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	prestação dos serviços ofertados aos usuários; Redução dos riscos e danos à saúde da população residente no município.

²⁸ 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.



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		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; (b, e, f) 6) Evidenciou-se ainda, 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); (e, f) 7) Dos profissionais de saúde, 57,14% dos médicos, 100,00% dos odontólogos, 66,67% dos enfermeiros, 75% dos Tec. De Enfermagem e 87,50% dos ACS declararam através de Questionário aplicado, que não foram consultados se teriam necessidade ou interesse em realizar cursos ou capacitações; (e, f)			em processos de gestão, visando aperfeiçoar a atuação dos profissionais da AB, no que diz respeito, por exemplo, a planejamento, M&A, alocação de recursos, gestão do conhecimento, comunicação e gestão de desempenho. (item M&A)	



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		8) Apesar de solicitado não foi apresentado pela SEMUSS qualquer documento ou referência ao diagnóstico sobre a necessidade de capacitação de gestores e profissionais de saúde em AB (e, f) 9) Falta de priorização, por parte da SEMUSS, em promover a educação permanente aos Gestores Municipais, em todos os seus níveis, e aos Profissionais da Atenção Básica; (e, f)				

Sub questão 1.2 – A Secretaria de Saúde do Município de Salinópolis 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?

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Deficiência na gestão de pessoas da Atenção Básica, quanto a	- 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	1) Inexistência de levantamento/ diagnóstico das necessidades de alocação de pessoal e de instrumentos/mecanismos e/ou procedimentos administrativos previamente definidos para promover a alocação e permanência dos	a) Desconhecimento do perfil epidemiológico da população; (1, 2) b) Falta de ações que promovam a alocação e	Carência de profissionais, em termos numéricos e qualitativos, na Atenção Básica, prejudicando a resolutividade dos	Realizar estudo epidemiológico, considerando a peculiaridade / realidade municipal; (a)	Melhorias nas condições de trabalho dos profissionais que atuam na AB;



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
<u>alocação e permanência dos profissionais</u> em seus postos de trabalho.	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;	profissionais desse nível de atenção, de acordo com o perfil epidemiológico da população e com o fundamento e diretriz da 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 Salinópolis possui Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração, porém visando incentivar a permanência dos profissionais na Atenção Básica, porém, o PCCR não está sendo reavaliado a cada três anos, conforme determina a legislação que trata do assunto. 5) Ausência de mecanismos que permitam promover a alocação e acompanhar a rotatividade ²⁹ dos profissionais da AB; 6) Baixa implementação de políticas de gestão de pessoas que incentivem a fixação, alocação e permanência de profissionais na AB;	c) permanência dos profissionais de saúde na primeira linha de cuidado; (3, 5) 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) Inexistência de Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração - PCCR; (4) e) Precariedade do vínculo empregatício dos profissionais da Atenção Básica; (4) f) Falta de valorização dos profissionais da AB. (4, 6)	serviços, implicando na baixa cobertura de atendimento, segundo o CNES, DAB, DATASUS e ofícios de requisição a SEMUSS; (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 preconizado pela PNAB; (a, b, c, d, e, g) • Baixa resolutividade da AB; (a)	• 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) • Realizar e apresentar por meio de demonstrativos o levantamento de custos da AB por categoria; (b) • Discutir efetivamente com todos as instâncias gestoras (por meio da CIT, CIR e CIB, CONASS, COSEMS, CONASEMS) o financiamento das ações de saúde da AB a partir de demonstrativos de custos; (b, c) • 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;	• 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;

²⁹ Por Rotatividade entenda-se a relação entre admissões e demissões, isto é, a taxa de substituição de trabalhadores antigos por novos.



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
				Dificuldade de acesso, pela população, aos serviços da Atenção Básica. (a, b, c, d, e, f, g)	melhores condições de trabalho (EPIs, materiais, equipamentos, transporte, insumos, infraestrutura); (d, e) Criar ferramentas destinadas ao controle do <i>turnover</i> dos profissionais da Atenção Básica (b, c).	

Questão 2: O processo de planejamento da Atenção Básica (AB) do Município de Salinópolis 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?

MATRIZ DE ACHADOS						
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	- Ausência de estudos e informações para identificar as necessidades de saúde da população; (Ofício às SEMUSS 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 SEMUSS 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 UBS's e na ouvidoria municipal de saúde como subsidio ao planejamento e aperfeiçoamento dos serviços ofertados na AB; Entrevistas com gestor da UBS Precariedade dos instrumentos de	- 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; (1) - Baixo apoio da SES para a SEMUSS e desta às UBS's 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; (2,3,4)	- 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) - Baixa e frágil participação dos Conselheiros Municipais de Saúde, no processo	Recomendações a SEMUSS: - Estabelecer padrões, requisitos e diretrizes baseados em indicadores epidemiológicos, dados demográficos, sócio-econômicos 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 SEMUSS de modo que as necessidades dos usuários sejam	- 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



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
	I, item 1.2, letra "f".	coleta de informações junto aos usuários, seja por meio de caixas coletoras ou ouvidoria municipal de saúde, 6) 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; Entrevista com CMS e gestor municipal.	c) Deficiência nos mecanismos de comunicação entre usuários e as UBS e estas e a SEMUSS, que compromete a aplicação do Art. 36 da Lei nº 8.080/1990, pela inobservância ao princípio da ascendência no processo de planejamento de saúde da Atenção Básica, conforme relatado anteriormente; (5) 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. (6)	de planejamento municipal da saúde; (d) • Baixa participação popular no processo de planejamento. (c, d)	contem-pladas no planejamento; (c) • Promover cursos de capacitação permanente aos membros do conselho de saúde para melhorar o desenvolvimento de suas atribuições; (d)	da Atenção Básica; • 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 Salinópolis atua para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Deficiências no processo de referência e inexistência de 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;	- Incipiente articulação entre a atenção básica e os demais níveis de complexidade de saúde; - Insuficiência de referência e inexistência de contrarreferência para os demais níveis de atenção à saúde; - Infraestrutura de TI existente nas Unidades Municipais de Saúde de Salinópolis é insuficiente e inadequada para atender o fluxo de referência e contrarreferência; - Inexistência de fluxograma estabelecendo o processo de referência e contrarreferência; - 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, 3, 4, 5) 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, 5) 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) - 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 resolatividade no atendimento dos usuários; (a, b) - Elaborar e implementar normas que institucionalizem o preenchimento de referência e contrarreferência; (c) - Elaborar e implementar o protocolo de regulação municipal; (d) - Implementar o sistema informatizado existente, descentralizando o acesso às UBS. (e)	- 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; - Maior resolatividade na AB.

Questão 3: O Município de Salinópolis 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 Salinópolis **possui equipe técnica específica e suficiente** para realizar o monitoramento e avaliação dos serviços prestados pela atenção básica?

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
Fragilidades no processo de M&A da AB realizado pela SEMUSS.	- 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;	- Equipe técnica responsável em realizar o M&A da AB é insuficiente para a realização de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde no município de Salinópolis; (a) - 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; (a) - Ausência de avaliação qualitativa dos indicadores e precariedade no acompanhamento de indicadores de resultado; (a, b, c) - Ausência de elaboração de relatórios gerenciais de monitoramento e avaliação da gestão; (a, b, c) - Quanto a disponibilização e divulgação dos resultados da AB,	- Não priorização das ações de M&A da Atenção Básica por parte dos gestores e profissionais de saúde da SEMUSS 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	- 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 SEMUSS; (a, b, c) - Sobrecarga de funções dos técnicos das SEMUSS (mesmos técnicos assumem múltiplas funções, sem conseguir focar em	- 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, c) - Elaborar normativos definindo a sistemática de M&A da AB a ser adotada pela SEMUSS, 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 Atenção Básica promovendo a realização de reuniões periódicas entre a gestão,	- 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



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		observou-se que no site da PM de Salinópolis não há qualquer publicação referente aos Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão (RAG). O RAG se encontra publicado somente no site do DATASUS, no SARGSUS; (a, b, c) 6) A SEMUSS não vem cumprindo os prazos de remessa ao CMS e Câmara Municipal do RAG e dos Relatórios Quadrimestrais referentes aos exercícios de 2013, 2014 e 2015, comprometendo a atuação desses Órgãos no que tange a avaliação dos serviços de saúde prestados pela Secretaria aos seus munícipes; (a, b, c) 7) A participação do Conselho Municipal de Saúde no M&A da AB se dá de maneira muito frágil, em razão da baixa participação dos Conselheiros Municipais de Saúde no controle das ações da AB, além da pouca participação do Conselho como órgão deliberativo do SUS na gestão municipal. (a)	peçoal para desenvolvimento das ações de M&A da AB. (6 e 7)	uma única tarefa); (c)	coordenação e equipes/profissionais da AB de modo a evidenciar à situação da saúde do Município; (a) Promover ações de capacitações para fortalecer a cultura de M&A de todos os gestores da AB e das equipes de Atenção Básica; (a, b)	indicadores da AB, proporcionando maior conhecimento aos gestores e usuários quanto à situação da saúde do Município.

Sub questão 3.2) A Secretaria de Saúde do Município de Salinópolis **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?

MATRIZ DE ACHADOS						
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. - Decreto 7.508/11. - Resolução CIT 5/13, art. 2º;	1) A SEMUSS 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; (a) 2) A Secretaria não utiliza indicadores para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica; (a, b) 3) A SEMUSS não dispõe de registro e controle sistematizado das demandas de serviços de saúde, capaz de subsidiar o planejamento, controle, monitoramento e avaliação da AB; (b, c) 4) Inexistência de normativo municipal específico da SEMUSS institucionalizando a relação dos indicadores aos instrumentos de planejamento; (b, c) 5) Inexistência de instrumentos que permitam, à coordenação da Atenção Básica, realizar análises comparativas e temporais	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 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)	- 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) - Prejuízos significativos na avaliação e análise da gestão da AB realizada pela SEMUSS; (a) - Ocorrência de graves deficiências na tomada de decisão por parte dos gestores da saúde. (a) - Deficiência no processo de M&A, gerando pouca	- Criar mecanismos de levantamento de dados para compor os indicadores, incluindo sistemática para verificar a confiabilidade dos dados; (a, d) - Criar portfólio de indicadores de processos de trabalho (gestão) para a Atenção Básica; (a, d) - Capacitar os gestores para o desenvolvimento de indicadores; (b, d) - Apoiar tecnicamente as UBSs no desenvolvimento e utilização de metodologia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da Atenção Básica. (c, d)	- 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; - Melhoria na qualidade e adequação da prestação de serviços de saúde da Atenção Básica; - Possibilitar uma maior transparência das ações de saúde.



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		possibilitando o acompanhamento do desempenho e a avaliação das ações e práticas adotadas pelas equipes de saúde da AB. (d)		transparência no desempenho da gestão e das ações de saúde. (d)		

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

MATRIZ DE ACHADOS						
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) Ausência de Plano estratégico de TI, de diagnóstico sobre as necessidades de TI para os sistemas relacionados à avaliação e monitoramento da AB, do portfólio dos sistemas de TI desenvolvidos e implementados para avaliação e monitoramento da AB e de diagnóstico da infraestrutura de TI; (a) 2) O Núcleo Interno de Processamento (NPI) informou o seguinte: classificou como regular a estrutura de TI para o desenvolvimento das	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) c. Operadoras de telefonia com	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, ocasionando elevação de custos,	- 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 necessidades levantadas no diagnóstico. (d, e)	- Maior transparência dos resultados gerados pelos indicadores da AB; - Maior conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da saúde básica do Município;



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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
avaliação (M&A) da A.B.		atividades de M&A em razão do acesso à internet ser de baixa qualidade, o que traz problemas na utilização dos sistemas de TI, a SEMUSS não dispõe de sistemas de TI próprios para auxiliar o monitoramento e avaliação dos serviços da AB, os sistemas utilizados são todos do MS, o setor de informática não tem procedimento para verificar a confiabilidade dos dados alimentados pelo município nos sistemas informatizados e foi enfatizado a insuficiência de pessoal e de estrutura para uma avaliação mais célere de cada sistema informatizado, a inexistência de desenvolvedores na equipe de informática e a necessidade de avançar quanto a estrutura de informática das Unidades de Saúde da Família; (a, b, c, d, e) 3) Nos questionários aplicados a 9 Enfermeiros responsáveis pelas Unidades de Saúde da Família, constatou-se: 6 das 9 USF informaram que possuem 1 computador alocado na sala de imunização para registro no sistema de vacina, os demais respondentes não se posicionaram a respeito, relataram ainda que estavam sendo instalados novos computadores na USF para serem utilizados na alimentação do e-SUS AB; a	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)	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)		• 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

MATRIZ DE ACHADOS						
Achado					Recomendações e determinações	Benefícios esperados
Situação encontrada	Critério	Evidências e análises	Causas	Efeitos		
		quantidade de computadores nas Unidades de Saúde é insuficiente para o desenvolvimento de suas atividades e apontaram como principal problema a inexistência de acesso a internet, a instabilidade frequente do sistema e indisponibilidade da rede e falta/déficit de equipamentos; a alimentação dos dados nos sistemas informatizados do MS é realizada indiretamente via formulários encaminhados a SEMUSS; e os servidores estavam sendo capacitados para utilizar os sistemas informatizados da USF. (a, b, c, d, e)				