



**Relatório de Auditoria Operacional Coordenada em Atenção Básica à Saúde**  
**Processo TC N° 08433/14**

**Relator:** Conselheiro Antônio Nominando Diniz

**Objetivo:** Exame da qualidade da cadeia de serviços da Atenção Básica, quanto a acesso, atendimento, estrutura disponibilizada e resolutividade, tendo como foco a gestão, seja da própria unidade de saúde ou dos níveis executivos municipal, estadual e federal, segundo as competências e atribuições estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, no que tange ao planejamento e à execução das ações, além do monitoramento e avaliação dos resultados.

**Atos de designação:** Portaria n° 091/2014, publicada no DOE de 14/05/2014

**Período abrangido pela auditoria:** Janeiro/2012 a junho/2014

**Período de realização da auditoria:** Planejamento – 21/05 a 31/07/2014  
Execução – 1º/08 a 18/11/2014  
Relatório - 19/11 a 15/01/2015

**Composição da equipe:**

| <b>Auditor de Contas Públicas</b>    | <b>Matrícula</b> |
|--------------------------------------|------------------|
| Adriana Falcão do Rêgo (Coordenação) | 370.110-7        |
| Ana Karina Henriques dos Santos      | 370.287-1        |
| Josedilton Alves Diniz               | 370.342-8        |
| Plácido César Paiva Martins Júnior   | 370.376-2        |
| Yara Sílvia Mariz Maia Pessoa        | 370.080-1        |

**Unidades Envolvidas:** Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias de Saúde dos Municípios.



## **AGRADECIMENTOS**

Em um processo de auditoria operacional, onde o foco é o desempenho da gestão, o engajamento dos atores envolvidos é essencial para o exame do objeto. Deste modo, reconhecemos a substancial colaboração:

- da equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, em especial a Gerência Executiva da Atenção Básica, por suas informações, e de gerentes regionais de saúde, que atenderam ao chamamento da pesquisa eletrônica;
- dos gestores municipais e de suas equipes técnicas, que participaram de grupo focal, entrevistas e pesquisa eletrônica;
- dos vários profissionais de saúde, que se dispuseram a serem entrevistados durante as visitas às Unidades Básicas de Saúde - UBS; e
- dos membros de Conselhos de Saúde (Estadual e dos municípios da amostra), que participaram de grupo focal.

Agradecemos ainda a participação de todos os que se fizeram presentes no Painel de Validação da Matriz de Achados e o papel de intermediador que o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba – COSEMS/PB assumiu na comunicação entre nossa equipe e os gestores municipais.



**LISTA DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1– Mapa das Macrorregiões de saúde.....                      | 19 |
| Figura 2– Mapa das Regiões de saúde.....                            | 19 |
| Figura 3– UBS/Povoado Umbuzeiro - Santa Inês.....                   | 21 |
| Figura 4– UBS/Benjamin B. da Silva - Campina Grande.....            | 21 |
| Figura 5– UBS/J. Clementino Neto - São Bento.....                   | 22 |
| Figura 6– UBS/Severino M. Ramos - São João do Cariri.....           | 22 |
| Figura 7–Estrutura de investigação - M&A.....                       | 33 |
| Figura 8–Níveis de Atenção à Saúde - SUS .....                      | 50 |
| Figura 9– Referência e contrarreferência.....                       | 50 |
| Figura 10– Mapa com localização dos Hospitais Gerais do Estado..... | 53 |



**LISTA DE GRÁFICOS**

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1– Periodicidade Avaliação AB/SMS.....           | 35 |
| Gráfico 2– Divulgação M&A/SMS.....                       | 35 |
| Gráfico 3– Problemas de TI/GRS.....                      | 39 |
| Gráfico 4– Resolução de problemas de TI/GRS.....         | 39 |
| Gráfico 5– Problemas de TI/SMS.....                      | 40 |
| Gráfico 6– Distribuição MC e AC por região de saúde..... | 52 |



**LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Equipes de Saúde da Família-eSF..... | 18 |
| Tabela 2- Divisão territorial da saúde .....    | 20 |
| Tabela 3 –Amostra de municípios.....            | 21 |
| Tabela 4- NASF/Paraíba.....                     | 56 |



**LISTA DE QUADROS**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Modelos de Complexo Regulador.....   | 49 |
| Quadro 2 – Centrais do Complexo Regulador ..... | 49 |
| Quadro 3 – Modalidades de NASF.....             | 55 |



**LISTA DE SIGLAS**

|             |  |
|-------------|--|
| AB-         | Atenção Básica   |
| AC-         | Alta Complexidade  |
| ACS-        | Agente Comunitário de Saúde                                  |
| AOP -       | Auditoria Operacional  |
| ATRICON-    | Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil     |
| CEFOR-      | Centro Formador de Recursos Humanos                          |
| CES-        | Conselho Estadual de Saúde                                   |
| CGR-        | Colegiado de Gestão Regional                                 |
| CIB-        | Comissão Intergestores Bipartite                             |
| CIES -      | Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço          |
| CIR-        | Comissão Intergestores Regionais                             |
| CIT-        | Comissão Intergestores Tripartite                            |
| CMS-        | Conselho Municipal de Saúde                                  |
| CNES-       | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde               |
| COAP-       | Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde               |
| CONASEMS –  | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde         |
| CONASS-     | Conselho Nacional de Secretários de Saúde                    |
| COSEMS/PB - | Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba     |
| DAB-        | Departamento de Atenção Básica                               |
| eSF-        | Equipe de Saúde da Família                                   |
| ESF-        | Estratégia Saúde da Família                                  |
| FES-        | Fundo Estadual de Saúde                                      |
| GAO-        | Grupo de Auditoria Operacional                               |
| GRS-        | Gerência Regional de Saúde                                   |
| IBGE –      | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística              |
| IDAtB -     | Índice de Desempenho da Atenção Básica                       |
| IDSUS       | Índice de Desempenho do SUS                                  |
| IRB -       | Instituto Rui Barbosa  |
| LDO-        | Lei de Diretrizes Orçamentárias                              |
| LOA-        | Lei Orçamentária Anual                                       |
| MC-         | Média Complexidade   |
| M &A-       | Monitoramento e Avaliação                                    |
| MS-         | Ministério da Saúde  |
| NASF-       | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                           |
| NESC/CCS-   | Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da |
| UFPB-       | Saúde da Universidade Federal da Paraíba                     |
| NOAS-       | Norma Operacional de Assistência à Saúde                     |
| PA-         | Planejamento Anual   |



|             |   |
|-------------|---|
| PACS-       | Programa de Agentes Comunitários de Saúde   |
| PAS-        | Programação Anual de Saúde  |
| PCCR –      | Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações   |
| PDR-        | Plano Diretor Regionalizado   |
| PES-        | Plano Estadual de Saúde   |
| PPA –       | Plano Plurianual  |
| PMAQ-AB –   | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica                |
| PNAB-       | Política Nacional da Atenção Básica   |
| PNEPS -     | Política Nacional de Educação Popular em Saúde  |
| PNR-        | Política Nacional de Regulação  |
| PPI-        | Programação Pactuada e Integrada  |
| PROADESS-   | Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde                                 |
| PROMOEX -   | Programa de Modernização do Controle Externo nos Estados, Distrito Federal e Municípios |
| PROVAB-     | Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica                             |
| PSE-        | Programa Saúde na Escola  |
| PSP-        | Plano de Saúde Plurianual   |
| RAS-        | Rede de Atenção à Saúde   |
| SAGRES-     | Sistema de Acompanhamento da Gestão de Recursos da Sociedade                            |
| SecexSaúde- | Secretaria de Controle Externo da Saúde   |
| SES-        | Secretaria de Estado da Saúde   |
| SISREG-     | Sistema de Regulação  |
| SMS-        | Secretaria Municipal de Saúde   |
| SUS-        | Sistema Único de Saúde  |
| TCE/PB-     | Tribunal de Contas do Estado da Paraíba   |
| TCU –       | Tribunal de Contas da União   |
| TI-         | Tecnologia da Informação  |
| UBS-        | Unidade Básica de Saúde   |



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>15</b> |
| 1.1 Antecedentes .....   | 15        |
| 1.2 Justificativa, Objeto e Escopo da Auditoria .....  | 16        |
| 1.3 Contextualização do Objeto de Auditoria .....  | 18        |
| 1.4 Metodologia.....   | 20        |
| <b>2. GESTÃO DE PESSOAS.....</b>   | <b>23</b> |
| 2.1 Fragilidades na gestão de pessoal da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência. ....   | 26        |
| 2.2 Deficiência na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica.....            | 29        |
| <b>3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>  | <b>31</b> |
| 3.1 Ausência/insuficiência de estrutura técnica na SES e nas SMS, para o monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica.....                        | 34        |
| 3.2 Utilização não sistêmica de indicadores, por parte da SES e das SMS, no monitoramento e avaliação da AB e no planejamento das ações de saúde. .... | 36        |
| 3.3 Insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção e suporte técnico). ....                                 | 38        |
| <b>4. PLANEJAMENTO.....</b>  | <b>41</b> |
| 4.1 Necessidades de saúde da população .....   | 41        |
| 4.1.1 Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB no Estado.....   | 42        |
| 4.1.2 Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB nos municípios.<br>44  |           |
| 4.2 Articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à saúde.....   | 47        |
| 4.2.1 Deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção. ....                          | 49        |
| 4.3 Financiamento tripartite da Atenção Básica.....  | 57        |
| 4.3.1 Ausência de contrapartida do Estado para os programas implementados pelos Municípios, à exceção de Assistência Farmacêutica.....                 | 57        |
| 4.3.2 Distribuição não equitativa dos recursos da saúde. ....  | 59        |



|  |           |
|--|-----------|
| 4.3.3 Registros contábeis não permitem a identificação da alocação dos recursos estaduais e municipais, por nível de atenção. .... | 60        |
| <b>5. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....</b>  | <b>62</b> |
| 5.1 EIXO 1 – GESTÃO DE PESSOAS .....   | 62        |
| 5.2 EIXO 2 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....  | 63        |
| 5.3 EIXO 3 – PLANEJAMENTO .....  | 64        |
| 5.3.1 Necessidades de saúde da população .....   | 64        |
| 5.3.2 Articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à saúde.....   | 65        |
| 5.3.3 Financiamento tripartite da Atenção Básica.....  | 66        |
| <b>6. BENEFÍCIOS ESPERADOS.....</b>  | <b>67</b> |
| 6.1 EIXO 1 – GESTÃO DE PESSOAS .....   | 67        |
| 6.2 EIXO 2 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....  | 67        |
| 6.3 EIXO 3 – PLANEJAMENTO .....  | 67        |
| 6.3.1 Necessidades de saúde da população .....   | 67        |
| 6.3.2 Articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à saúde.....   | 68        |
| 6.3.3 Financiamento tripartite da Atenção Básica.....  | 68        |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>69</b> |



## **RESUMO**

Fruto de Acordo de Cooperação Técnica, tendo como partícipes o TCU, a ATRICON, o IRB e 33 Tribunais de Contas brasileiros, dentre eles o TCE-PB, a presente auditoria operacional coordenada tem como finalidade avaliar a qualidade da prestação dos serviços da Atenção Básica à saúde.

No Sistema SUS, a Atenção Básica representa o nível de atenção à saúde de menor densidade tecnológica, destinado a resolver 80% dos problemas de saúde da população, devendo ser a porta de entrada, a coordenadora do cuidado e o centro de comunicação da rede de atenção. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família, materializada nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e postos tradicionais de saúde é primordial na expansão, qualificação e consolidação desse nível de atenção. Entretanto, a análise de trabalhos de auditoria operacional realizados anteriormente, dentre eles o executado no âmbito do PROMOEX em ESF, em 2009, demonstrou que muitos dos achados de auditoria então detectados remanesciam, em maior ou menor grau de ocorrência, em que pesem as recomendações de ações corretivas emanadas dos vários Tribunais de Contas envolvidos.

A atual proposta de auditoria tenciona direcionar a investigação mais especificamente para a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica, abordando, portanto, as dimensões da eficácia e efetividade das ações, seja da gestão da própria UBS ou de níveis executivos municipais, estaduais/distrital ou federal, que possam ser traduzidos na melhoria dos indicadores de saúde da população, resolutividade dos problemas e observância das competências estabelecidas na Política Nacional da Atenção Básica.

Por conseguinte, o escopo da auditoria foi delimitado a partir de três eixos de investigação – *Gestão de Pessoas (alocação/permanência e capacitação)*, *Monitoramento e Avaliação (equipe técnica, indicadores e estrutura de TI)* e *Planejamento (necessidades de saúde da população, articulação com os demais níveis e financiamento tripartite)*.

A partir da elaboração de técnicas de diagnóstico – *Análise Stakeholder*, *Análise SWOT* e *Diagrama de Verificação de Risco – DVR*, foi construída a visão geral da Atenção Básica no território estadual e traçada a versão preliminar da *Matriz de Planejamento* da auditoria, a qual foi, então, consensuada em Oficina com o TCU e demais Tribunais de Contas participantes da auditoria coordenada, quando foram produzidos os instrumentos de coleta de dados. Estabeleceu-se para o Estado da Paraíba uma amostra criteriosa de doze municípios para visitas *in loco*, onde deveriam ser entrevistados o Secretário de Saúde do Município e, de cada UBS visitada, Gestor, Médico, Enfermeiro e ACS, além de ser realizado Grupo Focal com membros de Conselho Municipal de Saúde. Foi também entrevistada a equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde e realizado grupo focal com o Conselho Estadual de Saúde, ao tempo em que foram disponibilizados questionários eletrônicos para Gerentes Regionais de Saúde e todos os Secretários Municipais de Saúde.

Com a consolidação dos dados quantitativos e qualitativos coletados, foi elaborada a Matriz de Achados, também consensuada junto aos técnicos de todos os Tribunais de Contas brasileiros, a qual foi apresentada, no TCE-PB, em Painel de Referência para validação junto a titulares e equipes técnicas de Secretarias Municipais de Saúde, equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, membros de Conselhos de Saúde e especialistas do NESC/CCS- UFPB.



No que tange à Gestão de Pessoas foram identificadas fragilidades quanto à alocação e permanência dos profissionais das UBS. O acompanhamento sistemático da rotatividade dos profissionais de saúde só é feito pelos municípios de grande porte, como João Pessoa e Campina Grande. Nos de pequeno porte, o acompanhamento é informal, tendo em vista ser perceptível a eventual falta do profissional, dado o reduzido número de UBS e eSF. A categoria Médico é a que apresenta maior rotatividade de profissionais, tendo o problema sido minimizado, temporariamente, com a adesão dos municípios a programas federais que viabilizam a contratação de novos profissionais.

De forma geral, como medidas adotadas para alocação de profissionais, além do concurso público, foram citadas a adesão aos Programas Mais Médicos e PROVAB, além de celebração de convênios com instituições acadêmicas para prestação de serviços de Residentes. Porém, ainda é muito generalizada a contratação de profissionais de saúde com vínculos precários.

Para permanência dos profissionais de saúde na AB são adotadas, como providências, pelos municípios de pequeno porte a oferta de transporte, de casa de apoio e refeições, além de flexibilização do horário de expediente, especialmente do profissional médico.

Foram identificados como motivos preponderantes das fragilidades na gestão de pessoal da AB, quanto à alocação e permanência: i. deficiência ou ausência de diagnóstico das necessidades reais de alocação de pessoal, por parte das gestões municipais; ii. limitação orçamentário-financeira para contratação de profissionais; iii. deficiência ou ausência de PCCR, desmotivando a permanência dos profissionais; iv. precariedade no vínculo empregatício dos profissionais; v. falta de ações que assegurem a alocação e permanência dos profissionais de saúde para regiões de difícil acesso e de alto risco (interior do Estado e periferias de cidades de grande porte).

Também foi identificada deficiência na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da AB, evidenciando-se a inexistência de diagnóstico das necessidades de capacitações, bem como de cronograma para a realização das mesmas. As capacitações oferecidas referem-se a treinamentos vinculados a alguma ação de saúde (ex. Vacinação, Diagnóstico e prevenção de Dengue, Puericultura; E-SUS, Saúde da mulher, Tabagismo etc). De acordo com as entrevistas, não existe a prática de se oferecer treinamento específico para Gestor da UBS, apenas como Enfermeiro. Constatou-se ainda que a quantidade de cursos/capacitações oferecidos pela SES para os gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica nos municípios é insuficiente.

A parceria da SES com as SMS concretiza-se por meio do CEFOR/CIES, porém a construção do Plano Estadual de Educação Permanente - PAREPS, quanto à capacitação de gestores e profissionais das UBS, deveria ser a partir de Planos Regionais, aprovados nas CIR.

As causas preponderantes para a deficiência na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da AB são: i. ausência ou deficiência no levantamento das necessidades de capacitação dos gestores e profissionais; ii. fragilidade ou ausência do Plano de Educação Permanente do Município/ Estado; iii. ausência ou deficiência na articulação entre SMS e SES na promoção e formação dos gestores e profissionais de saúde.



No eixo de M&A buscou-se investigar se o Estado da Paraíba e seus municípios possuem estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão da Atenção Básica, sendo a análise planejada em três abordagens: Estrutura de Tecnologia da Informação, Estrutura Técnica e Sistema de Indicadores. A partir dessa análise, foram identificados os seguintes achados de auditoria:

- ausência/insuficiência de estrutura técnica na SES e nas SMS, para o monitoramento e avaliação (M&A) da AB;
- utilização não sistêmica de indicadores, por parte da SES e das SMS, no monitoramento e avaliação da AB e no planejamento das ações de saúde;
- insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção e suporte técnico).

No eixo Planejamento, examinou-se como se dá o diagnóstico e planejamento das necessidades de saúde da população, a articulação da AB com os demais níveis de atenção e o financiamento tripartite da AB.

O exame do diagnóstico e planejamento das necessidades de saúde da população na AB mostrou fragilidades nos mecanismos utilizados pelo Estado e municípios. Em nível estadual, os diagnósticos existentes restringem-se a instrumento denominado Panorama da Atenção Básica e relatórios da NASF, as estratégias, diretrizes e normas de implementação da AB são muito sucintas no PES 2012/2015 e não existe priorização, por parte do Estado, no que diz respeito às ações da AB no processo de planejamento dos Municípios.

No caso dos Municípios, a limitada disponibilidade de recursos financeiros para realização das ações da AB é determinante no planejamento da AB, em detrimento das necessidades da população. As metodologias formais para levantamento das necessidades de saúde da população e os instrumentos de planejamento são precários, além de o Estado fornecer pouco apoio aos municípios neste sentido. Verificou-se, também, desconhecimento dos gestores das UBS em relação aos instrumentos de planejamento da saúde do Município.

Ao se examinar como as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde atuam para garantir a articulação da AB com os demais níveis de atenção, foram constatadas deficiências nos processos de referência e contrarreferência. Observou-se que a Programação Pactuada e Integrada – PPI vigente não foi revista para reavaliação dos fluxos e referências estabelecidos, havendo somente atualizações pontuais, não sendo, por este e outros motivos, devidamente cumprida e que existe pouca perspectiva quanto à adesão do Estado da Paraíba ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, como instrumento substituto da PPI.

A oferta insuficiente de ações e serviços de média e alta complexidade no território estadual, que ainda se encontra concentrada nas duas regiões de saúde que compreendem os municípios de João Pessoa e Campina Grande (66,2% do total) é obstáculo para o encaminhamento de pacientes da AB para os demais níveis de atenção e a desatualização da tabela do SUS para os serviços e procedimentos de saúde e da quota mensal por Município dificulta o referenciamento, tanto dentro das pactuações com outros entes públicos como na contratação com a rede privada.

Como agravantes da situação, tem-se a inexistência de Central Estadual de Regulação e a ausência de integração dos sistemas operados pelos Municípios e pelo Estado, tendo em vista a utilização de sistemas diversos e com interoperabilidade restrita, nos casos em que a



regulação é informatizada. Foram ainda observados os seguintes problemas operacionais que impactam de forma negativa a referência e contrarreferência: i. fragilidade da estruturação matricial na AB dos municípios; ii. falta de prática de registro de contrarreferência, por parte de profissionais da MC e AC; e iii. ausência de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à UBS, após o encaminhamento para outros níveis de atenção.

Por fim, no que concerne ao financiamento tripartite da AB, contrariando o preceituado na PNAB, de que compete à Secretaria Estadual de Saúde destinar recursos estaduais para compor esse financiamento, e na Lei Estadual nº 7.255/2002 (que instituiu o incentivo ao PSF, dispondo sobre o repasse regular e automático de recursos do FES para os Fundos Municipais de Saúde, prevendo que o valor do incentivo total ao PSF corresponderia a até 50% do mesmo valor repassado pelo MS), constatou-se que, apesar de o Estado possuir atividades que indiretamente impactam na AB, não são realizadas contrapartidas para os programas específicos desse nível de atenção implementados pelos Municípios, à exceção do Programa de Assistência Farmacêutica.

Outrossim, ao se analisar a existência de critérios prevendo equidade nos repasses voltados à AB, verifica-se que os mesmos não expressam essa perspectiva na distribuição de valores aos Municípios, por parte do Estado.

Dentre as normas que se voltam à contabilização das despesas, a Portaria MPOG nº42/1999 ao estabelecer a classificação funcional da despesa, determinou o registro de recursos da saúde na função 10 -“Saúde”, prevendo, como forma de contemplar despesas por nível de atenção, a subfunção 301 – “Atenção Básica”, não estabelecendo, entretanto, outras subfunções voltadas especificamente aos demais níveis de atenção. A partir da análise das informações prestadas ao SAGRES pelo Estado, foram observadas falhas e inconsistências nos registros contábeis da alocação de recursos da AB, além de não permitirem a retirada de informações de cunho gerencial e de inexistirem outros mecanismos para identificar os gastos realizados nesse nível de atenção.

Com relação à fiscalização da aplicação dos recursos destinados à AB, por parte dos Conselhos de Saúde, foram citadas, pelo CES, dificuldades como a falta de capacitação ou de assessoria dos membros do conselho para examinar os demonstrativos contábeis, a não disposição de informações necessárias para acompanhar a execução dos gastos (acesso a documentos) e a falta de transparência dessas informações. Os Conselhos Municipais de Saúde, por sua vez, afirmaram que a fiscalização ocorre, de um modo geral, de forma limitada, em razão de não disporem de informações necessárias e da falta de capacitação de seus membros.

Com o objetivo de atacar as principais causas dos Achados de Auditoria referentes aos três eixos: *Gestão de Pessoas, Monitoramento e Avaliação e Planejamento (Necessidades de saúde da população, Articulação da AB com os demais níveis de atenção e Financiamento tripartite)*, foram sugeridas recomendações, determinação e/ou alertas à Secretaria de Estado da Saúde – SES, Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB e CIR – e Secretarias Municipais de Saúde – SMS, além de sugestão ao TCU, sendo os benefícios decorrentes dessas deliberações também descritos neste Relatório.



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Antecedentes

A partir da inserção, por meio do artigo 70 da Constituição de 1988, da obrigação de o controle externo analisar e avaliar a gestão governamental quanto à economicidade, eficácia e eficiência, foi introduzido no Brasil o modelo de Auditoria Operacional - AOP, também denominada auditoria de programa ou de desempenho.

Este formato foi inicialmente utilizado pelo TCU, na esfera federal de governo, o qual, posteriormente, realizou parcerias com os demais Tribunais de Contas brasileiros, por meio do Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados e Municípios Brasileiros – PROMOEX, do Ministério do Planejamento, visando à disseminação do conhecimento sobre Auditoria Operacional, além de definições e técnicas que envolvem todo o ciclo desse modelo de auditoria.

Em 14 de março de 2012, por meio da Resolução Normativa RN-TC-02/2012, o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba regulamentou a fiscalização através de auditoria operacional, estabelecendo, em seu artigo 1º, que esta tem por finalidade avaliar, quanto aos aspectos da economicidade, eficiência, eficácia e equidade, os programas, projetos, atividades e ações governamentais, dos órgãos ou entidades que integram a Administração Pública estadual e municipal, ou aqueles realizados pela iniciativa privada sob delegação, contrato de gestão ou congêneres e, por meio dessa avaliação, obter conclusões aplicáveis ao aperfeiçoamento do objeto auditado, bem como à otimização da aplicação dos recursos públicos, sem prejuízo do exame da legalidade.

Sob a coordenação do Grupo de Auditoria Operacional – GAO, do PROMOEX, o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, realizou trabalhos nas áreas de Educação – *Formação de Professores* (em 2008), Saúde - *Estratégia de Saúde da Família* (2009), Saneamento – *Sistemas de Abastecimento de Água* (2010) e Meio Ambiente – *Situação dos Entornos de Reservatórios – Áreas de Preservação Permanente - APP* (2011)<sup>1</sup>.

Atendendo demanda interna (decisões plenárias da Corte), foram também realizadas Auditorias Operacionais no *Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena-HEETSHL*, em *Desenvolvimento Econômico - Incentivo à indústria*, em *Mobilidade Urbana - Região Metropolitana de João Pessoa* e no *Projeto de Irrigação das Várzeas de Souza*<sup>2</sup>.

Com o término do PROMOEX, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON, Instituto Rui Barbosa – IRB, Tribunal de Contas da União e demais Tribunais de Contas brasileiros perceberam a importância de se dar continuidade às auditorias operacionais coordenadas em políticas públicas descentralizadas, tendo sido assinado, em março de 2013, Acordo de Cooperação Técnica, com o objetivo de traçar diagnóstico da

<sup>1</sup> Processos TC N° 03753/08, 00706/10, 08315/10 e 13713/11, respectivamente.

<sup>2</sup> Proc. TC N° 03748/08, 10314/11, 12215/12 e 04338/13, respectivamente.



situação do *Ensino Médio ofertado pela Rede Pública de Ensino*, do qual o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba participou<sup>3</sup>.

## **1.2 Justificativa, Objeto e Escopo da Auditoria**

Diante do êxito obtido na auditoria coordenada realizada em 2013 em Ensino Médio, em 25/03/2014 foi firmado novo Acordo de Cooperação Técnica, tendo como partícipes o Tribunal de Contas da União, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON, o Instituto Rui Barbosa – IRB e trinta e três Tribunais de Contas brasileiros, dentre eles o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, desta feita para realização de auditoria operacional coordenada com a finalidade de avaliar a qualidade da prestação dos serviços da Atenção Básica à saúde.

Por meio da Portaria nº 091/2014, o Presidente do TCE-PB, Cons. Fábio Túlio Filgueiras Nogueira designou os Auditores de Contas Públicas *Adriana Falcão do Rêgo, Ana Karina Henrique dos Santos, Josedilton Alves Diniz, Plácido César Paiva Martins Júnior e Yara Sílvia Mariz Maia Pessoa* para, sob a coordenação da primeira, desenvolverem os trabalhos.

Para se contextualizar o tema da auditoria, necessário se faz traçar um breve histórico da política de saúde no país. Segundo Santos (2009)<sup>4</sup>, o acesso ao tratamento da saúde no Brasil restringiu-se, até os anos 1980, aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário (em conjunto com as aposentadorias e pensões), por meio de relações de trabalho formais e regulares (emprego de carteira assinada) e mediante contribuições de trabalhadores e empresários. O Estado, através de seus Ministérios e Secretarias, atuava na chamada “saúde pública” – campanhas de vacinação, de erradicação de doenças –, assim como na assistência médica e hospitalar a indigentes, ou seja, aos excluídos da cobertura previdenciária, que não podiam custeá-la de forma particular.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a política de saúde sofreu mudanças que resultaram na criação de um sistema assistencial público, integrado e universal, com ênfase no atendimento primário como centro do modelo de saúde gestado a partir do movimento denominado de Reforma Sanitária brasileira, que se organizou no final da década de 70.

O artigo 196 da Carta Magna vigente estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Para tanto, o Sistema Único de Saúde - SUS instituído pela Lei Federal Nº 8.080/90, pressupõe a universalidade de acesso (qualquer brasileiro tem direito a serviços públicos de saúde, independentemente de sua profissão ou de sua contribuição, através do SUS), a integralidade da assistência (continuidade de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de atenção) e a participação social na sua gestão (planejamento, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde), através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Por ser “único”, o sistema integra as ações de todas as instâncias de governo, prevendo a hierarquização e a regionalização dos serviços, de modo que o atendimento à população é responsabilidade compartilhada por municípios, Estados e pela União, devendo ser provido

<sup>3</sup> Proc. TC Nº 07382/13.

<sup>4</sup> SANTOS, Maria Paula Gomes dos. O Estado e os problemas contemporâneos.



por instâncias distintas, segundo graus crescentes de complexidade ou níveis de atenção – Atenção Básica – AB, Média Complexidade – MC e Alta complexidade – AC.

A Atenção Básica – AB ou atenção primária, sendo o nível de menor densidade tecnológica e destinado a resolver 80% dos problemas de saúde da população, deveria ser a porta de entrada, a coordenadora do cuidado e o centro de comunicação da rede de atenção, tornando-se a estratégia Saúde da Família, materializada nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e postos tradicionais de saúde, primordial na expansão, qualificação e consolidação desse nível de atenção.

Entretanto, a análise de trabalhos de auditoria operacional realizados anteriormente, dentre eles o executado no âmbito do PROMOEX em Estratégia de Saúde da Família, em 2009, que ofereceu amplo diagnóstico do tema e do qual o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba – TCE-PB participou, demonstrou que muitas das disfunções ou achados de auditoria então detectados remanesçam, em maior ou menor grau de ocorrência, em que pesem as recomendações de ações corretivas emanadas dos vários Tribunais de Contas envolvidos.

Acrescente-se ainda o fato de que, após 2009, o Ministério da Saúde – MS implantou novos programas que afetam diretamente a Atenção Básica – AB (PMAQ-AB, Requalificação de UBS e Mais Médicos), buscando realizar melhoras e adaptações ao modelo.

A atual proposta de auditoria tenciona direcionar a investigação mais especificamente para a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica, abordando, portanto, as dimensões da eficácia e efetividade das ações, seja da gestão da própria UBS ou de níveis executivos municipais, estaduais/distrital ou federal, que possam ser traduzidos na melhoria dos indicadores de saúde da população, resolutividade dos problemas e observância das competências estabelecidas na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB.

Por conseguinte, o escopo da auditoria foi delimitado a partir de três eixos de investigação – *Gestão de Pessoas (alocação/permanência e capacitação)*, *Monitoramento e Avaliação (equipe técnica, indicadores e estrutura de TI)* e *Planejamento (necessidades de saúde da população, articulação com os demais níveis e financiamento tripartite)*, com base nas seguintes questões e sub-questões, constantes da Matriz de Planejamento da auditoria:

Questão 1: Como as Secretarias de Saúde (Estadual e Municipais) atuam para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente de gestores e profissionais da atenção básica?

Questão 2 - Os estados e municípios possuem equipes técnicas, indicadores e estrutura de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação da AB possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

Questão 3 - 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 e dispõe de recursos financeiros das três esferas federativas?

Sub-questão 3.1: O planejamento das ações estaduais e municipais, voltadas à atenção básica, possui coerência com as necessidades de saúde da população?

Sub-questão 3.2: As Secretarias Estadual/Municipal de Saúde atuam para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

Sub-questão 3.3: De que forma o Estado e os Municípios têm contribuído para o financiamento tripartite da Atenção Básica?



### 1.3 Contextualização do Objeto de Auditoria

A execução das ações e serviços de Atenção Básica no Sistema SUS é de competência da esfera municipal e está fundamentada na Estratégia Saúde da Família – ESF, dentro da qual cada equipe de Saúde da Família - eSF<sup>5</sup> deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade e o grau de vulnerabilidade das famílias do território. Na Paraíba, a ESF teve início em 1994, com a implantação de cinco equipes no município de Campina Grande. Vinte anos depois, são os seguintes os dados para o Estado da Paraíba (3.815.171 habitantes), com referência às equipes de Saúde da Família, segundo o Departamento de Atenção Básica – DAB/MS:

**TABELA 1- EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - eSF**

| Nº Municípios com eSF | Teto  | Credenciadas pelo MS | Cadastradas no Sistema | Implantados | Estimativa da População coberta | Proporção de cobertura populacional estimada |
|-----------------------|-------|----------------------|------------------------|-------------|---------------------------------|--|
| 223                   | 1.914 | 1.359                | 1.304                  | 1.299       | 3.593.343                       | 94,1%  |

Além da ESF, outros programas e políticas são relevantes no âmbito da Atenção Básica, dentre eles: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, Saúde na Escola – PSE, Consultório na Rua, Academia da Saúde e Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar). Conforme o CNES/out de 2014, existem na Paraíba 2.898 estabelecimentos municipais de Atenção Básica Ambulatorial, de tipologias diversas.

Entretanto, para a reorientação da política de Atenção Básica, faz-se necessária também a reorganização da assistência médica nos demais níveis de atenção – média e alta complexidades, tanto ambulatorial quanto hospitalar, por meio de processo de regionalização, o qual implica no conhecimento das necessidades de saúde da população e da capacidade física instalada, assim como financeira. A Norma Operacional da Assistência à Saúde Nº 01/2002 - NOAS-SUS 01/02, aprovada pela Portaria MS Nº 373/2002, estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade e instituiu o Plano Diretor de Regionalização - PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal.

No Estado da Paraíba, no que tange à Saúde, a divisão territorial está conformada em quatro macrorregiões e dezesseis regiões de saúde e igual número de Comissões Intergestores Regionais – CIR, segundo critérios estabelecidos na Seção I do Decreto Federal nº 7.508/2011, artigos 4º e 5º:

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

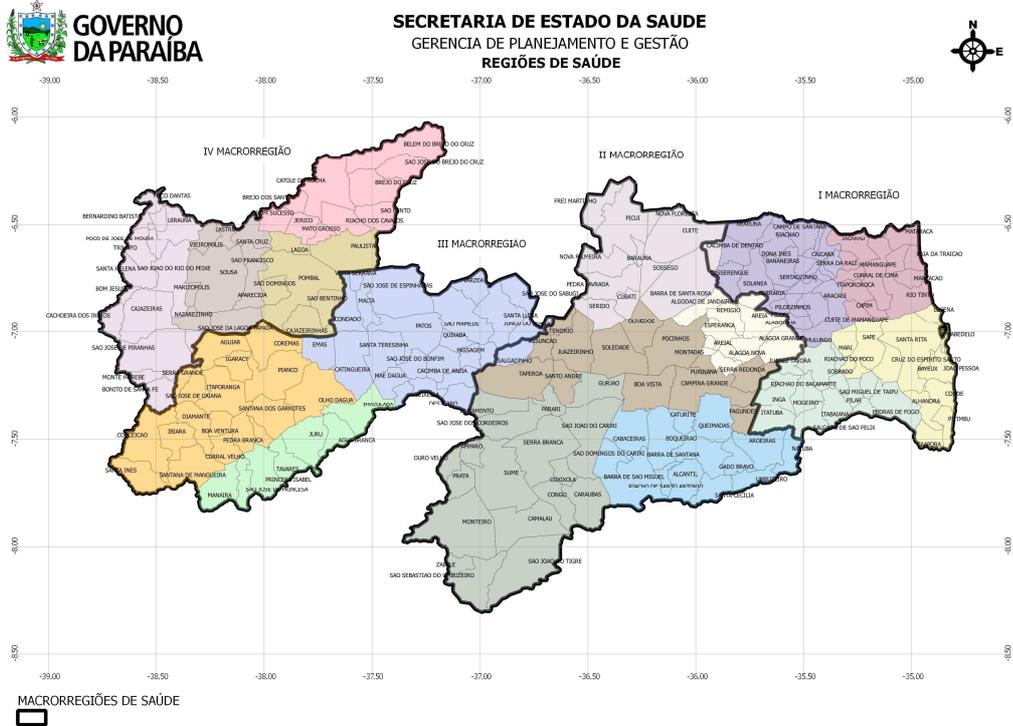
- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;

<sup>5</sup> A equipe de Saúde da Família – eSF é multiprofissional, composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.



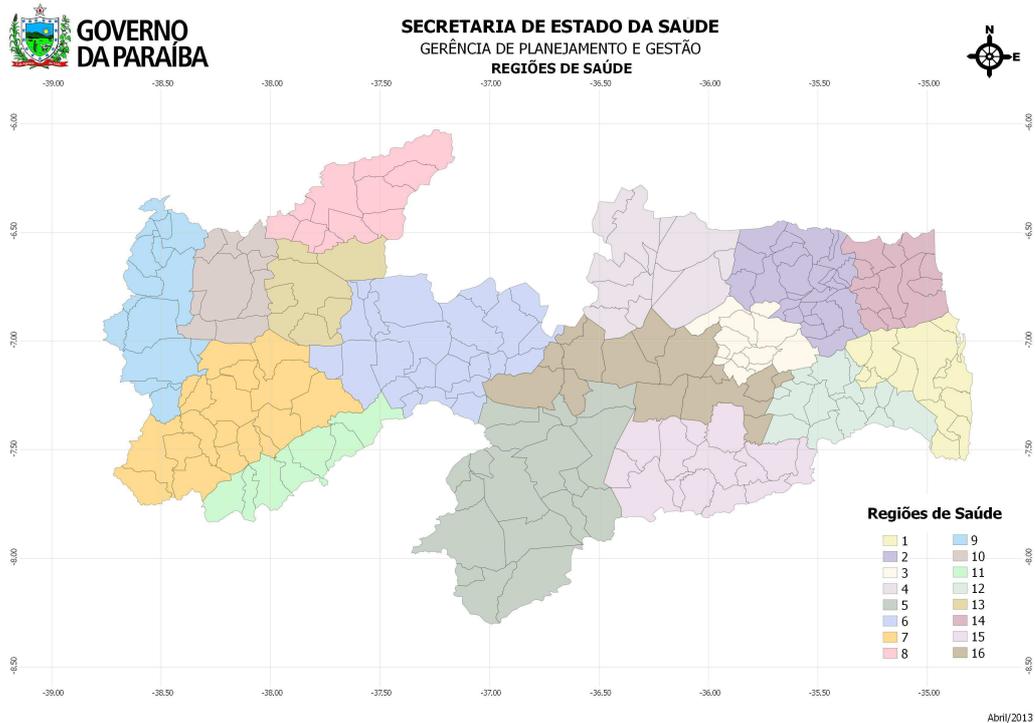
III - atenção psicossocial;  
IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e  
V - vigilância em saúde.

FIGURA 1- MACRORREGIÕES DE SAÚDE



Fonte: <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/regionalizacao/regmapa>

FIGURA 2- REGIÕES DE SAÚDE



Fonte: <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/regionalizacao/regmapa>



A descentralização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde – SES compreende, por sua vez, doze Gerências Regionais de Saúde – GRS, quantidade inferior, portanto, à de regiões de saúde.

**TABELA 2 – DIVISÃO TERRITORIAL DA SAÚDE**

| MACRORREGIÃO | GRS                   | REGIÃO DE SAÚDE       | QUANTITATIVO MUNICÍPIOS | CIR                  |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|
| 1ª           | 1ª – João Pessoa      | 1ª – João Pessoa      | 14                      | Mata Atlântica       |
|              |                       | 14ª - Mamanguape      | 11                      | Vale do Mamanguape   |
|              | 2ª - Guarabira        | 2ª - Guarabira        | 25                      | Piemont da Borborema |
|              | 12ª - Itabaiana       | 12ª - Itabaiana       | 14                      | Vale do Paraíba      |
| 2ª           | 3ª – Campina Grande   | 3ª - Esperança        | 12                      | Borborema            |
|              |                       | 15ª - Queimadas       | 14                      | Cariri Oriental      |
|              |                       | 16ª – Campina Grande  | 14                      | Renascer do Brejo    |
|              | 4ª – Cuité            | 4ª - Cuité            | 12                      | Curimataú            |
|              | 5ª - Monteiro         | 5ª - Monteiro         | 18                      | Cariri Ocidental     |
| 3ª           | 6ª - Patos            | 6ª - Patos            | 22                      | Patos                |
|              | 7ª - Piancó           | 7ª - Itaporanga       | 18                      | Itaporanga           |
|              | 11ª – Princesa Isabel | 11ª – Princesa Isabel | 07                      | Princesa Isabel      |
| 4ª           | 8ª – Catolé do Rocha  | 8ª – Catolé do Rocha  | 10                      | Alto Sertão          |
|              | 9ª - Cajazeiras       | 9ª - Cajazeiras       | 15                      | Cajazeiras           |
|              | 10ª - Sousa           | 10ª - Sousa           | 08                      | Sousa                |
|              |                       | 13ª - Pombal          | 09                      | Terra de Maringá     |

#### 1.4 Metodologia

Utilizando como principal canal de comunicação a Comunidade Moodle do TCU, as equipes dos diversos Tribunais de Contas brasileiros mantiveram contato permanente, com apoio e orientação do TCU / Secretaria de Controle Externo da Saúde – SecexSaúde e do Grupo de Auditoria Operacional – GAO (do antigo PROMOEX).

A etapa de Diagnóstico iniciou-se com levantamento e exame da legislação pertinente e de material de leitura referente ao tema, além de análise orçamentária e financeira dos últimos três exercícios e levantamento sobre planos – PPA, LDO e LOA, programas, projetos e ações da Secretaria de Estado da Saúde - SES e de algumas Secretarias Municipais de Saúde. Em seguida, foram feitas entrevistas de diagnóstico com as equipes técnicas da Secretaria de Estado da Saúde – SES e da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa e realizado Grupo Focal com membros do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS/PB.

Foi então construída uma visão geral da Atenção Básica no território estadual, a partir da elaboração das técnicas de diagnóstico<sup>6</sup> – *Análise Stakeholder, Análise SWOT e Diagrama de*

<sup>6</sup> Anexos ao Processo TC N° 08433/14.

*Verificação de Risco – DVR*, e traçada a versão preliminar da *Matriz de Planejamento*, a qual foi trabalhada e consolidada, pelos técnicos dos Tribunais de Contas participantes da Auditoria coordenada, em Oficina realizada no TCU, de 28 a 31/07/2014. Na ocasião, foram também concebidos instrumentos de coleta de dados, padronizados, para execução do contido na Matriz de Planejamento consolidada.

Após a realização de testes-piloto dos instrumentos de coleta de dados em cinco Estados da federação, contemplando regiões diferentes, tais instrumentos foram ajustados, iniciando as equipes dos vários Tribunais de Contas, em setembro/14, a coleta presencial de dados nos Municípios de sua amostra e na Secretaria de Estado (equipe técnica e Conselho Estadual de Saúde), ao tempo em que foram disponibilizados também questionários eletrônicos para Gerentes Regionais de Saúde e Secretários Municipais de Saúde de todo o país. Para o Estado da Paraíba foi estabelecida a seguinte amostra criteriosa de municípios, onde deveriam ser entrevistados o Secretário de Saúde do Município e, de cada UBS visitada, Gestor, Médico, Enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde – ACS, além de ser realizado Grupo Focal com membros de Conselho Municipal de Saúde:

**TABELA 3– AMOSTRA DE MUNICÍPIOS**

| GRS                      | Município          | IDA <sub>t</sub> B | IDSUS | Total | UBS              |
|--------------------------|--------------------|--------------------|-------|-------|------------------|
| 1 <sup>a</sup>           | Caaporã            | 8,55               | 5     | 1     | 1 Rural 1 Urbana |
| 3 <sup>a</sup>           | Caturité           | 9,58               | 6     | 1     |                  |
| 4 <sup>a</sup>           | Baraúna            | 7,75               | 6     | 1     |                  |
| 5 <sup>o</sup>           | São João do Cariri | 8,86               | 6     | 1     |                  |
| 7 <sup>a</sup>           | Santa Inês         | 4,45               | 6     | 1     |                  |
| 8 <sup>a</sup>           | São Bento          | 9,15               | 4     | 1     |                  |
| 10 <sup>a</sup>          | São Bentinho       | 8,67               | 6     | 1     |                  |
| 1 Rural 1 Urbana / Total |                    |                    |       | 7     |                  |
| 1 <sup>a</sup>           | João Pessoa        | 8,44               | 1     | 1     | 2 urbanas        |
| 2 <sup>a</sup>           | Guarabira          | 9,20               | 4     | 1     |                  |
| 3 <sup>a</sup>           | Campina Grande     | 7,49               | 2     | 1     |                  |
| 6 <sup>a</sup>           | Patos              | 8,97               | 4     | 1     |                  |
| 9 <sup>a</sup>           | Cajazeiras         | 7,98               | 4     | 1     |                  |
| 2 Urbanas / Total        |                    |                    |       | 5     |                  |



**FIGURA 3–UBS Pov.Umbuzeiro-Santa Inês**



**FIGURA 4–UBS Benjamin B.da Silva-C.Grande**

**FIGURA 5– UBS J.Clementino Neto-São Bento****FIGURA 6– UBS Severino M.Ramos-S.J.do Cariri**

Na classificação do Índice de Desempenho do SUS - IDSUS, os grupos 5 e 6 referem-se a municípios que não têm estrutura para atendimentos especializados, os grupos 3 e 4 possuem pouca estrutura de média e alta complexidade e os grupos 1 e 2 são os que apresentam melhor infraestrutura e condições de atendimento à população. O IDSUS é composto por quatorze indicadores de acesso, definidos nos três níveis de atenção, dentre eles o Índice de Desempenho da Atenção Básica - IDAtB e por dez indicadores de efetividade<sup>7</sup>.

A taxa de retorno dos questionários eletrônicos dirigidos a Gerentes Regionais de Saúde na Paraíba foi de 66,66% (oito respondentes em um universo de doze) e a Secretários de Saúde de Municípios foi de 57,85% (129 respondentes em um universo de 223).

Foram tabulados os dados quantitativos coletados nos questionários eletrônicos, realizada análise de conteúdo de entrevistas e grupos focais e feita análise documental do material recolhido nas visitas. Com a consolidação dos dados quantitativos e qualitativos coletados, foi elaborada a versão preliminar da Matriz de Achados, reunindo-se novamente os técnicos de todos os Tribunais de Contas brasileiros em Brasília para a Oficina de Matriz de Achados. Durante a Oficina, os participantes analisaram as matrizes de achados elaboradas pelos diversos TC brasileiros, para desenvolverem e consolidarem os achados comuns (com respectivas causas, efeitos, recomendações e benefícios), sendo, ao final, validada a Matriz de Achados consensuada.

Em nível de Paraíba, a Matriz de Achados foi revisada e então apresentada, em Painel de Referência para validação junto a titulares e equipes técnicas de Secretarias Municipais de Saúde, equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, membros de Conselhos de Saúde, e especialistas do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC/CCS- UFPB.

Justificado o tema da Auditoria, assim como contextualizado o objeto e escopo e apresentada a metodologia adotada, passamos agora à descrição dos Achados de Auditoria, por eixo, seguidos pela deliberações sugeridas, com os benefícios esperados, a partir da implementação e/ou cumprimento delas.

<sup>7</sup> Disponível em: [http://www.idisa.org.br/site/documento\\_7234\\_0\\_o-indice-de-desempenho-do-sus-\(idsus\)-\(\\*\).html](http://www.idisa.org.br/site/documento_7234_0_o-indice-de-desempenho-do-sus-(idsus)-(*).html). Acesso em: 26/05/2014.



## **2. GESTÃO DE PESSOAS**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, são atribuições, de todas as esferas de governo: 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.

É, porém, competência das Secretarias Municipais de Saúde selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de atenção básica - médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, de acordo com as realidades epidemiológica e institucional e com as necessidades de saúde da população.

Faz-se necessário ainda que os municípios mantenham cadastro atualizado desses profissionais no sistema de cadastro nacional vigente, consoante as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade.

Especificamente no que se refere à formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) prevê a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

É, portanto, atribuição comum a todas as esferas do governo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cumprimento aos objetivos de 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 e a valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS. Os próprios serviços públicos que integram o mencionado Sistema constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Sob o aspecto operacional, compete à Secretaria Estadual de Saúde - SES disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde, bem como articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde - SMS, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família - eSF. É atribuição das Secretarias Municipais de Saúde, além de participar desse articulação, o desenvolvimento das ações de formação e educação permanente.



A PNAB define<sup>8</sup>, ainda no que diz respeito à Educação Permanente das equipes de AB, que deva ser constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular, daí sua importância na consolidação e aprimoramento desse nível como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil:

“O redirecionamento do modelo de atenção 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.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo, é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas”.

Conforme o estabelecido na Portaria MS nº 2.671/2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS, dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional - CGR, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço - CIES, devendo ser consideradas as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a Portaria MS/GM nº 399/2006, são ambientes de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), que têm como competência elaborar Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde, considerando as especificidades locais.

A PNEPS assim define as atribuições dos CGR, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

- I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;

---

<sup>8</sup> PNAB, 4.1.



III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;

IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;

V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Por sua vez, cabem às Comissões Permanentes de Integração Ensino - Serviço - CIES:

I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;

II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde;

III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da

Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Ainda de acordo com a PNEPS, são competências

- das Secretarias Estaduais de Saúde (art. 8º):

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde;

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde;

III - apoiar tecnicamente as Secretarias Municipais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS;

IV - garantir financiamento complementar aos Municípios para a implantação da PNEPS-SUS;

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS.

- das Secretarias Municipais de Saúde (art. 9º):

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde;

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS;

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS;



- V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e
- VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS.

## **2.1 Fragilidades na gestão de pessoal da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência.**

Segundo dados do MS/SAS/DAB/IBGE, os seguintes municípios da Paraíba ainda estão com proporção de cobertura populacional estimada de equipes de Saúde da Família - eSF abaixo de 100%: Assunção (95,65%), Bananeiras (47,58%), Bayeux (92,65%), Cacimba de Dentro (61,3%), Campina Grande (88,46%), João Pessoa (84,1%), Mamanguape (16,2%), Manaíra (95,81%), Passagem (0%), Riacho dos Cavalos (82,61%) e Salgadinho (95,51%). Com relação à proporção de cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, os municípios de Campina Grande (87,58%), Curral de Cima (99,67%) e Riacho dos Cavalos (96,38%) não atingiram 100%.

Foram, de fato, constatadas diversas fragilidades na gestão de pessoal da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, a partir da análise dos questionários eletrônicos aplicados aos Secretários Municipais de Saúde e das entrevistas com gestores e profissionais de saúde (Secretários de Saúde, médicos, enfermeiros e ACS) e grupos focais com Conselhos de Saúde, nos municípios da amostra.

Dos Secretários respondentes do questionário, 32,56% afirmaram não possuírem qualquer levantamento das necessidades de alocação de pessoal para as UBS, 68,99% não possuírem mecanismos de acompanhamento da rotatividade dos profissionais de saúde nas UBS e 49,44% não dispõem de critério de alocação previamente definido, de acordo com o perfil epidemiológico. Ainda segundo eles, as causas preponderantes dos desligamentos dos profissionais médicos é a necessidade de cumprimento da carga horária exigida (citada por 91,47% dos respondentes) e a distância dos grandes centros (citada por 59,69%).

Infere-se, das entrevistas com gestores municipais de saúde que o acompanhamento da rotatividade de profissionais de saúde, nos municípios de maior porte, a exemplo de João Pessoa e Campina Grande, é feito continuamente, via diretor ou gerente de distrito e Setor de Recursos Humanos, este último também citado por Cajazeiras e Guarabira (médio porte). Nos de pequeno porte, o acompanhamento é informal, tendo em vista ser perceptível a eventual falta do profissional, dado o reduzido número de UBS e eSF. Alguns informaram que costumam consultar o DataSUS (CNESNet) para verificar profissionais que atuam, simultaneamente, em outros Municípios. No que tange a afastamentos temporários, João Pessoa utiliza a figura do profissional itinerante para suprir necessidades, em Campina Grande há uma programação prévia para férias e Patos afirmou existirem feristas para o cargo de Enfermeiro.

Todos os Secretários Municipais de Saúde afirmaram ser a categoria Médico a que apresenta maior rotatividade de profissionais. Como medida de alocação de profissionais, praticamente todos os municípios, principalmente os de grande e médio porte, realizaram concurso público nos últimos 5 anos, seja especificamente para a área de saúde ou em conjunto com a Prefeitura, variando os cargos oferecidos. Porém, constatou-se não ter sido eficaz a medida, especialmente no que tange à categoria Médico, em razão dos salários serem inferiores à



remuneração percebida pelos profissionais que têm outros vínculo (PROVAB, contratados), levando até mesmo a pedidos de desligamento. Outra medida bastante citada foi a adesão aos Programas Mais Médicos<sup>9</sup> e PROVAB<sup>10</sup>, além de celebração de convênios com instituições acadêmicas para prestação de serviços de Residentes, em localidades que dispõem dessa facilidade. Todavia, ainda é muito generalizada a contratação de profissionais de saúde com vínculos precários.

Para fazer frente às dificuldades em reter no município profissionais de saúde, as estratégias mais citadas pelos Secretários entrevistados foram:

- utilização de parte representativa do repasse financeiro do PMAQ-AB para pagamento de gratificação;
- melhoria das condições de trabalho, no que se refere à infraestrutura das UBS;
- aprovação de Plano de Cargos, Carreira e Remuneração - PCCR, ressaltando-se que, em Campina Grande, permitiu a permanência de Enfermeiros mas gerou insatisfação na categoria dos médicos; e
- oferta de capacitação.

Outras estratégias, mencionadas pelos Secretários de Saúde, principalmente dos municípios de pequeno porte, foram: a oferta de transporte, de casa de apoio e refeições, além de flexibilização do horário de expediente, especialmente do profissional médico (horário corrido, 8 às 14 h).

Os motivos para permanência, citados pelos médicos entrevistados, variaram segundo o seu vínculo com o Município. Os do PROVAB, foram a remuneração e pontuação para seleção na Residência; a única médica Residente entrevistada afirmou ter interesse em adquirir experiência na AB, como base para a profissão; para os contratados por serviços prestados mencionaram a oportunidade de emprego e experiência por já terem trabalhado na AB em outros municípios, a exceção de um que afirmou ser sua primeira experiência de emprego e que foi motivado pela visão generalista que sua formação na UFPB proporcionou. Dos cinco médicos do Programa Mais Médicos entrevistados, dois eram brasileiros (um do Estado do Acre, graduado na Bolívia, e outro paraibano), dois cubanos e um boliviano. A identificação com a saúde pública e a medicina preventiva foram as razões mais citadas pelos médicos com este vínculo e, no caso dos cubanos, como cumprimento de uma missão de governo.

---

<sup>9</sup> O Programa Mais Médicos compreende: levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais, investir em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de mudar a formação dos estudantes de Medicina que deverão atuar por um período de dois anos em unidades básicas e na urgência e emergência do SUS (2º ciclo). A convocação de médicos é feita para atuar na atenção básica de periferias de grandes cidades e municípios do interior do país, sendo as vagas serão oferecidas prioritariamente a médicos brasileiros e, no caso do não preenchimento de todas as vagas, a estrangeiros (Fonte: Portal da Saúde – MS).

<sup>10</sup> O Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica – PROVAB tem como objetivo estimular a formação do médico para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional para localidades com maior carência para este serviço. O médico que participa do PROVAB, tem a obrigatoriedade de realizar curso de pós-graduação prático-teórico em saúde da família, com 12 meses de duração, recebe bolsa federal no valor de R\$ 8 mil mensais e tem suas atividades supervisionadas por uma instituição de ensino. Para os médicos bem avaliados, o PROVAB 2 mantém a bonificação de 10% nos exames de residência médica, seguindo a Resolução nº 03/2011 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).



Quanto à prática de sua atividade profissional, as queixas mais comuns dos médicos foram: insatisfação com o salário, vínculo empregatício precário (no caso dos contratados), falta de reconhecimento e mais comunicação com o gestor da Saúde do Município, dificuldade de acesso ao local de trabalho (especialmente nas zonas rurais), ausência de estabelecimentos de saúde para atendimento da população no fim de semana, falta de condições de trabalho, equipes de saúde com quantitativo de ACS insuficiente e falta de compreensão do usuário quanto ao funcionamento do SUS.

No que tange ao cargo de Enfermeiro, os motivos predominantes para desligamento seriam: salário insatisfatório e falta de reconhecimento no trabalho e de valorização profissional. Para os ACS entrevistados, as principais razões que levariam ao desligamento seriam: salário insatisfatório e dificuldade no relacionamento com usuários, decorrentes de problemas com drogas e violência (nos casos de João Pessoa, Campina Grande, Guarabira e São Bento).

Como pontos negativos no exercício diário da função, foram apontados pelo ACS o salário insatisfatório, obstáculos na resolutividade da AB, falta de material de trabalho (EPI, protetor solar, *tablet* etc), demanda excessiva de usuários, infraestrutura precária, dificuldades no deslocamento para algumas comunidades e no relacionamento com usuários, problemas com drogas e violência em alguns bairros (Guarabira e São Bento), insuficiência de capacitação (educação continuada) e dificuldade de adaptação ao E-SUS<sup>11</sup>.

Entre as causas identificadas pela auditoria como influenciadoras das fragilidades na gestão de pessoal da Atenção Básica, quanto à alocação e permanência estão:

- deficiência ou ausência de diagnóstico das necessidades reais de alocação de pessoal para a AB, por parte das gestões municipais;
- limitação orçamentário-financeira para contratação de profissionais;
- deficiência ou ausência de PCCR, desmotivando a permanência dos profissionais;
- precariedade no vínculo empregatício dos profissionais da AB; e
- falta de ações que assegurem a alocação e permanência dos profissionais de saúde para regiões de difícil acesso e de alto risco (interior e periferias de cidades de grande porte).

Como principais conseqüências dessas fragilidades estão a carência de pessoal na AB, prejudicando a resolutividade dos serviços; elevada rotatividade de profissionais, com conseqüente descontinuidade das ações, inviabilizando o vínculo proposto pela ESF; sobrecarga de trabalho, em razão da elevada demanda pelos serviços; e dificuldade de acesso, pela população, aos serviços da AB.

Visando contribuir para o aprimoramento da gestão de pessoal, a Auditoria propõe recomendar às SMS:

- realizar levantamento (diagnóstico) das necessidades reais de alocação de pessoal da AB, considerando o perfil epidemiológico, a população coberta por equipe e a composição das equipes multiprofissionais;
- promover a articulação com o governo estadual e federal (por meio da CIR e CIB, CONASS, COSEMS, CONASEMS), para discutir, programar e estabelecer uma política de financiamento da AB que se adeque à realidade dos Municípios;

---

<sup>11</sup> Novo sistema de inserção de dados/informações do SUS.



- desenvolver ações que promovam a permanência dos profissionais na Atenção Básica, a exemplo: concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários; gratificação e outros incentivos; melhores condições de trabalho (EPIs, materiais, equipamentos, transporte, insumos, infraestrutura).

Com a implementação dessas recomendações, esperam-se os seguintes benefícios:

- ✓ melhoria da distribuição e constituição das equipes de AB, com conseqüente ampliação do acesso aos serviços de saúde;
- ✓ fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com os usuários, permitindo o desenvolvimento de um trabalho contínuo e resolutivo; e
- ✓ melhorias nas condições de trabalho dos profissionais que atuam na AB.

## **2.2 Deficiência na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica.**

Segundo a equipe técnica da SES (entrevista e participação em Painel de Referência), foi a transferência de recursos federais para o Centro Formador de Recursos Humanos – CEFOR, da SES, foi suspensa em 2011, por falta de Prestação de Contas e plano de regionalização. Desde então, os recursos estão no Fundo Estadual de Saúde - FES e a liberação está condicionada à elaboração de Planos, por região (CIR) e macrorregiões. Até 2010, as regiões de saúde (CIR) abrigavam as Comissões Permanentes de Integração Ensino - Serviço - CIES, que aprovavam os Planos de Capacitação no Estado. Recentemente foram elaborados, pela SES, Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde, para serem aprovados na CIB, por meio das CIES, que estão agora ajustadas nas macrorregiões.

Dos Secretários Municipais de Saúde, respondentes do questionário eletrônico, 32,56% afirmaram não existir qualquer levantamento das necessidades de formação e educação permanente para gestores e profissionais de saúde da AB; 19,38% afirmaram não existir articulação com a SES, com a finalidade de formação e educação permanente, 48,25% dos respondentes declararam que a SES só oferece cursos/capacitações aos gestores anualmente ou até com intervalos superiores a um ano; 66,67% consideram insuficiente a quantidade de cursos/capacitações oferecidos pela SES para os gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica nos municípios; 42,11%, intempestivos e 40,37%, não aplicáveis.

Quanto à capacitação de gestores e profissionais das UBS, foi relatado pelos Secretários Municipais de Saúde, em entrevistas, que a parceria da SES com as SMS concretiza-se por meio do CEFOR/CIES (reuniões ordinárias mensais). A construção deveria ser a partir de Planos Regionais, aprovados na CIR, que irão compor o PAREPS – Plano Estadual de Educação Permanente.

Percebeu-se, ainda, que apenas nos municípios de grande porte (João Pessoa e Campina Grande), existe setor específico para Educação Permanente, inexistindo, porém, um cronograma de capacitações, não havendo, portanto, regularidade na oferta. Nove dos doze municípios da amostra consideram insuficientes as capacitações oferecidas. A mesma proporção apontou serem as capacitações aplicáveis e dois dos municípios não serem totalmente aplicáveis. Seis dos doze municípios visitados afirmaram que nem sempre as capacitações são oferecidas tempestivamente.



A maioria dos gestores de UBS, médicos, enfermeiros e ACS informaram não terem sido consultados acerca da necessidade de capacitação. Percebe-se, ainda, que não existe a prática de se oferecer treinamento específico para gestor da UBS, apenas como Enfermeiro. As capacitações oferecidas referem-se a treinamentos vinculados a alguma ação de saúde (ex. Vacinação, Diagnóstico e prevenção de Dengue, Puericultura; E-SUS, Saúde da mulher, Tabagismo etc).

Os ACS mais antigos referiram-se a um treinamento introdutório que costumava ser oferecido. Alguns afirmaram terem participado da 1ª Etapa do Curso Técnico de ACS, ao qual não foi dada continuidade pela SES.

As causas preponderantes para as deficiências na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da AB são:

- ausência ou deficiência no levantamento das necessidades de capacitação dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- fragilidade ou ausência do Plano de Educação Permanente do Município/ Estado;
- ausência ou deficiência na articulação entre SMS e SES, na promoção e formação dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica.

Como conseqüências das deficiências evidenciadas na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica, tem-se que as capacitações ofertadas não atendem às reais necessidades e a baixa qualificação dos gestores e profissionais da AB, gerando prejuízo da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

A Auditoria identificou como “boas práticas” a elaboração, por parte da SES do Guia de Atenção Básica para Gestores Municipais de Saúde, em 2013 (em meios físico e eletrônico) e a realização do I Seminário Gilson Carvalho, para Qualificação da Gestão do SUS na Paraíba, realizado pelo COSEMS/PB, em parceria com o MS e SES/PB, capacitando gestores municipais de saúde na utilização dos instrumentos de gestão e discussões sobre os avanços e mudanças na Política de Saúde com o advento do Decreto nº 7508/11, da Lei 12.401/2011 e da LC 141/2012.

No sentido de melhorar as ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da AB, recomenda-se à SES e às SMS:

- elaborar e manter atualizado o diagnóstico das necessidades de capacitação dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- elaborar ou reestruturar Plano de Educação Permanente, de forma ascendente e articulada, a partir dos Municípios, CIR, macrorregiões de saúde e CIB;
- ofertar cursos de formação e capacitação continuada, de acordo com as necessidades dos gestores e profissionais da Atenção Básica e com o Plano de Educação Permanente.

Com a implementação das recomendações, espera-se:

- ✓ capacitações condizentes com as necessidades dos gestores e profissionais da AB;
- ✓ aprimoramento da qualificação dos gestores e profissionais da AB; e
- ✓ melhoria na qualidade da prestação dos serviços ofertados aos usuários.



### **3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O desenho das políticas de atenção em saúde busca, segundo afirma Barros (2013, p. 18), atender às necessidades da população, mas nem tudo o que está articulado nos papéis habitualmente se concretiza nas etapas de planejamento e implementação das ações de saúde, daí a necessidade de se definir mecanismos que sejam capazes de validar e monitorar as ações governamentais. O texto da Lei nº. 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, definindo as atribuições dos gestores em cada ente federado, com destaque para as ações e processos de avaliação como listados abaixo:

Art. 15º A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde- SUS.

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

Pelo que se depreende do dispositivo legal, nas atribuições dos gestores estão presentes os processos avaliativos das ações e práticas de saúde, de forma descentralizada. Cada ente federado não se exime da missão de avaliar e monitorar suas obrigações (BARROS, 2013). A PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, tendo definido os seguintes aspectos direcionados a M&A:

3.1 - São responsabilidades comuns a todas as esferas de Governo:

VII - Desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da atenção básica de acordo com suas responsabilidades;

VIII - Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;

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

X - Divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;

Uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde, em resposta à esperada qualidade do sistema, é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade de atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB também definiu regras para monitoramento e avaliação:



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

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

A regulação da Lei 8080/90, mediante o Decreto nº 7.508/2011, disciplinou assim a matéria:

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

Além desses dispositivos legais que tratam de monitoramento e avaliação da AB, analisou-se também os documentos CONASS, DAB/SAS/MS e SGEP/MS e o modelo conceitual de avaliação da Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS, que considera o desempenho do sistema de saúde brasileiro e estabelece que ele deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história e a sua conformação atual, seus objetivos e suas prioridades.

Dentro do SUS, é fundamental a política de monitoramento e avaliação da AB. Segundo afirma Contandriopoulos (2006), o M&A consiste em transformar a trajetória previsível da evolução de um ou de mais fenômenos, pela atuação durante um tempo sobre certo número de seus determinantes (objetivos específicos da intervenção), para corrigir uma situação problemática. Nesse sentido, Felisberto *et. al.* (2009, p. 339) afirma que o M&A podem ser entendidos como uma intervenção direcionada à qualificação da gestão da atenção básica em saúde. Assim, a política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica tem como finalidade melhorar a qualidade dos serviços prestados, contribuindo com a integralidade, a resolubilidade, a equidade e a universalidade das ações ofertadas pela AB. Não obstante, a incipiência das práticas de monitoramento e avaliação é reconhecida pelas três esferas de gestão (Brasil, 2005).

Muito embora o monitoramento seja tratado conjuntamente nessa auditoria, com a intenção de simplificações conceituais, há de se destacar distinções teóricas. Segundo afirma Champagne *et al* (2009):

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações”.

A avaliação, de acordo com a literatura da espécie, segundo afirma Samico (2010), tem os seguintes objetivos:

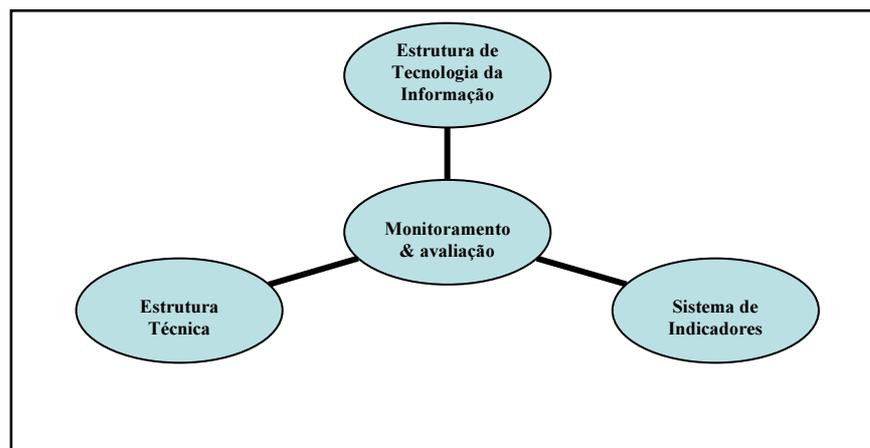
- a) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- b) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer;
- c) determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida;

- d) utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo;
- e) contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica;
- f) identificar se o sistema de gestão está sendo retroalimentado como as informações de M&A.

Por outro lado, o monitoramento, segundo Brasil (2011), tem um papel fundamental no processo de avaliação, pois é ele que complementa e dá continuidade a avaliação, tornando-se um processo, além de continuado, integrativo no procedimento avaliativo. Nesse sentido, o pressuposto é que a partir da avaliação se tem a tomada de decisão e daí, o próximo passo é dar continuidade ao processo de avaliação, digamos “assistida”, que tem por nome de monitoramento. De forma geral, o M&A inclui a coleta de informações, sua análise, o julgamento e a tomada de decisão. Para analisar essas mudanças, deve partir de uma análise inicial da situação e utilizar indicadores preditivos dos aspectos avaliados.

A incorporação da M&A como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde propicia aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Segundo Tamaki *et al.* (2012, p. 842), a institucionalização de processos e práticas de monitoramento e avaliação da gestão da AB deve ser assumida pelos gestores públicos da saúde. Nesse sentido, se depreende que se deve incluir no seu escopo: qualificação de equipes gestoras; desenvolvimento e aporte de metodologia; desenvolvimento e disseminação de tecnologias para o monitoramento; e avaliações oportunas aos tempos da gestão do SUS, alinhados aos princípios da administração pública.

Diante desse cenário, surgiu a questão de investigação dessa auditoria operacional que tem o condão de direcionar as análises aqui pretendidas, quais sejam: *o Estado da Paraíba e municípios possuem estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão da atenção básica?* Definida a questão a ser respondida, pretendeu-se verificar se as ações estruturantes do sistema de M&A contemplam os três componentes de averiguação, conforme figura abaixo:



**FIGURA 7– Estrutura de investigação/M&A**

Buscou-se, assim, encontrar respostas às seguintes indagações:

- a) as SES/SMS possuem estrutura e equipe técnica específicas para monitoramento e avaliação de indicadores?
- b) as SES/SMS utilizam indicadores (universais, específicos e/ou próprios/área fim e/ou meio) no monitoramento e na avaliação da atenção básica?



- c) a estrutura de TI é suficiente para sistemática de monitoramento e avaliação da atenção básica?
- d) existe diagnóstico da infraestrutura de TI necessária para monitoramento e avaliação da atenção básica, e se ele reflete as necessidades demandadas?
- e) o planejamento de TI contempla as necessidades da sistemática de monitoramento e avaliação da atenção básica?

Em resposta, foram identificados três achados de auditoria, a seguir descritos e especificados ao longo desse item:

- a) ausência/insuficiência de estrutura técnica na SES e nas SMS, para o monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica;
- b) utilização não sistêmica de indicadores, por parte da SES e das SMS, no monitoramento e avaliação da AB e no planejamento das ações de saúde;
- c) insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção e suporte técnico).

### **3.1 Ausência/insuficiência de estrutura técnica na SES e nas SMS, para o monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica.**

A institucionalização da avaliação da atenção básica na SES deveria se fundamentar na responsabilidade da gestão estadual, quanto à formulação da política e nas atribuições de planejamento, execução e no M&A, dos processos de trabalho em consonância com os princípios do SUS e de cooperação técnica aos municípios. Nestes termos, se verifica um maior impulso na sistematização, coordenação e integração nas atividades gestoras desenvolvidas para maior aperfeiçoamento dos serviços e eficácia das ações de atenção básica no SUS.

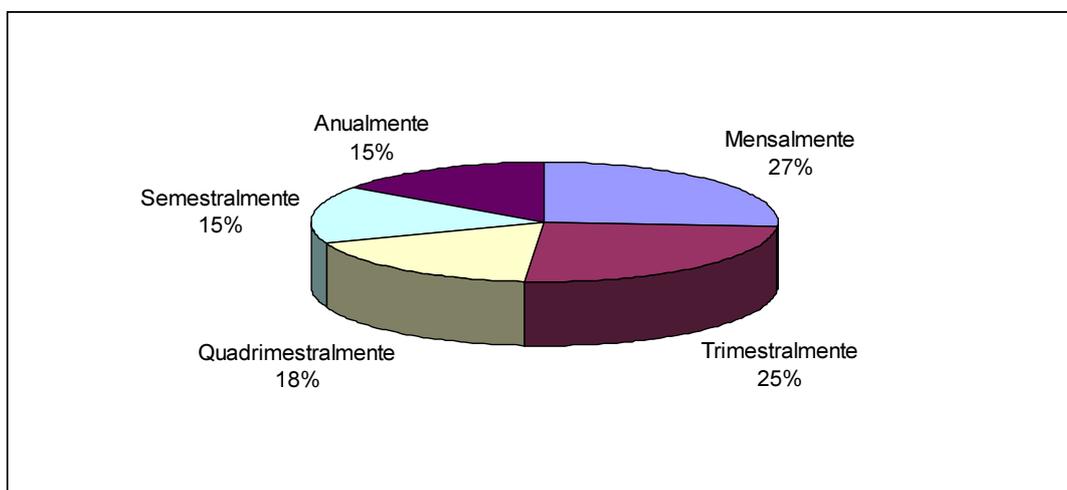
Com essa visão, foi feita a investigação para diagnosticar a estrutura de monitoramento na SES. Em questionário respondido pelos Gerentes Regionais de Saúde foi apontado que 40% das GRS (seis) não possuem unidade específica, ou equipe expressamente encarregada para efetuar o monitoramento e a avaliação dos indicadores da AB. Foi apontado ainda que das nove GRS que possuem unidade específica, o número médio de membros que compõem a equipe de monitoramento e avaliação é de cinco servidores, porém apenas para 47% dos gerentes a quantidade de pessoas da equipe é suficiente.

Conforme entrevista realizada com a equipe da SES, foi constatado que o monitoramento e avaliação na AB no Estado se dão de forma descentralizada, nas funções de Vigilância à Saúde e Atenção à Saúde. Afirmaram ainda que o monitoramento realizado pela SES é feito mediante uma série histórica de indicadores consolidados disponíveis no PES 2012/2015, bem como nos dados disponíveis no INFO SAÚDE, especificamente aqueles relacionados à capacidade instalada. Os resultados são disponibilizados às Câmaras Técnicas, gestores municipais e GRS. A verificabilidade e a confiabilidade desses dados são realizados apenas quando há indícios intuitivos de que não refletem a realidade.

De acordo com as entrevistas e questionários, cerca de 87% dos municípios realizam M&A, porém de forma precária. Por outro lado, em 62% dos municípios a quantidade de membros das equipes é insuficiente, sendo a média de 3,6 servidores. A estrutura de pessoal, ou seja, sua quantidade e a necessidade de sua qualificação, pode ser considerada como o principal problema a ser superado pelas SES/SMS para a implementação do processo de M&A da AB.

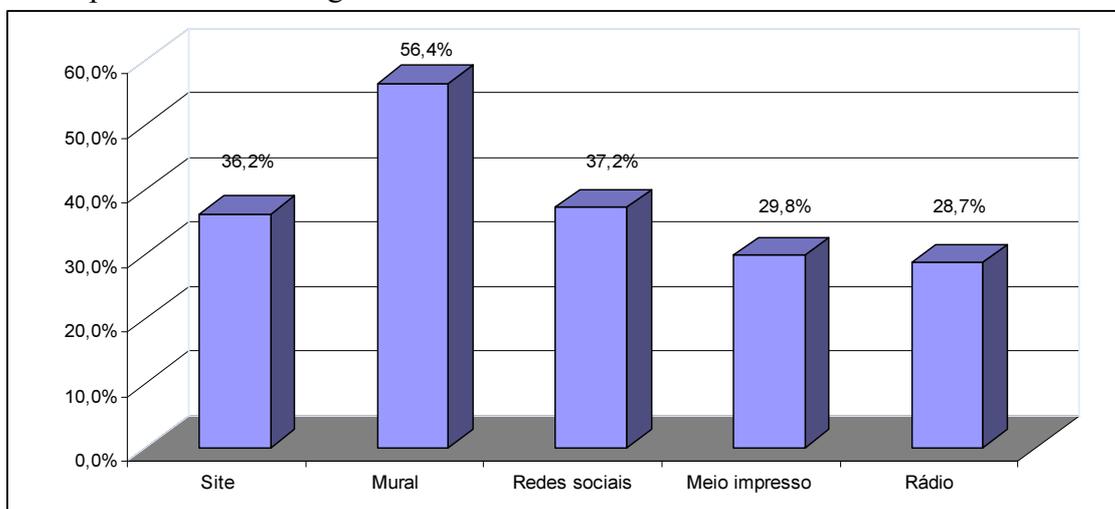
Na SES, existe uma equipe designada para M&A da AB no nível central, porém ela não é exclusiva para o desenvolvimento dessa prática. Nas Regionais, a situação segue a mesma realidade, refletindo os reduzidos investimentos estaduais na política de gestão, ao longo de anos, em especial na política de qualificação e valorização dos recursos humanos.

Quanto aos municípios, constatou-se que apenas de maior porte possuem equipe específica para M&A, mas não institucionalizada, como é caso de João Pessoa e Campina Grande, que tem uma sala de situação. No município de Patos existe um setor de controle, avaliação, regulação e auditoria e em Guarabira e Cajazeiras o monitoramento funciona conjuntamente com o setor de planejamento. Nos demais municípios, o M&A é realizado pela coordenação de AB e/ou titular da SMS, com apoio de digitadores. Foi investigada a periodicidade com que as SMS realizam avaliação dos resultados da AB, sendo revelados os seguintes resultados:



**GRÁFICO 1 – PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO DA AB/SMS**

Pelo que se depreende do gráfico, a maioria dos procedimentos de monitoramento e avaliação realizados pelas secretarias municipais tem um espaço temporal de um mês, seguido da análise trimestral. As principais fontes utilizadas para fazer o levantamento de dados e para acompanhar esse monitoramento são anotações em cadernos, planilhas e nos formulários de atendimento. Para divulgação do monitoramento e avaliação das atividades da AB, os municípios utilizam os seguintes meios:



**GRÁFICO 2 – DIVULGAÇÃO M&A AB/SMS**



Ainda com relação às SMS, chamou atenção a inexistência de procedimento para verificar a confiabilidade dos dados alimentados nos sistemas informatizados, tendo em vista que em cerca de 50% dos municípios paraibanos isso não ocorre.

Como causas das deficiências pertinentes aos procedimentos de monitoramento e avaliação realizados nos serviços de saúde da AB, foram identificadas:

- não priorização, por parte dos gestores das SES/SMS, do M&A da Atenção Básica;
- insuficiência de capacitação dos profissionais das SES/SMS para realizar os procedimentos de M&A da Atenção Básica, fato este indicado no item de gestão de pessoas;
- informalidade ou inadequação das estruturas organizacionais das SES/SMS destinadas ao M&A de indicadores da Atenção Básica.

O diagnóstico feito no M&A da AB nas SES/SMS revela que as atuais ações caracterizam-se, predominantemente, por um caráter pontual, não sistemático, desincorporado da prática cotidiana das ações de gestão com pouca utilização no planejamento e na gestão da AB. Assim, pode-se inferir que as ausências ou deficiências no M&A afetam os serviços prestados na AB da seguinte forma:

- a) prejuízo da capacidade avaliativa das SES/SMS, resultando em déficit de informações estratégicas;
- b) baixa confiabilidade dos dados alimentados nos sistemas de informação para M&A da Atenção Básica;
- c) sobrecarga de funções dos técnicos das SES/SMS (mesmos técnicos assumem múltiplas funções, sem conseguir focar em uma única tarefa);
- d) menos agilidade no acompanhamento da execução das ações de saúde da AB;
- e) redução de conhecimento que subsidie a elaboração do Planejamento de Ações e Serviços de Saúde, nos diversos níveis de atenção, por parte da SES e das SMS.

Com referência a esse achado de auditoria, sugerem-se recomendações à SES, no sentido de dotar a própria Secretaria (em especial a Gerência de Atenção Básica) e suas GRS, com pessoal capacitado e suficiente para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica, e institucionalizar o M&A da Atenção Básica na estrutura da secretaria, de forma coordenada com as estruturas regionais. Para as SMS, são propostas recomendações para que dotem a secretaria com pessoal capacitado e suficiente para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica e adequem a estrutura organizacional da secretaria, contemplando a atividade de M&A da Atenção Básica.

Com isso, esperam-se como benefícios melhorias na sistemática de M&A de indicadores da Atenção Básica; melhoramento na eficiência do planejamento estadual e municipal da AB e o desenvolvimento de um sistema de informações gerenciais da sistemática de M&A desses indicadores.

### **3.2 Utilização não sistêmica de indicadores, por parte da SES e das SMS, no monitoramento e avaliação da AB e no planejamento das ações de saúde.**

No campo aplicado das políticas públicas de saúde, os indicadores são parâmetros-chave para revelar e medir as mudanças ocorridas na saúde, podendo ser vistos como medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesse programático. Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as



dimensões sociais de interesse definidos a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. São, portanto, utilizados para subsidiar as atividades de planejamento das ações de saúde para a formulação de políticas públicas nas diferentes esferas de governo e, principalmente, com a virtude de possibilitar o monitoramento das condições de saúde da população por parte do poder público. Para a definição da abrangência que se pretende dar ao M&A da AB nesse relatório, partiu-se dos critérios estabelecidos na legislação da espécie, documentos, programas e instrumentos referenciais.

Segundo a SES, são realizadas oficinas de Indicadores nas Macrorregiões, onde são discutidos diversos indicadores, dentre eles os do Programa Requalifica UBS, no que se refere ao Pacto pelo Desenvolvimento Social 2013/2015. Questionados acerca da utilização dos indicadores de monitoramento e avaliação da AB para realização de planejamento, 40% dos gerentes regionais de saúde afirmaram que não os utilizam frequentemente. Dos que utilizam tais informações, apenas 33% informaram que verificam a confiabilidade dos dados encaminhados pelos municípios.

No que concerne às SMS, a de João Pessoa afirmou fazer uso dos indicadores do SISPACTO e do PMAQ para definição da programação anual de saúde. Acrescentou ainda que, no momento de avaliação que origina a construção do relatório anual de gestão, são considerados os índices alcançados durante os quadrimestres e o ano vigente para fins de planejamento. Admitiu, porém, existirem “ruídos” na forma de cálculo dos indicadores e dificuldade na compreensão.

Quanto à utilização de indicadores no processo de planejamento, em entrevistas com as demais SMS algumas apresentaram queixa acerca da necessidade de maior apoio técnico para elaboração dos instrumentos de planejamento.

Em resposta aos questionários, 93% dos Secretários Municipais de Saúde afirmaram que se utilizam indicadores para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela AB, porém cerca de 96% dos municípios não utilizam indicadores próprios para o M&A, faz uso daqueles definidos pelo Ministério da Saúde. De uma forma geral, a divulgação das informações é disponibilizada em reuniões quadrimestrais (mensais em alguns municípios) às eSF, CMS e Coordenadores das UBS.

As principais causas para ocorrência dessa inconsistência são:

- deficiências no levantamento de dados para compor os indicadores;
- falta de apoio da SES e de prática dos municípios, na utilização de indicadores como estratégia de aprimoramento de gestão na Atenção Básica;
- falta de capacidade técnica para utilização de indicadores na formulação do planejamento da saúde;
- pouca divulgação de indicadores de M&A da Atenção Básica.

No intuito de enfrentar as mencionadas causas, propõe-se recomendar à SES apoiar tecnicamente os Municípios para o uso de metodologia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da AB. São também sugeridas recomendações à SES e às SMS, para:

- aprimorar os mecanismos de levantamento de dados para compor os indicadores e de verificação da confiabilidade dos dados;
- fazer uso do portfólio de indicadores disponíveis como estratégia de aprimoramento da gestão da AB (DAB/MS) e introduzir indicadores de processos de trabalho;



- promover divulgação dos indicadores da Atenção Básica.

Com a implementação dessas recomendações, são esperados como benefícios:

- ✓ melhoria na utilização sistemática de indicadores no M&A;
- ✓ melhorias e benefícios na atenção básica, tendo em vista o maior conhecimento, por parte dos gestores e usuários, da situação da saúde primária do Município;
- ✓ aprimoramento da gestão com base em resultado confiável dos objetivos, metas e ações da Atenção Básica;
- ✓ inclusão de demandas reais de saúde da população no planejamento da Atenção Básica.

### **3.3 Insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção e suporte técnico).**

O M&A necessitam de sistema de TI que permitam obter e acumular os dados que serão base para definição de indicadores, como também otimizarão o funcionamento operacional e todo processo de gestão da saúde da AB. Assim, o sistema de tecnologia da informação será útil para acompanhar a operacionalização de uma intervenção a partir dos dados que são produzidos e direcionados ao plano de ação para as atividades propostas, viabilizando possíveis resultados a partir do diagnóstico apontado pela avaliação.

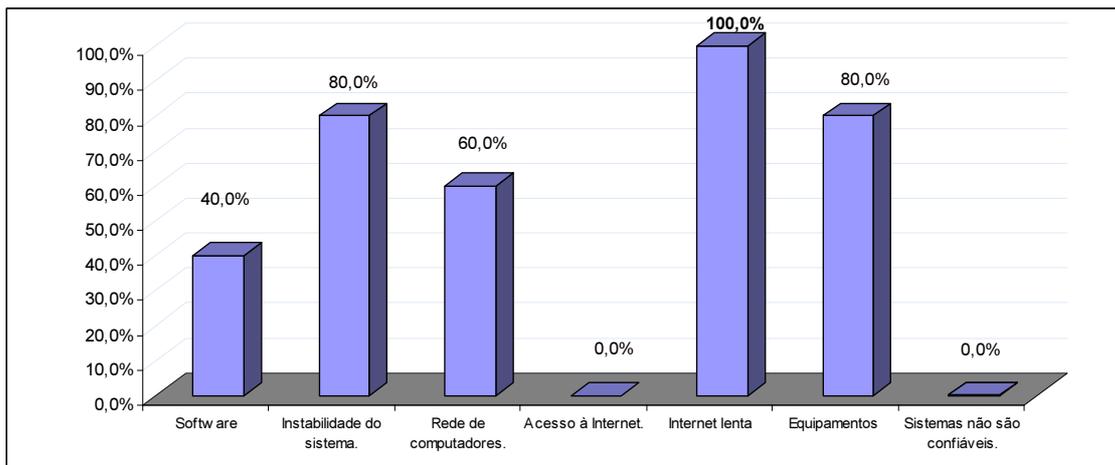
Por estrutura de TI designamos o conjunto formado por equipamentos de informática, programas (*software*), rede (*internet* ou *intranet*), apoio técnico para solução de problemas e orientação do uso de ferramentas e treinamento.

De forma geral, 63% dos gerentes regionais de saúde respondentes do questionário afirmaram que a estrutura de TI é suficiente para o desenvolvimento de atividades de monitoramento e avaliação da AB.

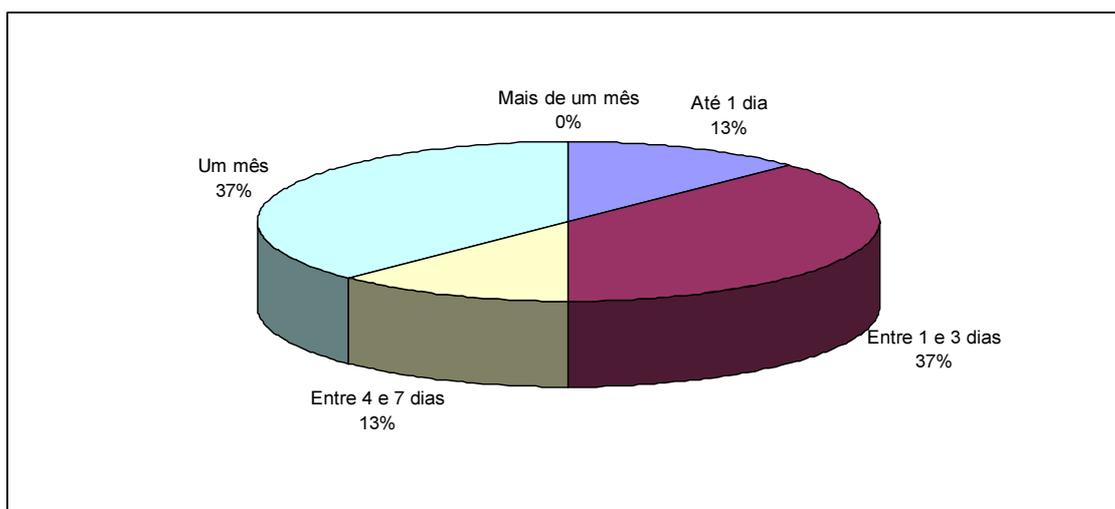
Questionados acerca da existência de diagnóstico da estrutura de TI necessária para o monitoramento e a avaliação da AB, apenas 33,3% responderam afirmativamente e apenas um dos quatorze disse informou a existência de planejamento de TI que contemple ações para suprir as necessidades de monitoramento e avaliação da AB.

No que diz respeito à disponibilidade de sistemas de TI, 42% das gerências regionais não utilizam essas ferramentas para auxiliar o M&A dos serviços da atenção básica oferecidos pelos municípios jurisdicionados. De acordo com respostas ao questionário, 100% utilizam sistemas pertencentes ao governo federal, sendo utilizados além desses sistemas, por 83% das GRS também sistemas de responsabilidade do governo estadual. Foi acrescentado que a utilização dos sistemas de TI para M&A da atenção básica não ocorre de forma consistente.

Do ponto de vista de problemas enfrentados em tecnologia da informação, a situação é bastante diversificada. As maiores dificuldades apontadas foram 100% internet lenta e 80% problemas com equipamentos e instabilidade dos sistemas. O Gráfico 3 apresenta a visão geral dos problemas.

**GRÁFICO 3 – PROBLEMAS TI/GRS**

Indagadas sobre o tempo (em média) de resolução dos problemas de TI, seja equipamento, de software ou de rede, a maioria das GRS afirmou serem atendidas em até uma semana (63%). O Gráfico 4 expõe de forma ampla os prazos de resolução dos problemas, em atendimento às demandas:

**GRÁFICO 4 – RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS TI/GRS**

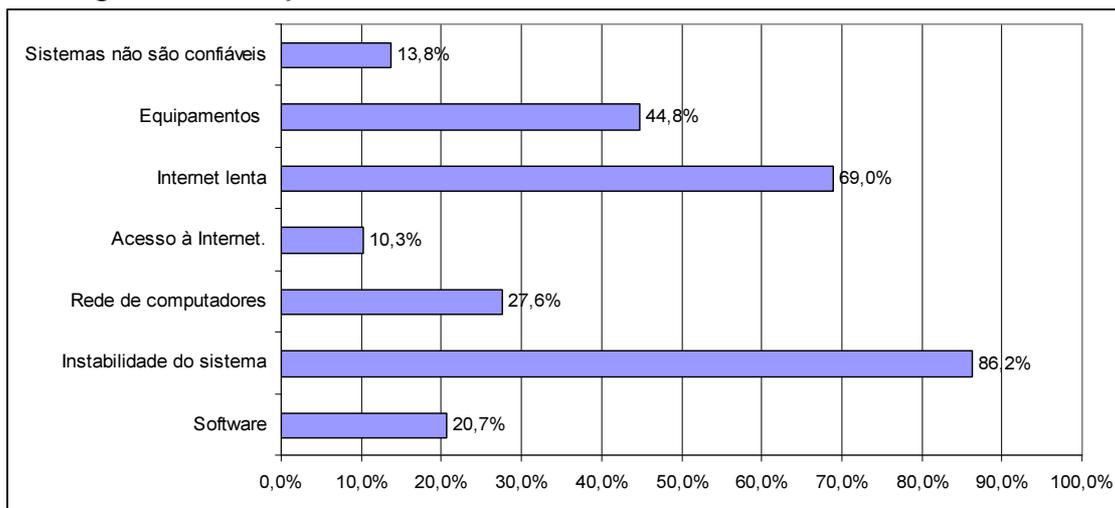
Em entrevistas junto aos secretários municipais de Saúde, ficou patente que a estrutura de TI é insuficiente e precária. Verifica-se carência de computadores e *software* e a maioria das UBS não têm acesso à *internet* e, conseqüentemente, a alimentação de dados nos sistemas informatizados é feita de forma indireta, ou seja, são elaborados formulários e planilhas que são enviados às SMS, para alimentação do sistema de informação da AB. Nesse sentido, 62% das UBS, de acordo com questionários respondidos, não possuem acesso aos sistemas informatizados.

Os grandes municípios, como Campina Grande e João Pessoa, dispõem de um parque tecnológico mais desenvolvido, segundo informaram as SMS, insuficiente, porém, diante da quantidade de serviços instalados no território do município e do universo de sistemas do MS em operação, necessitando-se sempre expansão. A SMS de Campina Grande frisou que a estrutura de TI é insatisfatória, pois nem todas as UBS são informatizadas. Há ainda

problemas quanto à ocorrência de roubos de equipamentos nas UBS e preocupação quanto ao extravio de base de dados.

Segundo as respostas do questionário, 45% das SMS não possuem diagnóstico da estrutura de TI necessária para o monitoramento e a avaliação da AB, e 54,3% não possuem planejamento nem sistema de TI que contemple ações para suprir as necessidades de monitoramento e avaliação da AB. Já os sistemas utilizados são basicamente aqueles disponibilizados pelo Governo Federal.

Os principais problemas apontados no cotidiano da AB, no que se refere à estrutura de tecnologia da informação são:



**GRÁFICO 5 – PROBLEMAS TI/SMS**

Todas essas dificuldades ou insuficiências enfrentadas na estrutura de TI têm as causas explicitadas a seguir:

- ausência de diagnóstico para a realização do Planejamento de TI;
- não priorização dos investimentos em estrutura de TI;
- não implantação e/ou integração de sistemas de informação de saúde nos Municípios;
- operadoras de telefonia com fornecimento de internet com velocidade lenta.

Como efeitos desse achado de auditoria, podem ser citados: perda ou suspensão de recursos dos Municípios; soluções de TI inadequadas; retrabalho na alimentação dos diversos sistemas (manuais e informatizados), ocasionando elevação de custos, ociosidade e intempestividade na alimentação de dados; e comprometimento do fluxo de informações referente à referência e contrarreferência.

Objetivando atacar o que ocasiona o achado de auditoria, sugerem-se recomendações à SES, no sentido de articular com o MS e os Municípios (por meio das CIT) a melhoria da qualidade da internet, e, conjuntamente à SES e às SMS, para:

- elaborarem um diagnóstico da estrutura de TI que reflita as necessidades demandadas para a realização de monitoramento e avaliação da AB;
- adequarem a estrutura de TI para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico;
- inserirem na pauta de reunião da CIB e da CIT proposta de implantação e integração (interoperabilidade) dos sistemas informatizados de saúde.

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 são benefícios passíveis de serem obtidos com a implementação de tais recomendações.

## **4. PLANEJAMENTO**

### **4.1 Necessidades de saúde da população**

Uma das intenções preponderantes da lei instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil – SUS (nº 8.080/90) é a descentralização das ações de saúde, comungada com a participação da comunidade no atendimento e prestação desses serviços, o que significa que a gestão, gradativamente, passou a ser atribuição e responsabilidade prioritária dos municípios, traduzida pela PNAB, cabendo aos Estados e à União garantirem a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais que permitam sua concretização.

A PNAB atribui às três esferas de governo planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica e estabelecer, através de planos de saúde, prioridades, estratégias e metas de organização da AB.

Aos Municípios, cabe, dentre outras obrigações, a de “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.

No âmbito de atribuições da esfera estadual de governo, cabe o apoio institucional aos municípios, no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica, além de análise dos dados enviados pelos municípios, para que possa utilizá-los no planejamento e divulgação dos resultados obtidos.

Importante frisar que o processo de planejamento da saúde deve ser feito de forma ascendente e integrada, envolvendo desde o nível local até o federal, com a participação da população através dos Conselhos de Saúde, no sentido de adequar a realidade local ao planejamento das ações. De acordo com a Lei nº 8142/90, os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada instância correspondente.

O Decreto nº 7.508/11 informa que o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos, cabendo compatibilizar as necessidades das políticas da saúde com os recursos financeiros disponíveis, sendo utilizados como instrumento formal os planos de saúde, que estabelecerão metas de saúde a serem cumpridas.

O mencionado decreto trata ainda da criação de um acordo de colaboração entre os entes federativos para organização de uma rede de saúde, por meio de um Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP, que seria o resultado da integração dos vários planos de saúde onde são dispostos, dentre outros, as necessidades locais e regionais, a oferta de ações e serviços de saúde, assim como sua melhoria, a responsabilidade dos entes federativos para



com a população, indicadores e metas de saúde, critérios para avaliar e monitorar as ações e os recursos financeiros disponibilizados por cada ente participante.

Percebe-se, pois, que existe uma farta estrutura legal e teórica, cujo objetivo se traduz pela constante tentativa de desenvolvimento da cadeia de planejamento, execução e controle de ações de saúde, com o comprometimento de todos os agentes envolvidos, para o atendimento às necessidades básicas da população.

#### **4.1.1 Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB no Estado.**

Foram detectadas fragilidades nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da Atenção Básica no Estado da Paraíba, a partir de dados coletados por meio de entrevistas, questionário eletrônico e grupo focal, com a Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde - CES e Secretários Municipais de Saúde.

A equipe técnica da SES, em entrevista, informou que os únicos diagnósticos formalizados da Atenção Básica são: o instrumento intitulado Panorama da Atenção Básica (contendo relação dos municípios com cobertura por eSF, NASF e adesão aos programas federais) e Relatórios de NASF.

Ainda de acordo com a entrevista, além de pesquisa documental, restou evidenciado que a definição de estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado limita-se ao contido na Programação Anual de Saúde, sendo bastante sucinto o item referente à AB, no Plano Estadual de Saúde - PES 2012/2015. Também a pauta da Comissão Intergestores Bipartite – CIB no que tange a este nível de atenção é restrita. Os entrevistados afirmaram que se faz necessário uma visão global da saúde no Estado, a partir de um olhar mais atento para a Atenção Básica.

Identificou-se a inexistência de planejamento regional de saúde, a exemplo de PDR. Com o advento da NOAS/SUS 01/2002, que se propõe a oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação, a SES/PB iniciou a organização da rede regionalizada e hierarquizada da assistência, a partir de oficinas de trabalho com os gestores municipais de saúde, para definição do desenho das regiões de saúde, como produto dessas oficinas, sendo elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR- 2002),

Para adequação ao novo modelo de organização do SUS definido no Pacto pela Saúde, (Portaria GM n.º 399/2006), por meio da Regionalização Solidária e Cooperativa, o Estado da Paraíba, iniciou em 2007, processo de discussão, visando conformar novos arranjos territoriais denominados de Regiões de Saúde e formalizar os Colegiados de Gestão Regional – CGR, sendo concluído em 2008 novo PDR.

Quanto à regionalização solidária e cooperativa para a descentralização, prevista no Pacto pela Saúde, foram instituídos, à época da versão inicial (2006), 25 (vinte e cinco) Colegiados de Gestão Regional – CGR<sup>12</sup>. Entretanto, em 2011, houve uma reavaliação desses colegiados,

---

<sup>12</sup> Agreste Saúde, Alto Sertão, Atlântico, Avanço ANUG, Cariri Ocidental, Conceição, Curimataú e Seridó Paraibano, Curimataú Oriental, Fazenda Acontecer, Fonte de Água Viva, Itaporanga, Patos, Piancó, Piemont da Borborema, Princesa Isabel, Região do Brejo Paraibano, Regional da Borborema, Renascer do Brejo, Securi, Sertão Saúde, Sousa, Terra de Maringá, UNIVALE, Vale da Paraíba e Vale do Mamanguape.



em virtude de muitos não cumprirem os requisitos estabelecidos no art. 5º do Decreto nº 7.508/11, resultando atualmente na divisão do Estado em dezesseis regiões de saúde, às quais correspondem dezesseis Comissões Intergestores Regionais – CIR.

Na percepção dos membros do CES, captada em grupo focal, inexistente sintonia entre as necessidades dos usuários da AB e o planejamento estadual, no que tange ao processo de elaboração das ações estaduais voltadas para esse nível de atenção à saúde. Declararam, ainda, em unanimidade, que sua participação no processo de elaboração do planejamento das ações de saúde da SES restringe-se à aprovação de Plano Estadual de Saúde – PES, ressaltando a não aprovação do atual.

Nove dentre os secretários municipais entrevistados (doze) e 52,76% e das Secretarias Municipais de saúde respondentes aos questionários, afirmaram não existir articulação entre a SES e os Municípios no processo de planejamento da Atenção Básica. Três dos secretários entrevistados mencionaram o oferecimento de capacitação para planejamento, através de Oficina com duração de apenas um dia. Apenas um Secretário mencionou a revisão do planejamento municipal por parte do apoiador da Gerência Regional de Saúde – GRS.

Segundo a própria equipe técnica da SES, a contribuição do Estado no processo de planejamento dos municípios restringiu-se à realização de oficina para elaboração dos Planos Municipais 2014/2017, realizada nas macrorregionais, em 2013, com base no Guia de Atenção Básica para Gestores Municipais de Saúde, elaborado pela SES. Na ocasião, foram convidados todos os municípios verificando-se, entretanto, desinteresse e resistência na participação de alguns. Ressaltou, ainda, a SES o apoio técnico dado ao I Seminário Gilson Carvalho, realizado em agosto de 2014 pelo COSEMS, quando foram fornecidas orientações sobre as legislações vigentes, no sentido de desenvolver competências técnicas, capacitando gestores para a utilização dos instrumentos de gestão, proporcionando discussões sobre os avanços e mudanças na política de saúde com o advento do Decreto nº 7.508/11, da Lei nº 12.401/11 e da Lei Complementar nº 141/12.

Aponta-se, como causas para a fragilidade dos mecanismos de diagnóstico e planejamento da Atenção Básica no Estado, a inexistência de uma visão global no território estadual, que consolide dados precisos provenientes das SMS, que contenha as especificidades locais e regionais, e a falta de priorização das ações referentes à AB, no planejamento da saúde do Estado, o que resulta numa deficiência no planejamento estadual, gerando consequente falha na retroalimentação desse planejamento.

Tal deficiência culmina com a inviabilização de projetos e ações que abordem aspectos específicos, locais e regionais, que necessitem de melhoria, além de risco de destinação inadequada dos recursos financeiros, materiais e humanos.

Recomenda-se, por conseguinte, à SES, com vistas a contribuir para a melhoria do processo de planejamento da saúde do Estado da Paraíba:

- promover articulação com as SMS, visando a elaboração de diagnóstico sistemático das necessidades de AB, contendo especificidades locais e regionais;
- aprimorar seus instrumentos de planejamento, com referência à AB, contemplando especificidades locais e regionais.

Esperam-se, como benefícios pelas recomendações dadas, que:



- ✓ passe a existir um conhecimento detalhado da AB no território estadual;
- ✓ haja coerência do planejamento estadual com as necessidades locais e regionais de AB;
- ✓ ocorra maior resolutividade da AB e integralidade do cuidado à saúde dos usuários do Sistema SUS no Estado;
- ✓ consequente otimização dos recursos: financeiros, materiais, humanos e instrumentais.

#### **4.1.2 Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB nos municípios.**

Das entrevistas realizadas com os Secretários Municipais de Saúde e com gestores e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e ACS) e de grupos focais realizados com Conselhos Municipais de Saúde, restou detectada a existência, assim como ocorre em nível estadual, fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB por parte dos municípios.

Constatou-se ter o planejamento da Atenção Básica como foco, não propriamente o levantamento das necessidades da população, mas a adequação das necessidades primordiais à disponibilidade de recursos dos municípios.

As Secretarias Municipais de Saúde respondentes aos questionários eletrônicos destacaram que as principais fontes/informações utilizadas no levantamento das necessidades de saúde são:

- 89,11% - Indicadores de saúde;
- 84,16% - Equipes de saúde das UBS;
- 82,18% - Atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde;
- 81,19% - Dados epidemiológicos;
- 74,26% - Conferências de Saúde;
- 72,28% - Dados dos sistemas de informação;
- 34,65% - Pesquisa de satisfação do usuário.

Os gestores de saúde dos municípios de maior porte (João Pessoa e Campina Grande) citaram como principais instrumentos de planejamento os preconizados pelo Decreto nº 7508/2011 e pela LC nº 141/2011, quais sejam, os Planos Municipais de Saúde - PMS, a Programação Anual de Saúde - PAS e Relatórios de Gestão trimestrais e anuais. Reportaram-se à participação do CMS como forma de assegurar que as pautas dos segmentos sociais estivessem presentes no planejamento da gestão e um deles, Campina Grande, à realização de Audiência Pública nos Distritos Geoadministrativos, para coleta de demandas e posterior priorização.

Os municípios de menor porte reportaram-se apenas ao PMS – 2014/2017 como principal instrumento de planejamento, alguns ainda em fase de elaboração, ressaltando haver certa dificuldade em adequar o planejamento à limitada disponibilidade de recursos e haver carência de mais apoio técnico. Um dos municípios da amostra informou não existir sequer PMS (Santa Inês). Afirmaram, ainda, que as demandas dos usuários, em geral captadas somente a partir da percepção do gestor municipal de saúde, seriam contempladas quando da elaboração do planejamento.



No tocante à participação das equipes de saúde no levantamento das necessidades da UBS, todos os municípios integrantes da amostra citaram a realização de reuniões com as eSF, variando a periodicidade (semanal, nos de maior porte, mensal nos demais) e a forma de encaminhamento (via Distrito Sanitário/Geoadministrativo, nos de maior porte, e direto com a equipe da SMS, no caso dos demais). Foi ainda mencionado que, com a adesão das eSF ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, estas reuniões tornaram-se essenciais, tendo em vista a necessidade de acompanhamento das metas contratualizadas e elaboração de planilhas para Avaliação.

Quanto à participação do usuário no processo de elaboração do planejamento das ações de saúde da SMS, são utilizados como canais de comunicação entre a SMS e as UBS:

- quatro dos doze municípios da amostra possuem Ouvidoria (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras);
- seis de pequeno porte relataram que a comunicação do usuário é feita de forma direta com a SMS ou com o próprio Prefeito (no caso de Santa Inês);
- dois informaram que se utilizam da rádio local;
- um destacou um evento de escuta (Ciranda da Saúde e Cidadania – Guarabira);
- um citou o Ministério Público também como canal de comunicação;
- João Pessoa e Campina Grande ressaltaram, ainda, a atuação de Conselhos de Saúde.

No caso dos CMS, maioria declarou que suas participações restringem-se à análise e eventuais proposições de reformulação, por meio de Parecer, após apresentação do Planejamento, essencialmente daquele de longo prazo - PMS, para posterior aprovação. Apenas três dos doze CMS, com os quais foi realizado grupo focal, afirmaram haver participação ainda na fase de elaboração, via Comissões (João Pessoa, Campina Grande e Cajazeiras). Um deles citou a participação de membros do CMS em audiências públicas para elaboração do PMS (Campina Grande). Um dos CMS relatou desconhecer completamente o processo (Santa Inês). De forma geral, os CMS reforçaram a necessidade de a gestão municipal viabilizar mecanismos para maior participação do Controle Social, no planejamento das ações de saúde, na fase de elaboração propriamente dita.

A maioria dos Conselhos não considera as necessidades de saúde da população totalmente contempladas no planejamento da AB, tendo em vista que a integralidade e universalidade das ações não são garantidas e que certas demandas importantes não são priorizadas. Um frisou que os pleitos do CMS não são levados muito em consideração (Guarabira).

Os gestores de UBS, questionados sobre os instrumentos de planejamento da AB, pouco se referiram ao planejamento de longo prazo – PMS, declarando, a grande maioria, até mesmo desconhecimento de seu conteúdo. Fizeram alusão ao planejamento operacional, ou seja, a instrumentos como agenda de ações a serem executadas, de acordo com indicadores informados pela SMS, ou os programas implementados na AB.

Em se tratando do levantamento das necessidades, os gestores de UBS informaram que a participação das eSF se dá mais formalmente nos municípios de grande porte, porquanto as reuniões são mais frequentes com a Gerência/Diretoria do Distrito. Nos municípios de menor porte, as reuniões são realizadas com a Coordenação da AB e, na sua inexistência, com o titular da SMS. De maneira geral, estas são focadas nos programas/projetos preconizados pelo MS – PMAQ, NASF, onde são discutidas as ações e, em decorrência delas, as necessidades a serem supridas. As carências de equipamentos, obras e serviços de engenharia, que requerem despesa de maior monta, são normalmente levantadas anualmente.



Perguntados sobre a inclusão no planejamento da SMS das necessidades levantadas nas UBS, a maioria dos gestores entrevistados referiu-se à solicitação de materiais, comunicação de férias de profissionais para substituição, solicitação de reparos na estrutura física e/ou equipamentos, solicitação de profissionais etc, declarando serem atendidos, na medida do possível, pela SMS.

Interessante destacar que, dentre os canais de comunicação utilizados pelas UBS e as SMS, no sentido de informar as necessidades das primeiras, os mais citados foram, em ordem decrescente: WhatsApp (que viabilizou inclusive o envio de fotos, evidenciando alguma situação); o telefone celular (de propriedade do gestor da UBS); diretamente com a SMS (para necessidades singulares ou durante reuniões) e diretamente com o Distrito (nos casos dos municípios que possuem esta divisão territorial para a saúde). Foram ainda lembrados o envio de malote, e-mails e memorando. Um dos municípios afirmou que a comunicação normalmente é feita diretamente com o Prefeito, transpondo o gestor de saúde do município (Santa Inês).

Das evidências descritas, têm-se como causas:

- inexistência e/ou deficiência de metodologia formal para o levantamento das necessidades de saúde da população na atenção básica;
- precariedade dos instrumentos de planejamento de saúde em grande parte dos municípios;
- baixo apoio da SES às SMS, no levantamento das necessidades de saúde da população e/ou na elaboração do processo de planejamento em saúde;
- apoio insuficiente das SMS às UBS para levantamento das necessidades de saúde da população e planejamento da saúde;
- desconhecimento dos gestores das UBS quanto aos instrumentos de planejamento de saúde do Município;
- deficiência nos mecanismos de comunicação entre usuários e as UBS/SMS e entre as UBS e a SMS;
- pouca participação dos CMS na elaboração de diagnóstico e planejamento da AB nos municípios.

Entretanto, verificou-se como “boa prática”, a realização no Município de Guarabira do evento “Ciranda da Saúde e Cidadania” como canal de comunicação (escuta) entre a população e a SMS/UBS sobre suas necessidades e para o planejamento da saúde.

Visando afastar as referidas causas, tem-se como sugestão para o TCU que recomende ao MS, a articulação, por meio da CIT, com os Estados e Municípios, a fim de elaborar diretrizes para o levantamento das necessidades de saúde da população.

Cabem também, as seguintes recomendações à SES, para desenvolver ações de apoio técnico aos Municípios, visando contribuir no processo de planejamento voltado para a atenção básica, a exemplo de capacitação, disponibilização de técnicos para auxiliar os municípios etc. e às SMS, para:

- elaborar diretrizes para o levantamento das necessidades de saúde da população, em articulação com o governo estadual e federal, por meio da CIB e CIT;
- aprimorar a elaboração dos instrumentos de planejamento de saúde, observando o preconizado no Decreto nº 7508/2011 e pela LC nº 141/2012;



- promover a implantação ou aperfeiçoamento dos canais de comunicação entre usuários e a UBS/SMS e entre UBS e SMS, de modo que as necessidades da população sejam contempladas no planejamento de saúde municipal;
- desenvolver e/ou aprimorar ações para fomentar a participação dos conselhos de saúde nas etapas de diagnóstico e elaboração do planejamento das ações de saúde municipais.

Pretende-se, a partir dessas recomendações, que passe a existir uma identificação mais acurada das necessidades de saúde da população, de modo a subsidiar o planejamento das ações da Atenção Básica, promovendo-se a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a implementação de ações ainda não ofertadas nesse nível de atenção, assim como uma maior participação do controle social no planejamento das ações de saúde do município.

#### **4.2 Articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à saúde**

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, aprovada pela Portaria MS nº 2.488/2011, define a organização de Redes de Atenção à Saúde - RAS como estratégia para um cuidado integral<sup>13</sup> e direcionado às necessidades de saúde da população. Segundo a PNAB, “as RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial”. A Atenção Básica constitui “o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral”.

A Lei Orgânica do SUS (Lei Federal nº 8.080/90) já previa a organização das redes de ações e serviços de saúde e a integração das ações e serviços dos entes federados, a partir do estabelecimento de diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e outros aspectos, tendo como foros de negociação e pactuação entre gestores as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB e CIT<sup>14</sup>. À direção estadual do SUS caberia o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do Sistema e à direção municipal participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada, em articulação com sua direção estadual.

Em 2006, foi firmado pelas três esferas de gestão do SUS (União, Estados e Municípios), em reunião da CIT, o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS Nº 399/2006), que se constituía em um conjunto de reformas institucionais do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema, ao redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. O Pacto pela Saúde, fundamentado em três dimensões (Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão), representa, assim, em uma tentativa de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio do estabelecimento de metas comuns com indicadores.

Com a regulamentação da Lei Orgânica do SUS, por meio do Decreto Federal nº 7.508/2011, ocorrida somente duas décadas após o advento do SUS, reforçou-se, mais uma vez, a

---

<sup>13</sup> A integralidade do cuidado consiste em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade.

<sup>14</sup> Acréscimo dos arts. 14-A e 14-B pela Lei nº 12.466, de 2011.



necessidade de articulação entre os três níveis de atenção, visando à integralidade da assistência à saúde:

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

...

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Na Seção II do Decreto mencionado, o artigo 33 institui um novo instrumento de organização da rede interfederativa de atenção à saúde – o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP, cujas normas de elaboração e fluxos deverão ser pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Entretanto, desde 2008 havia sido instituída a Política Nacional de Regulação - PNR do SUS, por meio da Portaria MS nº 1.559/2008, objetivando:

- estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho;
- fortalecer os instrumentos de gestão do SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde;
- fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde; e
- possibilitar a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas três esferas de governo.

Segundo a PNR, o processo comporta três categorias de regulação: de Sistema de saúde, da Atenção à saúde e do Acesso à assistência, sendo definidas ações gerais e específicas para cada dimensão.

A regulação é assim particularizada até a dimensão assistencial, cujas ações específicas são:

- regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A portaria em tela confere ao gestor estadual a responsabilidade de coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.



A estrutura operacional das ações de regulação do acesso, denominada Complexo Regulador, e sua abrangência, são pactuadas entre os gestores, segundo modelos e Centrais a seguir:

**QUADRO 1- MODELOS DE COMPLEXO REGULADOR**

| <b>MODELOS DE COMPLEXO REGULADOR</b> | <b>GESTÃO E GERÊNCIA</b>   | <b>ATRIBUIÇÃO</b>   |
|--------------------------------------|--|---|
| <b>Estadual</b>                      | Secretaria de Estado da Saúde  | Regular o acesso às unidades de saúde sob a gestão estadual e a referência interestadual e intermediar o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.                       |
| <b>Regional</b>                      | Secretaria de Estado da Saúde  | Regular o acesso às unidades de saúde sob a gestão estadual e intermediar o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado. |
|                                      | Compartilhada, entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região | Regular o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado.   |
| <b>Municipal</b>                     | Secretaria Municipal de Saúde  | Regular o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantir o acesso da população referenciada, conforme pactuação.   |

**QUADRO 2 - CENTRAIS DO COMPLEXO REGULADOR**

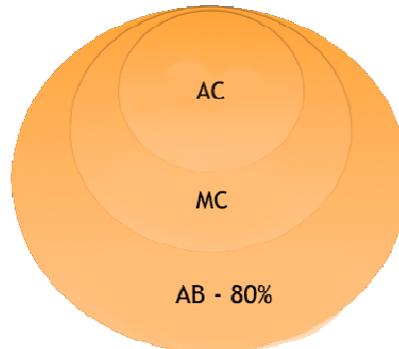
| <b>CENTRAL DO COMPLEXO REGULADOR</b>         | <b>ABRANGÊNCIA</b>   |
|--|--|
| <b>Regulação de Consultas e Exames</b>       | Acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais                                    |
| <b>Regulação de Internações Hospitalares</b> | Acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, aos leitos hospitalares de urgência |
| <b>Regulação de Urgências</b>                | Atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, acesso aos leitos hospitalares de urgência               |

**4.2.1 Deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.**

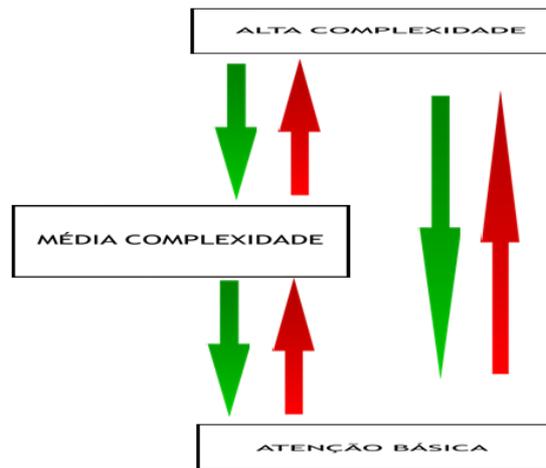
Ao se examinar como as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde atuam para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção, foram constatadas deficiências nos processos de referência e contrarreferência, traduzidos no mecanismo administrativo – gerencial que visa adequar a operacionalização do SUS, com o encaminhamento (referenciamento) do usuário que necessita de um atendimento em um nível de complexidade

maior e, depois de atendido, com o reencaminhamento (contrarreferenciamento) para a continuidade do atendimento no nível de complexidade menor.

**FIGURA 8– NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUS**



**FIGURA 9 – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**



De início, observa-se que a Programação Pactuada e Integrada – PPI vigente, aprovada em CIB em 12/07/2010, não foi revista para reavaliação dos fluxos e referências estabelecidos, havendo somente atualizações pontuais, não sendo, por este e outros motivos, devidamente cumprida. Nessa conjuntura e sem avanços significativos nos diálogos entre os entes estadual e municipais, objetivando novas negociações, existe pouca perspectiva quanto à adesão do Estado da Paraíba ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, como instrumento substituto da PPI, segundo entrevistas com os Secretários Municipais de Saúde da amostra.

O Plano Estadual de Saúde – PES para 2012/2015, ao comunicar a intencionalidade política da SES, afirma como compromisso de governo a organização das Redes de Atenção à Saúde, de forma articulada com as Secretarias de Saúde dos Municípios, a partir das Regiões de Saúde, na perspectiva de desconcentrar a oferta de ações e serviços de saúde que, historicamente, na Paraíba, concentrou-se na capital, João Pessoa, e em Campina Grande, segunda maior cidade do estado.



Em entrevista junto à equipe técnica da SES, foi informado que a articulação da Atenção Básica com os demais níveis (média e alta complexidades) tem se pautado, basicamente, nas Redes de Atenção Prioritárias – Redes Cegonha, de Atenção às Urgências e Emergências, Psicossocial, Doenças e condições crônicas e de Cuidado à pessoa com deficiência<sup>15</sup>.

Não obstante as intenções da SES, a principal dificuldade citada pelos profissionais médicos e enfermeiros das UBS visitadas nos municípios da amostra, quanto ao encaminhamento de pacientes da Atenção Básica, foi, à unanimidade, a oferta insuficiente de ações e serviços de média e alta complexidade, ressaltando todos os entrevistados a demora para realização de exames, consultas e procedimentos com especialistas e, muitas vezes, a não realização.

Secretários de Saúde dos Municípios, por seu turno, evidenciaram que os Consórcios Intermunicipais de Saúde existentes têm como finalidade oferecer atendimento especializado de saúde aos municípios, na tentativa de suprir o vácuo existente na PPI. Na Paraíba, foram constituídos cinco Consórcios Intermunicipais de Saúde: *Região do Vale do Piancó, Cariri Ocidental, Cariri Oriental – CISCOR, Curimataú e Seridó Paraibano e Municípios do Alto Sertão Paraibano – AME*.

“O desenvolvimento de consórcios intermunicipais de saúde ocorreu tendo como contexto a implantação da descentralização da responsabilidade pela atenção à saúde e a adoção desse instrumento foi um recurso utilizado pelos gestores para superar de forma cooperativa dificuldades na execução das novas funções assumidas. (ABRUCIO; COSTA apud GUIMARÃES, 2003, p. 27).

Contudo, na impossibilidade de fazer uso de procedimentos pactuados com outros entes públicos, a grande maioria dos municípios recorre à estrutura privada conveniada do SUS ou mesmo contrata instituições de saúde particulares para realização de exames, consultas e cirurgias, praticando preços de mercado, inflando seus gastos com média e alta complexidade.

Secretários de Saúde dos Municípios da amostra, em entrevista, citaram a desatualização da tabela do SUS<sup>16</sup>, que não renumera adequadamente os serviços e procedimentos de saúde (via Sistemas SIA - ambulatorial, SIH - hospitalar, OPM – órtese, prótese e materiais), e da quota mensal de procedimentos e exames por Município, como uma das principais dificuldades para referenciar pacientes da AB, tanto dentro das pactuações com outros entes públicos como na contratação com rede privada.

Quanto à regionalização solidária e cooperativa para a descentralização, prevista no Pacto pela Saúde, foram instituídos, à época da versão inicial (2006), 25 (vinte e cinco) Colegiados de Gestão Regional – CGR<sup>17</sup>. Todavia, segundo consta no PES 2012/2015, em 2011 houve uma reavaliação desses colegiados, constatando-se que muitos não cumpriam os requisitos estabelecidos no art. 5º do Decreto nº 7.508/11, restando, por fim, a divisão territorial em dezesseis regiões de saúde, às quais correspondem dezesseis Comissões Intergestores Regionais – CIR<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> Foram encaminhados pela SES protocolos e desenhos de grades de referência de algumas destas redes.

<sup>16</sup> As atualizações foram aprovadas por meio ainda das Portarias MS 1101/02 e 2488/07.

<sup>17</sup> Agreste Saúde, Alto Sertão, Atlântico, Avanço ANUG, Cariri Ocidental, Conceição, Curimataú e Seridó Paraibano, Curimataú Oriental, Fazenda Acontecer, Fonte de Água Viva, Itaporanga, Patos, Piancó, Piemont da Borborema, Princesa Isabel, Região do Brejo Paraibano, Regional da Borborema, Renascer do Brejo, Securi, Sertão Saúde, Sousa, Terra de Maringá, UNIVALE, Vale da Paraíba e Vale do Mamanguape.

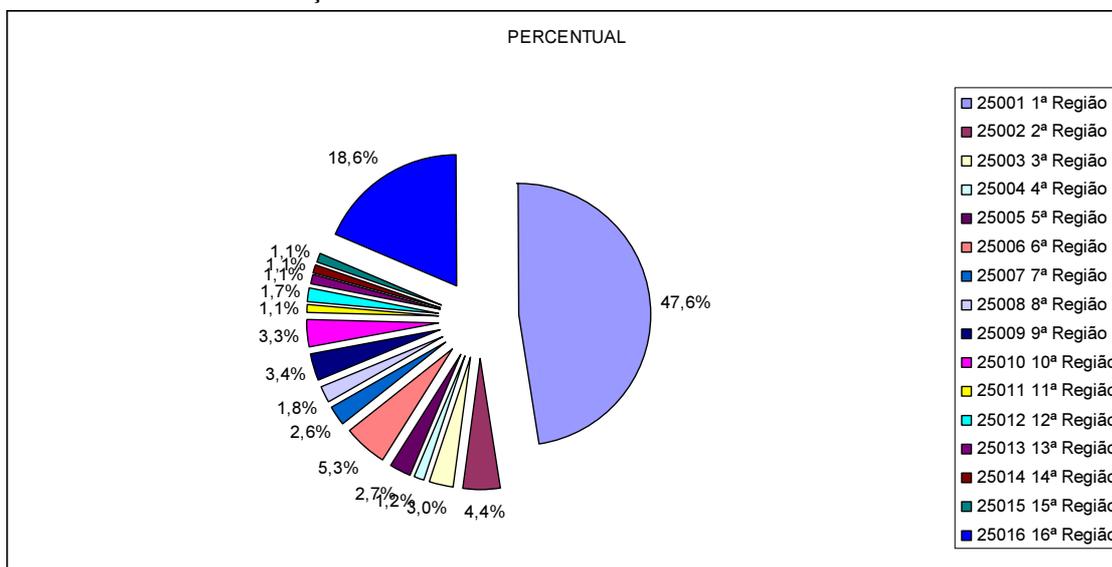
<sup>18</sup> A divisão territorial foi explicitada na Introdução – Contextualização do objeto de auditoria. O primeiro Plano Diretor Regionalizado - PDR da Paraíba foi elaborado em 2001; em 2008, houve um redesenho, a partir de oficinas reunindo gestores municipais e equipe da SES.

De acordo com Lima *et al.* (2012)<sup>19</sup>, “a adesão dos governos subnacionais ao Pacto (pela Saúde) pode ocorrer sem que a regionalização seja de fato fortalecida e sem que esta represente qualquer avanço para a descentralização do sistema em âmbito estadual...As experiências revelam que falta avançar na configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento que possam apoiar a conformação de sistemas públicos de saúde regionais em diferentes recortes territoriais...”

De fato, ainda é significativa a limitação e má distribuição da estrutura de média e alta complexidade no Estado. As 1ª e 2ª Macrorregiões (que compreendem João Pessoa e Campina Grande, respectivamente) concentram 74,37% do total de estabelecimentos públicos (estaduais e municipais) de Média Complexidade Ambulatorial, 66,67% de Média Complexidade Hospitalar, 74,4% de Alta Complexidade Ambulatorial e 75% de Alta Complexidade Hospitalar (Dados do CNES-Out/14).

No que concerne ao universo dos estabelecimentos de Média Complexidade e Alta Complexidade (clínicas e ambulatórios especializados, hospitais gerais e especializados, policlínicas, pronto atendimentos, pronto socorros especializados e gerais, consultórios e unidades de serviço de diagnose e terapia – prestadores públicos, filantrópicos e privados), as 1ª e 16ª Regiões de Saúde (que compreendem João Pessoa e Campina Grande, respectivamente) absorvem juntas 66,2% do total geral. Na outra ponta, sete das dezesseis regiões contam com menos de 2% do total geral, cada.

**GRÁFICO 6– DISTRIBUIÇÃO MC E AC POR REGIÃO DE SAÚDE**



Elaborado a partir de dados do CNES/MS, out/2014.

Em relação ao tipo de prestador, do total de estabelecimentos de Média Complexidade e Alta Complexidade existentes na Paraíba, 59% são públicos e 40% são privados, representando o restante 1% estabelecimentos filantrópicos e sindicatos.

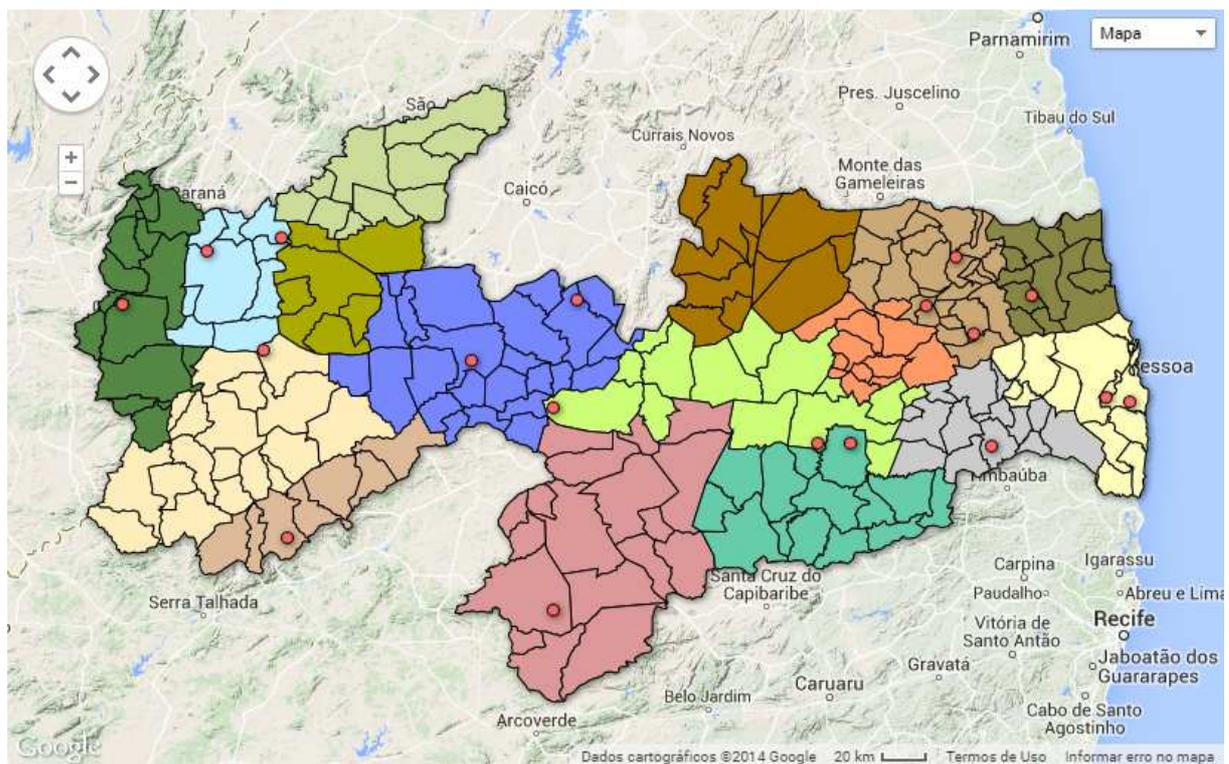
Especificamente no que diz respeito aos equipamentos hospitalares nos quais o Estado é o prestador do serviço, a rede é composta por duas instituições com perfil de Traumatologia

<sup>19</sup> LIMA, Luciana Dias de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes do Pacto pela Saúde no Brasil.

(uma em João Pessoa e outra em Campina Grande), duas de Psiquiatria (ambas em João Pessoa), uma de Infectologia (em João Pessoa), duas de Pediatria (João Pessoa e Patos), quatro de Obstetrícia (João Pessoa, Monteiro, Patos e Coremas), uma de Obstetrícia/Pediatria (Sousa) e 21 (vinte e um) hospitais gerais (57,7% do conjunto), totalizando 2.111 (dois mil, cento e onze) leitos. Fazem parte ainda da rede estadual quatro Unidades de Pronto Atendimento – UPA, localizadas em Santa Rita, Guarabira, Princesa Isabel e Cajazeiras, representado, todavia, estabelecimentos que não possuem internação.

Segundo informação do Núcleo de Assistência Hospitalar – NAH, da Gerência de Assistência à Saúde – GEAS, da SES, os vinte e um hospitais de perfil geral do Estado estão assim distribuídos: oito na 1ª Macrorregião, ou seja, 38% do total (nos municípios de Itapororoca, Mamanguape, Belém, Guarabira, Lagoa de Dentro, Serraria, Solânea e Itabaiana), três na 2ª Macrorregião – 14% (Queimadas, Taperoá e Picuí), sete na 3ª Macrorregião – 34% (Patos, Santa Luzia, Aguiar, Itaporanga, Piancó, Princesa Isabel e Pombal) e três na 4ª Macrorregião – 14,3% (Catolé do Rocha, Cajazeiras e Sousa). Todavia, o mapa disponibilizado pela GEPLAN/SES, mostra a localização de apenas dezoito estabelecimentos do tipo<sup>20</sup>.

**FIGURA 10– MAPA COM LOCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS GERAIS DO ESTADO**



Fonte: <http://infosaudepb.saude.pb.gov.br>

Quanto a estabelecimentos públicos municipais, as 1ª e 16ª Regiões de Saúde (João Pessoa e Campina Grande, respectivamente) respondem por 50,9% dos de Média Complexidade Ambulatorial, 45,6% de Média Complexidade Hospitalar, 59,9% de Alta Complexidade Ambulatorial e 79,3% de Alta Complexidade Hospitalar.

<sup>20</sup>[http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/estabelecimentossaude/cnesmapa?esfera\\_a= TODOS&tipo\\_estab=](http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/estabelecimentossaude/cnesmapa?esfera_a= TODOS&tipo_estab=)  
Acesso em: 26 de novembro de 2014.



Integram a rede hospitalar municipal de João Pessoa o Hospital Geral Santa Isabel, o Hospital Valentina Figueiredo, o Instituto Cândida Vargas e o Complexo Hospitalar Mangabeira, que atende Urgências clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, pronto-atendimento pediátrico, cirurgias eletivas em ortopedia<sup>21</sup>.

Agravando a situação de insuficiência e má distribuição da oferta de ações e serviços de média e alta complexidade, tem-se a inexistência, nos processos de referência e contrarreferência, de integração dos sistemas operados pelos Municípios e pelo Estado, tendo em vista a utilização de sistemas diversos e com interoperabilidade restrita, nos casos em que a regulação é informatizada.

Apesar do aporte financeiro feito pelo MS em 2006 e 2007, nos montantes de R\$ 642.331,38 e R\$ 378.294,62, respectivamente, não foram implantados Complexos Reguladores nas macrorregiões de saúde, o que permitiria ao Estado monitorar desequilíbrios entre oferta de demanda de serviços e descumprimento de pactuações<sup>22</sup>. Posteriormente, o Ministério da Saúde lançou uma nova versão de Sistema de Regulação *on line* - o SISREG III, objetivando regular de forma integrada toda a rede de atenção à saúde, encarregando os Estados da Federação de qualificar as equipes dos municípios que propusessem fazer uso do sistema e apoiá-los na configuração da Central<sup>23</sup>. Na Paraíba, o processo foi iniciado em março de 2013, tendo havido, entretanto, baixa adesão dos municípios, principalmente os de maior porte pois, como enfatizou a SES, a Portaria MS nº 2.907/2009 é apenas de incentivo financeiro para a ação, não existindo respaldo legal que obrigue o município a executá-la. O Município de João Pessoa, de maior capacidade instalada de média e alta complexidade, utiliza o Sistema Conquistatec<sup>24</sup> para Ambulatório e o SISREG I/MS para Internação.

Segundo a SES, na 1ª etapa do Projeto de Implantação dos Complexos Reguladores e Informatização das unidades de saúde, foi implantado o módulo ambulatorial em: Sumé, Monteiro, Itaporanga, Patos (referência para quarenta municípios), Pombal, Bayeux, Princesa Isabel e Piancó. Na 2ª etapa, em Juripiranga, Taperoá, Queimadas, Caapora, Uiraúna, Remígio, Alagoa Nova, Pocinhos, Bananeiras, Areia, Esperança, Lagoa Seca, Belém do Brejo do Cruz, São Bento, Cacimba de Dentro, Água Branca e Salgado de São Félix. Em Campina Grande (referência para setenta municípios), está se iniciando a configuração ambulatorial e João Pessoa solicitou ajustes do sistema para a nova versão do SISREG III, que o MS lançará no 2º semestre de 2015.

O Estado da Paraíba, até por consequência, ainda não implantou sua Central de Regulação, no modelo preconizado pelo MS, ou seja, um Complexo Regulador que integre e consolide informações de Complexos Reguladores das macrorregiões, a partir das informações dos Municípios. Conforme entrevista realizada com a equipe técnica da SES, o papel de intermediador do Estado “ficou inviabilizado pela falta de gestão dos serviços de saúde pelo Estado e pela não implantação em sua totalidade dos complexos reguladores municipais”.

<sup>21</sup> Fonte: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/gestao-hospitalar/>

<sup>22</sup> Portarias MS/SAS Nº 494/2006 e 3072/2007, que repassou recursos para os Fundos de Saúde Estadual e dos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa.

<sup>23</sup> O Projeto de Implantação dos Complexos Reguladores e Informatização das unidades de saúde no âmbito do SUS foi normatizado pela Portaria MS Nº 2.907/2009.

<sup>24</sup> Sistema da empresa CONQUISTA TECNOLOGIA.



Com efeito, a falta de regulação do Estado quanto ao encaminhamento de pacientes para consultas e exames, internações hospitalares e urgências, restou evidenciada no questionário eletrônico enviado aos Secretários Municipais de Saúde, onde 22,95% dos respondentes afirmaram ser o Estado o responsável pela regulação e 9,34% ser compartilhada entre o Município e Estado.

Quanto à articulação da AB com os demais níveis de atenção, além das precariedades já mencionadas quanto à - estrutura de média e alta complexidades no Estado, pactuação entre gestores da saúde e regulação entre os níveis de atenção a saúde -, evidenciaram-se ainda os seguintes problemas operacionais que impactam de forma negativa:

- fragilidade da estruturação matricial na Atenção Básica dos municípios;
- falta de prática de registro de contrarreferência, por parte de profissionais da MC e AC;
- ausência de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à UBS, após o encaminhamento para outros níveis de atenção.

A estruturação matricial se dá via Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, os quais, atuando junto às equipes de Saúde da Família e aos Programas Academia da Saúde e Consultório na Rua, amplia as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e abrangência. Através da discussão de casos clínicos com profissionais da AB, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos, reduzindo o quantitativo de encaminhamentos para níveis de maior complexidade.

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria. Esta composição é definida pelos gestores municipais, por critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas, e são oferecidas três modalidades<sup>25</sup>:

**QUADRO 3 – MODALIDADES DE NASF**

| MODALIDADE | Nº DE eSF VINCULADAS                           |
|------------|--|
| NASF 1     | 5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas |
| NASF 2     | 3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas |
| NASF 3     | 1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas |

Em resposta aos questionários eletrônicos, 44,8% dos Secretários de Saúde Municipais informaram não ter sido ainda implantado qualquer Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF em seu território. Consulta ao CNES (Ref. Set/2014) demonstra a situação desta

<sup>25</sup> Portarias MS Nº154/08, 2488/11 e 3124/12.



estrutura matricial no Estado da Paraíba, revelando ainda a ausência de implantação de 26,84% dos NASF credenciados pelo MS:

**TABELA 4 –NASF/PARAÍBA**

| NASF 1       |                             | NASF 2       |                             | NASF 3       |                             |
|--------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|
| Credenciados | Cadastrados/<br>Implantados | Credenciados | Cadastrados/<br>Implantados | Credenciados | Cadastrados/<br>Implantados |
| 147          | 112                         | 52           | 37                          | 73           | 50                          |

Segundo médicos e enfermeiros entrevistados, a falta de registro de informações de contrarreferência é a principal dificuldade na continuidade do atendimento ao usuário da AB. Em resposta ao questionários eletrônico, 54,26% dos Secretários Municipais de Saúde atestaram a inexistência de registro de contrarreferência, citando como motivos:

- ausência de fluxos de referência e contrarreferência (61,19%);
- falta de conhecimento/capacitação dos profissionais especialistas (50,75%);
- falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações (47,76%);
- desconhecimento da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à saúde e falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas centrais de regulação (31,34%).

Como referido, foi constatada ainda a ausência de controle sistemático, por parte das Secretarias de Saúde dos Municípios, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à UBS, após o encaminhamento para outros níveis de atenção. Segundo entrevistas com titulares da pasta, nem mesmo os municípios de grande porte, como João Pessoa e Campina Grande, possuem este tipo de controle sistemático.

Como efeitos derivados das deficiências evidenciadas na articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, podem ser aduzidos:

- restrição do acesso da população à média e alta complexidades;
- sobrecarga dos Municípios de maior porte, pela absorção do excesso de demanda por serviços de complexidade maior;
- necessidade de municípios pequenos contratarem com a rede privada serviços especializados para que possam oferecê-los à população;
- crescentes demandas judiciais para acesso a serviços de média e alta complexidades (“judicialização” da saúde);
- eventuais encaminhamentos desnecessários para MC e AC;
- necessidade de suplementação financeira, por parte dos municípios, para que pacientes tenham acesso a procedimentos e atendimento especializado;
- prejuízo à continuidade do cuidado dos pacientes, enfraquecendo o papel da AB como coordenadora do cuidado à saúde, em razão de falhas na contrarreferência;
- desconhecimento dos gestores estaduais e municipais do grau de resolutividade da AB.

Em razão das constatações descritas e suas respectivas causas, sugerem-se as seguintes recomendações:

- SES: (a) com vistas à assinatura do instrumento de gestão compartilhada COAP, coordenar o processo de atualização global da programação pactuada integrada da atenção em saúde no Estado, a partir da revisão dos fluxos de referência e contrarreferência entre os diversos níveis de complexidade, considerando as abrangências intermunicipais e regionais; (b) a partir de um



planejamento regional, ampliar e melhor distribuir a estrutura de média e alta complexidade; (c) instalar sua Central de Regulação, de forma a integrar e consolidar a regulação em nível estadual; (d) implementar estratégias para o desenvolvimento da estruturação matricial na Atenção Básica dos municípios; (e) em articulação com as SMS, criar mecanismos que institucionalize o preenchimento /registro da contrarreferência; (f) apoiar os Municípios no estabelecimento de controles (percentual de encaminhamentos da AB para a MC e AC e tempo médio de retorno após encaminhamento) e monitorar e consolidar os resultados; (g) articular-se com as demais entidades e órgãos de representação estadual e nacional para a rediscussão da tabela SUS (SIA, SIH, OPM) e da quota mensal de procedimentos por Município.

- CIR e CIB: (a) articularem-se para o estabelecimento de fluxos claros e atualizados de integração da Atenção Básica com os demais níveis; (b) articularem-se para a rediscussão da tabela SUS (SIA, SIH, OPM) e da quota mensal de procedimentos por Município.

- SMS: (a) proceder ao levantamento preciso e sistemático de sua capacidade instalada e/ou demanda reprimida de MC e AC; (b) aprimorar seu sistema de regulação e viabilizar a integração (interoperabilidade) com os demais sistemas de regulação utilizados pelos demais Municípios e pelo Estado; (c) fortalecer e induzir a estruturação matricial, por meio da implantação de NASF; (d) em articulação com a SES, criar mecanismos que institucionalize o preenchimento /registro da contrarreferência; (e) estabelecer controles do percentual de encaminhamentos da AB para MC e AC e do tempo médio de retorno, após encaminhamento através de indicadores específicos.

Espera-se sejam alcançados, com a implementação das recomendações relacionadas, os seguintes benefícios:

- ✓ organização das redes e fluxos assistenciais, de forma a garantir a continuidade e a integralidade do cuidado;
- ✓ redução do desequilíbrio de oferta e acesso do usuário aos diversos níveis de atenção;
- ✓ aumento e melhor distribuição territorial da capacidade instalada de MC e AC;
- ✓ mais transparência e racionalização dos fluxos assistenciais, a partir da integração dos sistemas de regulação dos Municípios e do Estado;
- ✓ fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde; ;
- ✓ aumento da resolutividade da AB, pela maior abrangência e diversidade de suas ações;
- ✓ incremento na retaguarda especializada da AB, reduzindo os encaminhamentos para os demais níveis de atenção;
- ✓ melhoria na coordenação e na continuidade do cuidado, pela AB;
- ✓ criação de indicadores que permitam o conhecimento, pelos gestores, do grau de resolutividade da AB; e
- ✓ possibilidade de priorização dos investimentos em AB, por parte dos municípios.

### **4.3 Financiamento tripartite da Atenção Básica.**

#### **4.3.1 Ausência de contrapartida do Estado para os programas implementados pelos Municípios, à exceção de Assistência Farmacêutica.**

Segundo preceitua a PNAB, em seu item 3.1, IV, são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, contribuir com o financiamento tripartite da atenção básica, enquanto que



no item 3.3, inciso II, está disposto que compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços.

Nesse aspecto, em 27 de dezembro de 2002, entrou em vigor a Lei Estadual nº 7.255, que instituiu o incentivo ao Programa Saúde da Família (PSF), dispondo sobre o repasse regular e automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, prevendo que o valor do incentivo total ao PSF corresponderia a até 50% do mesmo valor repassado pelo Ministério da Saúde para esta mesma finalidade.

Já a Lei 8.080/90 previa como atribuição comum da União, dos Estados e Municípios a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde (art. 15, II), bem como a elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde (art. 15, X), presumindo-se que, para o planejamento da saúde, necessário se faz um diagnóstico que aponte as necessidades de financiamento dos municípios na atenção básica.

Ao se analisar as informações prestadas pelo Gestor Estadual ao SAGRES, bem como a partir de entrevistas e questionários efetuados junto às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, observa-se que, em que pese o Estado possuir atividades que indiretamente impactam na AB, não são realizadas contrapartidas para os programas específicos desse nível de atenção implementados pelos Municípios, à exceção do Programa de Assistência Farmacêutica.

De acordo com informações colhidas no SAGRES, o Governo do Estado aplicou, entre recursos federais transferidos e próprios, na subfunção (301 – Atenção Básica), no exercício de 2012, 2013 e até setembro/2014, em relação ao total aplicado na função 10 (saúde), os percentuais de 1,29%, 0,07% e 0,01%, respectivamente.

Dados do SAGRES evidenciam que, das despesas contabilizadas despesas na função saúde (10), em 2012, na ordem de R\$1.000.618.015,92, apenas R\$ 12.924.724, foram gastos na subfunção “Atenção Básica” (301) e destes somente R\$ 1.691.101,86 foram financiados com recursos estaduais (FES), dos quais 98,08% voltaram-se à aquisição de materiais de consumo destinados ao Hemocentro.

Com relação ao exercício de 2013, dados do SAGRES revelam que foi aplicado em Saúde (função 10) o montante de R\$1.096.659.502,58, deste o valor de R\$736.193,37 foi contabilizado na subfunção 301 (Atenção Básica), do qual apenas R\$241.427,14 foram financiados com recursos estaduais, correspondendo a apenas 0,02% das despesas da função saúde.

Por sua vez, no exercício de 2014, segundo o SAGRES, até setembro, foram registradas despesas na função saúde, que totalizam R\$888.264.186,09. Na subfunção Atenção Básica, foram registradas despesas na ordem de apenas R\$97.719,39. Desse valor, foram utilizados ínfimos R\$19.638,33 dos recursos de origem estadual (FES).

Muito embora a SES tenha informado, em entrevista, que efetua repasses sistemáticos aos municípios para suporte do financiamento tripartite da AB, a própria secretaria reconhece que o único programa beneficiado com a contrapartida estadual, trata-se da assistência farmacêutica, que é regulado pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013. Não houve referência, na



entrevista efetuada à SES, a respeito do repasse aos municípios de acordo com o que estabelece a Lei Estadual nº 7.255/2002 (incentivo ao PSF).

Tal informação da SES ratifica aquelas fornecidas pelos Secretários Municipais entrevistados, que foram unânimes em registrar que o Governo do Estado não transfere a contrapartida, quando se sabe que o financiamento deveria ocorrer de forma tripartite.

Identificaram-se como razões para a ausência de repasse pelo Estado aos Municípios a não priorização da atenção básica por parte de Gestor Estadual, bem como a inobservância da Lei Estadual que disciplina o repasse aos municípios, estabelecido pela Lei nº 7.255/2012. Verifica-se ainda que contribui para a omissão do gestor a falta de um diagnóstico que aponte as necessidades de financiamento dos municípios na atenção básica.

A ausência de repasses relativos ao financiamento tripartite por parte do Governo do Estado acarreta sobrecarga financeira por parte dos municípios, dificultando-os arcar com as despesas, bem como investir para melhorar os serviços prestados pela Atenção Básica. Tem-se ainda por conseqüência, a baixa resolutividade da Atenção Básica, o comprometimento da qualidade dos serviços prestados nas UBS e a busca mais intensa por outros níveis de atenção da saúde.

Em razão do exposto, sugere-se:

- determinar ao Governo do Estado, cumprir a Lei Estadual nº 7.255/2002, que institui o Incentivo ao Programa Saúde da Família e dispõe sobre o repasse regular e automático de recursos do FES para os Fundos Municipais de Saúde.
- recomendar ao Governo do Estado/SES, destinar recursos do financiamento tripartite compatíveis com as reais necessidades da Atenção Básica dos Municípios.
- recomendar à SES: (a) orientar as SMS, diretamente e por meio das GRS, CIR e CIB, sobre a observância aos critérios estabelecidos na Lei Estadual nº 7.255/2002, com vistas ao recebimento de recursos da SES, voltados à Atenção Básica dos Municípios; (b) realizar um diagnóstico que aponte as necessidades de financiamento da Atenção Básica dos Municípios.

Com o cumprimento da sobredita determinação e implementação das recomendações ora expostas, almeja-se a garantia de mais recursos para a Atenção Básica, o que permitirá melhorias na prestação dos serviços e maior resolutividade desse nível de atenção.

#### **4.3.2 Distribuição não equitativa dos recursos da saúde.**

A Constituição Federal, em seu art. 198, §3º, II, traz à tona dispositivo que informa o objetivo pretendido quanto aos critérios que nortearão o rateio dos recursos da União e dos Estados vinculados à saúde, qual seja, a progressiva redução das disparidades regionais.

Neste aspecto, o artigo 17 da Lei Complementar nº 141/12, reforça o dispositivo constitucional supracitado ao destacar que o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, de forma a atender ao objetivo do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal, acima referido.



Não obstante a inobservância do Estado em cumprir a determinação de efetuar repasses aos municípios, nos termos da Lei Estadual nº 7.255/2002, haja vista que não há qualquer evidência nesse sentido, ao se analisar os critérios previstos para esses repasses voltados à AB, verifica-se que os mesmos não expressam a perspectiva da equidade da distribuição de valores.

Levantamento efetuado a partir das informações do SAGRES, quanto aos gastos consolidados por município na função saúde (10) e dados do IBGE, relativos à população estimada para o ano de 2013, demonstra, em termos de despesas da saúde per capita, uma variação de expressiva entre municípios do Estado.

Tome-se como exemplo o gasto em saúde per capita em municípios, que se situou abaixo de R\$ 300,00/hab, a exemplo de Umbuzeiro (R\$ 200,04/hab), Itapororoca (R\$ 248,40/hab), Baía da Traição (R\$ 274,86/hab), Manaíra (R\$ 284,99/hab), Bayeux (R\$ 287,00/hab) e Fagundes (R\$ 297,72/hab); enquanto outros municípios tiveram gastos em saúde per capita que superaram R\$ 1.000,00/hab, a exemplo de Areia de Baraúnas (R\$ 1.036,20/hab), São José do Brejo do Cruz (R\$ 1.053,89 /hab), Quixaba (R\$ 1.056,89/hab), Sumé (R\$ 1.160,41/hab), Piancó (R\$ 1.200,17/hab) e Coxixola (R\$ 1.217,92/hab).

Contribui para a ocorrência da distorção acima apontada o fato de que não há previsão, na PNAB, de critérios objetivos para a distribuição dos recursos dos Estados para os seus Municípios.

Diante do que foi relatado, sugere-se recomendar à SES articular e pactuar em CIB e CIT: (a) a concepção de critérios que busquem a equidade na distribuição de recursos; e (b) a possibilidade de constituição de um fundo contábil multigovernamental, a exemplo do FUNDEB, no sentido de distribuir com equidade os recursos da saúde. No caso da repartição de recursos estaduais, articular e pactuar em CIB a criação de outros critérios que contemplem a equidade nas transferências aos municípios, encaminhando-os ao CES, com vistas a promover ajustes na Lei Estadual nº 7.255/2002.

A partir da implementação das recomendações ora propostas, busca-se a distribuição equitativa dos recursos da saúde, voltados à AB.

#### **4.3.3 Registros contábeis não permitem a identificação da alocação dos recursos estaduais e municipais, por nível de atenção.**

A Lei nº 8.080/90 atribui à União e a cada um dos entes federados a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde (art. 15, II). A referida gestão dos recursos da saúde, no tocante ao registro contábil das despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde está a cargo dos órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que devem observar, para fins do mencionado registro, as normas editadas pelo órgão central de contabilidade da União, segundo dispõe o art. 32 da Lei Complementar nº 141/12.

Dentre as normas que se voltam à contabilização das despesas, a Portaria MPOG nº42/1999 ao estabelecer a classificação funcional da despesa, determinou o registro de recursos da saúde na função 10 -“Saúde”, prevendo, como forma de contemplar despesas por nível de



atenção, a subfunção 301 – “Atenção Básica”, não estabelecendo, entretanto, outras subfunções voltadas especificamente aos demais níveis de atenção.

A partir da análise das informações prestadas ao SAGRES, foram observadas falhas e inconsistências nos registros contábeis da alocação de recursos da Atenção Básica.

No tocante aos gastos do Estado, segundo o SAGRES, em 2012, observou-se que os gastos da AB (subfunção 301), foram realizados em apenas um programa (Saúde Cidadã – 5154) que, por sua vez, contabilizou despesas em duas ações: 4679 – Fortalecimento da Atenção Primária em Municípios e 4734 – Ampliação, Estruturação e qualificação na Assistência Hemoterápica.

Os gastos na ação 4679 – Fortalecimento da Atenção Primária em Municípios, na ordem de R\$1.106.814,25, voltaram-se preponderantemente com gerência de saúde da Administração Penitenciária (R\$533.208,68), regularização de bloqueios judiciais de contas (R\$127.525,34) e fornecimento de passagens aeres para atender aos órgãos e entidades da Administração Pública do Estado da Paraíba (R\$200.000,00). Tais despesas corresponderam a 77,80% dos gastos registrados nessa ação (4679). A outra ação da AB (4734 – Ampliação, Estruturação e qualificação na Assistência Hemoterápica) voltou-se a gastos destinados ao Hemocentro-PB.

Já em 2013, constatou-se que os gastos da AB (subfunção 301), que também foram registrados em apenas um programa (Saúde Cidadã – 5154), contabilizou despesas em uma única ação: 4679 – Fortalecimento da Atenção Primária em Municípios. Tal ação registrou gastos de apenas R\$736.193,37 e destinaram-se preponderantemente à glosa de convênios (R\$232.500,36), gastos com folha de produtividade da gerência de saúde da Administração Penitenciária (R\$240.040,53), despesas com passagens aéreas para órgãos e Entidades da Administração Pública Estadual (R\$97.281,21) e dispêndios com almoço, coffee break, sonorização e imagem para eventos da Gerência da Atenção à Saúde (R\$102.328,00). Tais gastos corresponderam a R\$672.150,10, equivalente a 91,30% dos gastos da AB.

Não foi evidenciado, no SAGRES, o registro contábil do repasse aos municípios dos recursos relativos à assistência farmacêutica para a atenção básica, nos termos da Portaria GM/MS nº 1.555/2013, os quais deveriam estar contabilizados na subfunção 301, conforme a Portaria MPOG 42/1999.

De acordo com a entrevista realizada na SES, as informações contábeis não permitem que sejam retiradas informações de cunho gerencial e inexistem outros mecanismos para identificar os gastos realizados na AB.

Com relação à fiscalização da aplicação dos recursos destinados à atenção básica, não houve unanimidade dos membros do Conselho Estadual de Saúde, por ocasião do grupo focal, de que é realizada tal fiscalização, sendo citadas como principais dificuldades a falta de capacitação ou de assessoria dos membros do conselho para examinar os demonstrativos contábeis, a não disposição de informações necessárias para acompanhar a execução dos gastos (acesso a documentos) e a falta de transparência dessas informações.

Com relação à fiscalização por parte dos Conselhos Municipais de Saúde, dos recursos empregados na AB, essa ocorre, de um modo geral, de forma limitada, em razão de não disporem de informações necessárias e da falta de capacitação de seus membros. Destaque-se que dois CMS da amostra informaram não exercer qualquer fiscalização dos recursos da AB.



Ante ao exposto, propõe-se:

- recomendar à SES e às SMS promover a capacitação permanente dos membros dos conselhos de saúde para consecução de suas atribuições relativas à aplicação de recursos, dentre as qualificações previstas na Diretriz 11, do Plano Estadual de Saúde.
- alertar a SES e as SMS no sentido de ofertar demonstrativos contábeis e gerenciais mais claros aos órgãos de fiscalização (controle externo) e ao controle social.
- sugerir ao TCU que recomende ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão a revisão da Portaria MPOG 42/1999, para garantir uma classificação contábil que permita clara evidenciação dos gastos de saúde por nível de atenção.

Com a implementação das recomendações, alertas e sugestão, almeja-se a identificação, com maior precisão, dos gastos da saúde por nível de atenção, bem como a melhoria da atuação dos órgãos de fiscalização e do controle social.

## **5. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO**

Diante do exposto no presente relatório e visando contribuir para o aprimoramento dos serviços de Atenção Básica à saúde, prestados no Estado da Paraíba, submetemos este relatório à consideração superior, com as sugestões de deliberações apresentadas (recomendações e determinações, além de sugestões ao TCU e alertas aos Municípios), propondo-se que os gestores responsáveis apresentem Plano de Ação, conforme previsto na Resolução Normativa RN-TC-02/2012, contemplando as medidas necessárias para o cumprimento da determinação e implementação das recomendações, a seguir sugeridas, distribuídas por Eixo/Sub-eixo e por Achado de auditoria:

### **5.1 EIXO 1 – GESTÃO DE PESSOAS**

#### **5.1.1 Achado - Fragilidades na gestão de pessoal da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência.**

- I. Recomendações às SMS:
  - a) realizar levantamento (diagnóstico) das necessidades reais de alocação de pessoal da AB, considerando o perfil epidemiológico, a população coberta por equipe e a composição das equipes multiprofissionais;
  - b) promover a articulação com o governo estadual e federal (por meio da CIR e CIB, CONASS, COSEMS, CONASEMS), para discutir, programar e estabelecer uma política de financiamento da AB que se adeque à realidade dos Municípios;
  - c) desenvolver ações que promovam a permanência dos profissionais na Atenção Básica, a exemplo: concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários; gratificação e outros incentivos; melhores condições de trabalho (EPIs, materiais, equipamentos, transporte, insumos, infraestrutura).



### **5.1.2 Achado - Deficiência na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica.**

- I. Recomendações à SES e às SMS:
  - a) elaborar e manter atualizado o diagnóstico das necessidades de capacitação dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
  - b) elaborar ou reestruturar Plano de Educação Permanente, de forma ascendente e articulada, a partir dos Municípios, CIR, macrorregiões de saúde e CIB;
  - c) ofertar cursos de formação e capacitação continuada, de acordo com as necessidades dos gestores e profissionais da Atenção Básica e com o Plano de Educação Permanente.

## **5.2 EIXO 2 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

### **5.2.1 Achado -Ausência/insuficiência de estrutura técnica na SES e nas SMS, para o monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica.**

- I. Recomendações à SES:
  - a) dotar a própria Secretaria (em especial a Gerência de Atenção Básica) e suas GRS com pessoal capacitado e suficiente para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica;
  - b) institucionalizar o M&A da Atenção Básica na estrutura da secretaria, de forma coordenada com as estruturas regionais.
- II. Recomendações às SMS:
  - a) dotar a secretaria com pessoal capacitado e suficiente para o desenvolvimento das ações de M&A da Atenção Básica;
  - b) adequar a estrutura organizacional da secretaria, contemplando a atividade de M&A da Atenção Básica.

### **5.2.2 Achado - Utilização não sistêmica de indicadores, por parte da SES e das SMS, no monitoramento e avaliação da AB e no planejamento das ações de saúde.**

- I. Recomendação à SES no sentido de apoiar tecnicamente os Municípios para o uso de metodologia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da AB.
- II. Recomendações à SES e às SMS:
  - a) aprimorar os mecanismos de levantamento de dados para compor os indicadores e de verificação da confiabilidade dos dados;
  - b) fazer uso do portfólio de indicadores disponíveis como estratégia de aprimoramento da gestão da AB (DAB/MS) e introduzir indicadores de processos de trabalho;
  - c) promover divulgação dos indicadores da Atenção Básica.

### **5.2.3 Achado - Insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção e suporte técnico).**

- I. Recomendações à SES e às SMS:



- a) elaborar um diagnóstico da estrutura de TI que reflita as necessidades demandadas para a realização de monitoramento e avaliação da AB;
  - b) adequar a estrutura de TI para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico;
  - c) inserir na pauta de reunião da CIB e da CIT proposta de implantação e integração (interoperabilidade) dos sistemas informatizados de saúde.
- II. Recomendação à SES, no sentido de articular com o MS e os Municípios (por meio das CIT) a melhoria da qualidade da internet.

### **5.3 EIXO 3 – PLANEJAMENTO**

#### **5.3.1 Necessidades de saúde da população.**

##### **5.3.1.1 Achado - Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB no Estado.**

- I. Recomendações à SES:
- a) promover articulação com as SMS, visando a elaboração de diagnóstico sistemático das necessidades de AB, contendo especificidades locais e regionais;
  - b) aprimorar seus instrumentos de planejamento, com referência à AB, contemplando especificidades locais e regionais.

##### **5.3.1.2 Achado - Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB nos municípios.**

- I. Sugestão ao TCU, para que recomende ao MS a articulação, por meio da CIT, com os Estados e Municípios, a fim de elaborar diretrizes para o levantamento das necessidades de saúde da população.
- II. Recomendação à SES, para desenvolver ações de apoio técnico aos Municípios, visando contribuir no processo de planejamento voltado para a atenção básica, a exemplo de capacitação, disponibilização de técnicos para auxiliar os municípios etc.
- III. Recomendações às SMS:
- a) elaborar diretrizes para o levantamento das necessidades de saúde da população, em articulação com o governo estadual e federal, por meio da CIB e CIT;
  - b) aprimorar a elaboração dos instrumentos de planejamento de saúde, observando o preconizado no Decreto nº 7508/2011 e pela LC nº 141/2012;
  - c) promover a implantação ou aperfeiçoamento dos canais de comunicação entre usuários e a UBS/SMS e entre UBS e SMS, de modo que as necessidades da população sejam contempladas no planejamento de saúde municipal;
  - d) desenvolver e/ou aprimorar ações para fomentar a participação dos conselhos de saúde nas etapas de diagnóstico e elaboração do planejamento das ações de saúde municipais.



### **5.3.2 Articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à saúde**

#### **5.3.2.1 Achado - Deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.**

- I. Recomendações à Secretaria de Estado da Saúde – SES, para:
  - a) com vistas à assinatura do instrumento de gestão compartilhada COAP, coordenar o processo de atualização global da programação pactuada integrada da atenção em saúde no Estado, a partir da revisão dos fluxos de referência e contrarreferência entre os diversos níveis de complexidade, considerando as abrangências intermunicipais e regionais;
  - b) a partir de um planejamento regional, ampliar e melhor distribuir a estrutura de média e alta complexidade;
  - c) instalar sua Central de Regulação, de forma a integrar e consolidar a regulação em nível estadual;
  - d) implementar estratégias para o desenvolvimento da estruturação matricial na Atenção Básica dos municípios;
  - e) em articulação com as SMS, criar mecanismos que institucionalize o preenchimento /registro da contrarreferência;
  - f) apoiar os Municípios no estabelecimento de controles (percentual de encaminhamentos da AB para a MC e AC e tempo médio de retorno após encaminhamento) e monitorar e consolidar os resultados;
  - g) articular-se com as demais entidades e órgãos de representação estadual e nacional para a rediscussão da tabela SUS (SIA, SIH, OPM) e da quota mensal de procedimentos por Município.
  
- II. Recomendações à CIR e CIB, para:
  - a) articularem-se para o estabelecimento de fluxos claros e atualizados de integração da Atenção Básica com os demais níveis;
  - b) articularem-se para a rediscussão da tabela SUS (SIA, SIH, OPM) e da quota mensal de procedimentos por Município.
  
- III. Recomendações às Secretarias Municipais de Saúde - SMS, para:
  - a) procederem ao levantamento preciso e sistemático de sua capacidade instalada e/ou demanda reprimida de MC e AC;
  - b) aprimorarem seu sistema de regulação e viabilizar a integração (interoperabilidade) com os demais sistemas de regulação utilizados pelos demais Municípios e pelo Estado;
  - c) fortalecerem e induzirem a estruturação matricial, por meio da implantação de NASF;
  - d) em articulação com a SES, criarem mecanismos que institucionalize o preenchimento /registro da contrarreferência;
  - e) estabelecerem controles do percentual de encaminhamentos da AB para MC e AC e do tempo médio de retorno, após encaminhamento através de indicadores específicos.



### **5.3.3 Financiamento tripartite da Atenção Básica**

#### **5.3.3.1 Achado - Ausência de contrapartida do Estado para os programas implementados pelos Municípios, à exceção de Assistência Farmacêutica.**

I. Determinação ao Chefe do Poder Executivo Estadual para cumprir a Lei Estadual nº7.255/2002, que institui o Incentivo ao Programa Saúde da Família e dispõe sobre o repasse regular e automático de recursos do FES para os Fundos Municipais de Saúde.

II. Recomendação ao Governo do Estado/SES, no sentido de destinar recursos do financiamento tripartite compatíveis com as reais necessidades da Atenção Básica dos Municípios.

III. Recomendação à SES, para:

- a) orientar as SMS, diretamente e por meio das GRS, CIR e CIB, sobre a observância aos critérios estabelecidos na Lei Estadual nº7.255/2002, com vistas ao recebimento de recursos da SES, voltados à Atenção Básica dos Municípios.
- b) realizar um diagnóstico que aponte as necessidades de financiamento da Atenção Básica dos Municípios.

#### **5.3.3.2 Achado - Distribuição não equitativa dos recursos da saúde.**

I. Recomendações à SES articular e pactuar em CIB e CIT:

- a) a concepção de critérios que busquem a equidade na distribuição de recursos;
- b) a possibilidade de constituição de um fundo contábil multigovernamental, a exemplo do FUNDEB, no sentido de distribuir com equidade os recursos da saúde.

II. Recomendação à SES para articular e pactuar em CIB a criação de outros critérios que contemplem a equidade nas transferências aos municípios, encaminhando-os ao CES, com vistas a promover ajustes na Lei Estadual nº 7.255/2002.

#### **5.3.3.3 Achado - Registros contábeis não permitem a identificação da alocação dos recursos estaduais e municipais, por nível de atenção.**

I. Recomendar à SES e às SMS promover a capacitação permanente dos membros dos conselhos de saúde para consecução de suas atribuições relativas à aplicação de recursos, dentre as qualificações previstas na Diretriz 11, do Plano Estadual de Saúde.

II. Alertar a SES e as SMS no sentido de ofertar demonstrativos contábeis e gerenciais mais claros aos órgãos de fiscalização (controle externo) e ao controle social.

III. Sugerir ao TCU recomendar ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que revise a Portaria MPOG 42/199, para garantir uma classificação contábil que permita clara evidenciação dos gastos de saúde por nível de atenção.



## **6. BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Os benefícios esperados, com a implementação das recomendações e o cumprimento da determinação sugerida, estão a seguir consolidados, segundo cada eixo/sub-eixo de investigação:

### **6.1 EIXO 1 – GESTÃO DE PESSOAS**

- ✓ melhoria da distribuição e constituição das equipes de AB, com conseqüente ampliação do acesso aos serviços de saúde;
- ✓ fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com os usuários, permitindo o desenvolvimento de um trabalho contínuo e resolutivo;
- ✓ melhorias nas condições de trabalho dos profissionais que atuam na AB;
- ✓ capacitações condizentes com as necessidades dos gestores e profissionais da AB;
- ✓ aprimoramento da qualificação dos gestores e profissionais da AB;
- ✓ melhoria na qualidade da prestação dos serviços ofertados aos usuários.

### **6.2 EIXO 2 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- ✓ melhorias na sistemática de M&A de indicadores da Atenção Básica;
- ✓ melhoramento na eficiência do planejamento estadual e municipal da Atenção Básica;
- ✓ desenvolvimento de um sistema de informações gerenciais da sistemática de M&A de indicadores da Atenção Básica;
- ✓ melhoria na utilização sistemática de indicadores no M&A;
- ✓ melhorias e benefícios na AB, tendo em vista o maior conhecimento, por parte dos gestores e usuários, da situação da saúde primária do Município;
- ✓ aprimoramento da gestão com base em resultado confiável dos objetivos, metas e ações da AB;
- ✓ inclusão de demandas reais de saúde da população no planejamento da AB;
- ✓ viabilização do monitoramento e avaliação das ações voltadas à AB;
- ✓ maior agilidade na coleta e processamento dos dados da AB;
- ✓ disponibilização de informações úteis e tempestivas para tomada de decisões, por parte dos gestores da saúde.

### **6.3 EIXO 3 – PLANEJAMENTO**

#### **6.3.1 Necessidades de saúde da população.**

- ✓ existência de conhecimento detalhado da AB no território estadual;
- ✓ coerência do planejamento estadual com as necessidades locais e regionais de AB;
- ✓ maior resolutividade da AB e integralidade do cuidado à saúde dos usuários do Sistema SUS no Estado;
- ✓ otimização dos recursos: financeiros, materiais, humanos e instrumentais;
- ✓ identificação mais acurada das necessidades de saúde da população, de modo a subsidiar o planejamento das ações da Atenção Básica;
- ✓ ampliação do acesso aos serviços de saúde e a implementação de ações ainda não ofertadas nesse nível de atenção;
- ✓ maior participação do controle social no planejamento das ações de saúde do município.



### **6.3.2 Articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à saúde.**

- ✓ organização das redes e fluxos assistenciais, de forma a garantir a continuidade e a integralidade do cuidado;
- ✓ redução do desequilíbrio de oferta e acesso do usuário aos diversos níveis de atenção;
- ✓ aumento e melhor distribuição territorial da capacidade instalada de MC e AC;
- ✓ mais transparência e racionalização dos fluxos assistenciais, a partir da integração dos sistemas de regulação dos Municípios e do Estado;
- ✓ fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde; ;
- ✓ aumento da resolutividade da AB, pela maior abrangência e diversidade de suas ações;
- ✓ incremento na retaguarda especializada da AB, reduzindo os encaminhamentos para os demais níveis de atenção;
- ✓ melhoria na coordenação e na continuidade do cuidado, pela AB;
- ✓ criação de indicadores que permitam o conhecimento, pelos gestores, do grau de resolutividade da AB;
- ✓ possibilidade de priorização dos investimentos em AB, por parte dos municípios.

### **6.3.3 Financiamento tripartite da Atenção Básica.**

- ✓ garantia de mais recursos para a Atenção Básica, o que permitirá melhorias na prestação dos serviços e maior resolutividade desse nível de atenção.
- ✓ distribuição equitativa dos recursos da saúde, voltados à AB.
- ✓ identificação, com maior precisão, dos gastos da saúde por nível de atenção, bem como a melhoria da atuação dos órgãos de fiscalização e do controle social.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BARRETO, Anne Jaquelyne Roque et al. Apoio matricial na visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Revista de enfermagem UFPE on line., Recife, 7(1):46-52, jan.,2013.Disponível em: [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5184](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../5184)

BARROS, Julimar de Fátima Barros. O processo de avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde: o caso da PNAB. 2013.

BRANDÃO, Isabel C.A. et alli. Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização.Revista Brasileira de Ciências da Saúde, volume 16, Número 3, ppl. 347-352. 2012.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação. – N. 1 (2011)-. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2011- p. 4-65.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, atualizada.

BRASIL. Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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.

BRASIL. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 18 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Lei Nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

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.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT Nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato



Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.-2. ed.- Brasília:Ministério da Saúde, 2013. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il.- (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555/2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2907, de 23 de novembro de 2009 Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.188, de 18 de dezembro de 2009. Habilita Estados e Municípios para a implantação e implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.4888, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova , na forma do Anexo , a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.



BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria MPOG nº42/1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. Indicadores de programas: Guia Metodológico / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - Brasília : MP, 2010. 128 p.: il. color.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Documentação e Informação – Brasília: MP, 2012. 64 p.: il. color.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Técnica de indicadores de desempenho para auditorias / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), 2011. 37 p.

CHAMPAGNE, F. et al. L'Évaluation: concepts et méthodes. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2009

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência Saúde Coletiva*. 2006; 11: 705-11.

CUNHA. Rosani Evangelista da. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumentos de cooperação federativa. *Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública – Ano 55, número 3 (Jul-Set/ 2004)*, pp 5/36. Brasília: ENAP. Disponível em: [www.enap.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc](http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc).

DIAS. Valdecir Ávila. Referências e contra-referências: um importante sistema para complementariedade da integralidade da assistência. UFSC/CCS, Especialização em Saúde Pública. 2012. Disponível em: [spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias-.pdf](http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias-.pdf)

FELISBERTO, Eronildo et al . Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife , v. 9, n. 3, Sept. 2009 .

LIMA, Luciana Dias de; QUEIROZ, Lúcia F. N. de; MACHADO, Cristiani Vieira and VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2012, vol.17, n.7, pp. 1903-1914. ISSN 1413-8123.

MALMEGRIN, Maria Leonídia. Redes públicas de cooperação em ambientes federativos. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; (Brasília): CAPES:UAB, 2010. 118 p.

PARAIBA. Lei Nº 7.255, de 27 de dezembro de 2002. Institui o Incentivo ao Programa Saúde da Família, dispõe sobre o repasse regular e automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências.



PARAIBA. Secretaria de Estado da Saúde – Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB Nº 203/11. Aprovação da conformação das Regiões de Saúde no Estado da Paraíba.

PARAIBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012/2015. 182 p.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.349 p.: il.

RIBEIRO. Wladimir Antônio. Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos. – Brasília DF: Confederação Nacional de Municípios - CNM, 2007. 72 p. Disponível em: [portal.cnm.org.br/sites/6700/6745/Cartilha-ConsorciosPublicos.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/6700/6745/Cartilha-ConsorciosPublicos.pdf)

SAMICO, I. et al. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 1-86.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. O Estado e os problemas contemporâneos. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES :UAB, 2009.144p. : il.

TAMAKI, Edson Mamoru et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 839-849

João Pessoa, 15 de janeiro de 2015.