

SUMÁRIO EXECUTIVO

Auditoria Operacional Coordenada em Atenção Básica à Saúde



Tribunal de Contas
do Estado da Paraíba



Presidente:

Arthur Paredes Cunha Lima

Relator do Processo TC N° 08433/14:

Antônio Nominando Diniz Filho

Diretor Geral – DIREG

Nivaldo Cortes Bonifácio

Diretor de Auditoria e Fiscalização – DIAFI

Francisco Lins Barreto Filho

Equipe de Auditoria:

Adriana Falcão do Rêgo (Coordenação)

Ana Karina Henriques dos Santos

Josedilton Alves Diniz

Plácido César Paiva Martins Júnior

Yara Sílvia Mariz Maia Pessoa



SUMÁRIO EXECUTIVO

Auditoria Operacional Coordenada em Atenção Básica à Saúde



Para leitura do Relatório na íntegra, acesse
a página do TCE/PB na *internet*, pelo endereço:
http://portal.tce.pb.gov.br/aceso_a_informacao/publicacoes



Tribunal de Contas
do Estado da Paraíba



Tribunal de Contas
do Estado da Paraíba

Rua: Profº Geraldo von Söhsten, 147 – Jaguaribe
CEP: 58.015-190 – João Pessoa (PB)
<http://portal.tce.pb.gov.br/>

Projeto Gráfico & Arte Final Capa & Editoração Eletrônica

Tânia Miranda Freire | Designer
www.flickr.com/photos/mirandafreiredesign

Impressão

Gráfica XXXX

Tiragem: 1.000 exemplares

Distribuição Gratuita

P222p PARAÍBA. Tribunal de Contas do Estado
Auditoria operacional coordenada em atenção básica à
saúde /Tribunal de Contas do Estado da Paraíba – João Pessoa:
TCE, 2015.

56p. (Sumário Executivo)

1. Saúde 2. Auditoria operacional 3. Tribunal de Contas 4.
Controle externo I. Título

CDU 351.94(813.3):61

Sumário

Apresentação	7
1. Justificativa & Objetivo	11
2. Escopo da Auditoria	13
3. Visão Geral	15
4. Metodologia	21
5. Achados de Auditoria	25
5.1 Gestão de Pessoas	25
5.2 Monitoramento e Avaliação	28
5.3 Planejamento	30
6. Determinações & Recomendações	37
6.1 Gestão de Pessoas	38



6.2 Monitoramento e Avaliação	39
6.3 Planejamento	42
7. Benefícios Esperados	51
7.1 Gestão de Pessoas	51
7.2 Monitoramento e Avaliação	52
7.3 Planejamento	53

Apresentação

Esta publicação apresenta o resultado de Auditoria Operacional Coordenada em Atenção Básica à Saúde, fruto de Acordo de Cooperação Técnica firmado entre o Tribunal de Contas da União (TCU), a Associação dos Membros do Tribunal de Contas do Brasil (ATRICON), o Instituto Rui Barbosa (IRB) e 33 Tribunais de Contas brasileiros, dentre os quais o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba (TCE/PB), com a finalidade de avaliar a qualidade da prestação dos serviços da Atenção Básica à Saúde.

A Auditoria Operacional direcionou seus esforços investigativos no sentido de aferir a qualidade dos serviços, partindo de uma avaliação objetiva da eficácia e efetividade das ações do poder público, tanto no âmbito da gestão, como no da execução, de modo a propor a adoção de práticas que resultem em melhorias reais da saúde pública. Para a realização do trabalho, contou-se com a colaboração de gestores municipais e estaduais da área da saúde, que participaram por meio de questionários, com demonstração de resultados, e oportunidades para comentários e contribuições às conclusões expostas.



A equipe técnica destacou três eixos fundamentais sobre os quais desenvolveu o trabalho: gestão de pessoas, monitoramento/avaliação e planejamento. A partir desses enfoques, foram evidenciadas as fragilidades e propostas ações corretivas aos gestores, com o intuito de obter benefícios imensuráveis para os serviços prestados.

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Deste modo, buscou-se uma forma de alcançar resultados mais eficazes para a gestão pública, através da fiscalização e da avaliação contínua, contribuindo assim, para a melhoria dos serviços ofertados à sociedade e o fiel cumprimento do texto constitucional.

O trabalho aqui apresentado, coordenado pelo Conselheiro Antônio Nominando Diniz Filho, cuja competência e responsabilidade somou-se à capacidade técnica e à *expertise* dos Auditores de Controle Externo integrantes da comissão, permite ao Tribunal de Contas do Estado da Paraíba realizar o seu dever institucional, superando o tradicional sistema de controle externo.

Arthur Paredes Cunha Lima
Conselheiro Presidente TCE/PB



1. Justificativa & Objetivo



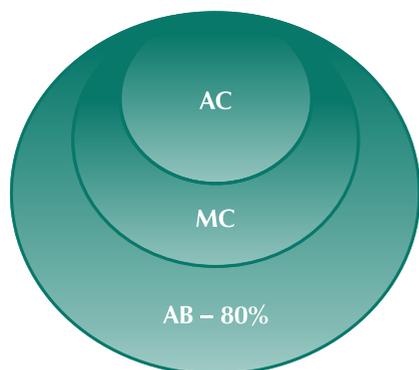
A presente auditoria operacional coordenada, realizada em 2014, é fruto de Acordo de Cooperação Técnica, tendo como partícipes o Tribunal de Contas da União – TCU, a Associação dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON, o Instituto Rui Barbosa – IRB e 33 Tribunais de Contas subnacionais, dentre eles o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba – TCE/PB, e teve 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 – ESF, materializada principalmente nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, 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, em 2009, no âmbito do Programa de Modernização do Controle Externo – PROMOEX em ESF de-



monstrou 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.

NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE — SUS



AC = Alta Complexidade
MC = Média Complexidade
AB = Atenção Básica

A atual auditoria direcionou 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 traduzidas na **melhoria dos indicadores de saúde da população, resolutividade dos problemas e observância das competências estabelecidas na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB**.

2. Escopo da Auditoria

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 Tecnologia da Informação – TI); e
- + PLANEJAMENTO** (necessidades de saúde da população, articulação com os demais níveis e financiamento tripartite).

Foram elaboradas as 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?



3. Visão Geral

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?

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 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 – EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

Nº Municípios com eSF	Teto	Credenciadas pelo MS	Cadastradas no Sistema	Implantadas	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



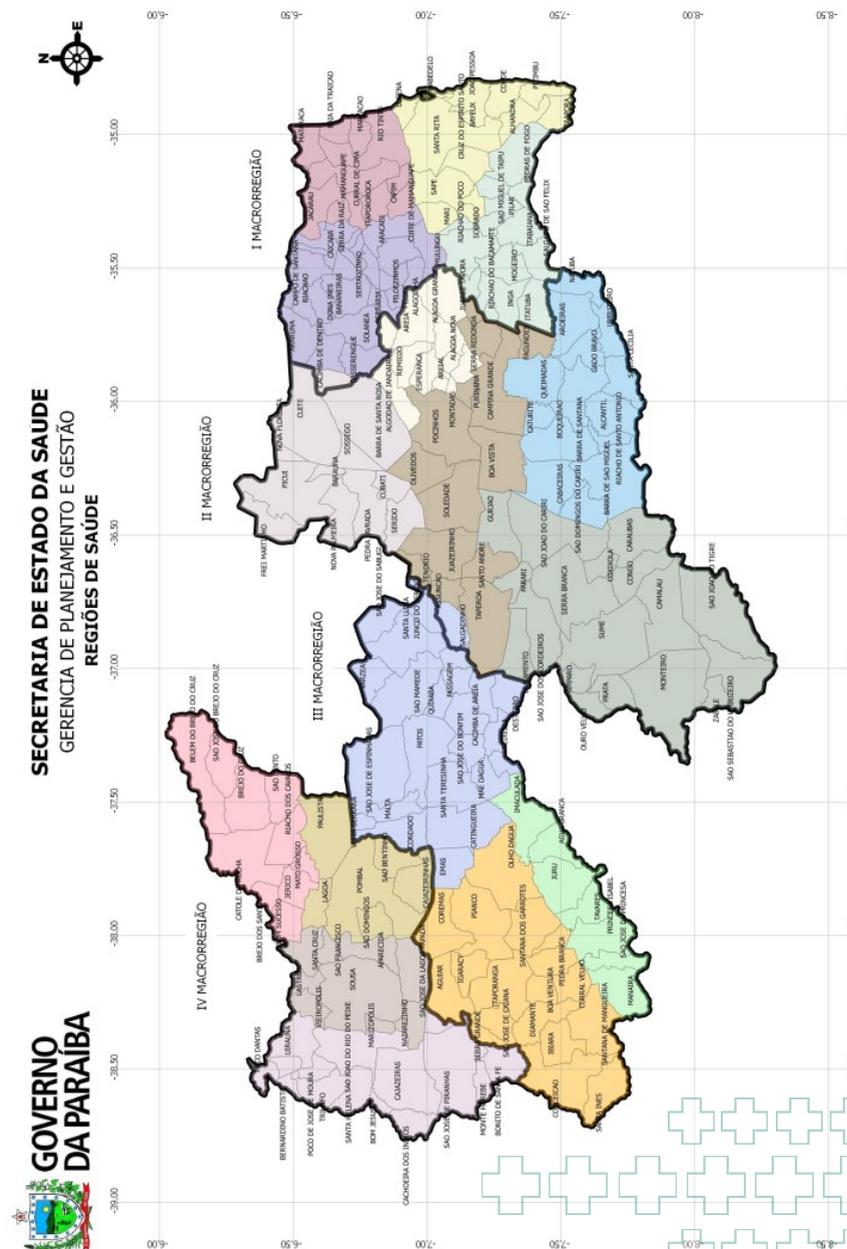
da Família – NASF, Programa Saúde na Escola – PSE, Consultório na Rua, Academia da Saúde e Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar). Conforme o CNES/out de 2014, existem na Paraíba 2.898 estabelecimentos municipais de Atenção Básica Ambulatorial, de tipologias diversas.

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 (MC e AC), 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. Tal divisão pode ser vista no mapa* a seguir:

*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 – DESCENTRALIZAÇÃO DA SES/PB:

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	Renascar do Brejo
	4ª – Cuité	4ª – Cuité	12	Curimataú
	5ª – Monteiro	5ª – Monteiro	18	Cariri Ocidental
		13ª – Pombal	09	Terra de Maringá

TABELA – DESCENTRALIZAÇÃO DA SES/PB (cont.):

Macrorregião	GRS	Região de Saúde	Quantitativo Municípios	CIR
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

4. Metodologia



A partir da elaboração de técnicas de diagnóstico – *Análise Stakeholder, Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco – DVR*, foi construído o cenário 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 Agente Comunitário de Saúde – ACS, além de ser realizado grupo focal com membros de Conselho Municipal de Saúde – CMS.

Foi também entrevistada a equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde – SES e realizado grupo focal com o Conse-



Iho Estadual de Saúde – CES, ao tempo em que foram disponibilizados questionários eletrônicos para Gerentes Regionais de

Saúde (da SES) e todos os Secretários Municipais de Saúde.



UBS Pov. Umbuzeiro – Santa Inês



UBS Benjamim B. da Silva – C. Grande

Com a consolidação dos dados quantitativos e qualitativos coletados, foi elaborada a *Matriz de Achados*, também consensuada em conjunto com técnicos dos demais Tribunais de Contas participantes, 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.

Acima, imagens de duas das Unidades Básicas de Saúde visitadas. A seguir, uma tabela que identifica os municípios, por GRS, e suas respectivas UBS visitadas.



MUNICÍPIOS VISITADOS, COM RESPECTIVAS UB

GRS	Município	UBS
1ª	Caaporã	Cupissura
		Centro II
	João Pessoa	Mangabeira
		Torre II
2ª	Guarabira	Cachoeira dos Guedes – Aristides Villar
		Santa Terezinha
3ª	Campina Grande	Catingueira – Benjamin B. da Silva
		Malvinas V
	Caturité	Manoel Barbosa de Sousa Neto
		Severino Avelino Barbosa
4ª	Baraúna	Severino Luiz Fernandes
5ª	São João do Cariri	Sede – Pocina Ramos
		Severino Medeiros Ramos
6ª	Patos	Belmiro Guedes
		Matadouro – M Madalena
7ª	Santa Inês	Povoado Umbuzeiro
		Sede
8ª	São Bento	Benedito Pedro Da Silva
		José Clementino Neto
9ª	Cajazeiras	Mutirão
		Serra da Arara
10ª	São Bentinho	Agostinho Clementino Pereira
		Ivan Olímpio Segundo
Totais	12	23



UBS J. Clementino Neto
– São Bento



UBS Severino M. Ramos
– S.J. do Cariri

Acima, imagens de mais duas Unidades Básicas de Saúde visitadas e, abaixo, quadro demonstrativo da Coleta de Dados realizada.

COLETA DE DADOS

Instrumento	Stakeholder	Quantitativo
Entrevista	Secretário Municipal de Saúde	11
	Gestor / UBS	23
	Médico / UBS	23
	Enfermeiro / UBS	23
Grupo Focal	Membro / CES	10
	Equipe técnica / SES	09
	Membro / CMS	37
	Equipe técnica / SMS	16
	Agente Comunitário de Saúde	31
Questionário Eletrônico	Gerente Regional de Saúde / SES	09
	Secretário Municipal de Saúde	129

5. Achados de Auditoria

5.1 Gestão de Pessoas

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 de 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 e 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:

- **Deficiência ou ausência de diagnóstico das necessidades** reais de alocação de pessoal, por parte das gestões municipais;
- **Limitação orçamentário-financeira** para contratação de profissionais;
- **Deficiência ou ausência de PCCR**, desmotivando a permanência dos profissionais;
- **Precariedade do vínculo empregatício** dos profissionais;
- **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 na **inexistência de diagnóstico das necessi-**



A construção do PAREPS (Plano Estadual de Educação Permanente) deve ser a partir de planos regionais, aprovados nas CIR (Comissões Intergestores Regionais).

dades 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:

- **Ausência ou deficiência no levantamento das necessidades** de capacitação dos gestores e profissionais;



- **Fragilidade ou ausência de 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.

5.2 Monitoramento e Avaliação

ESTRUTURA DE INVESTIGAÇÃO / M&A



No eixo de M&A buscou-se investigar se o Estado da Paraíba e seus municípios possuem estrutura, indicadores e suporte de Tecnologia da Informação – TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão da Atenção Básica, sendo a análise planejada em três abordagens: **Estrutura de Tecnologia da Informação, Estrutura Técnica e Sistema de In-**

dicadores. 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;

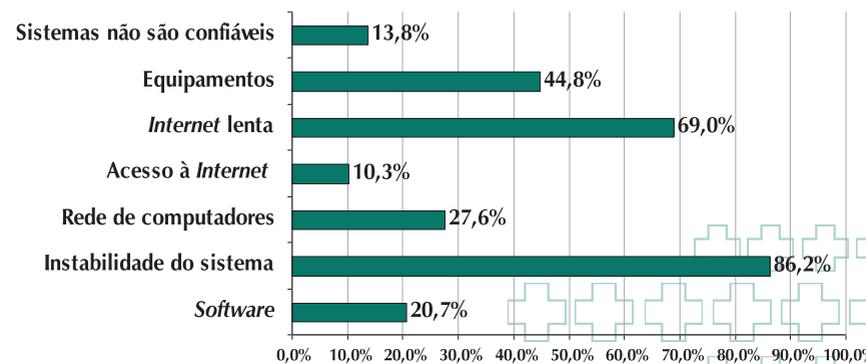


Utilização não sistêmica de indicadores, por parte da SES e das SMS, no monitoramento e avaliação da AB e no planejamento das ações de saúde;



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

GRÁFICO – PROBLEMAS TI/SMS





5.3 Planejamento

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 (MC e AC); e
- **O financiamento** tripartite da AB.

5.3.1 NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

O exame mostrou **fragilidades nos mecanismos utilizados pelo Estado e municípios** para **diagnóstico e planejamento das necessidades de saúde da população na AB**. Em nível estadual, os diagnósticos existentes restringem-se a instrumento denominado Panorama da Atenção Básica e a relatórios dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

As estratégias, diretrizes e normas de implementação da AB são muito sucintas no Plano Estadual de Saúde – 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.

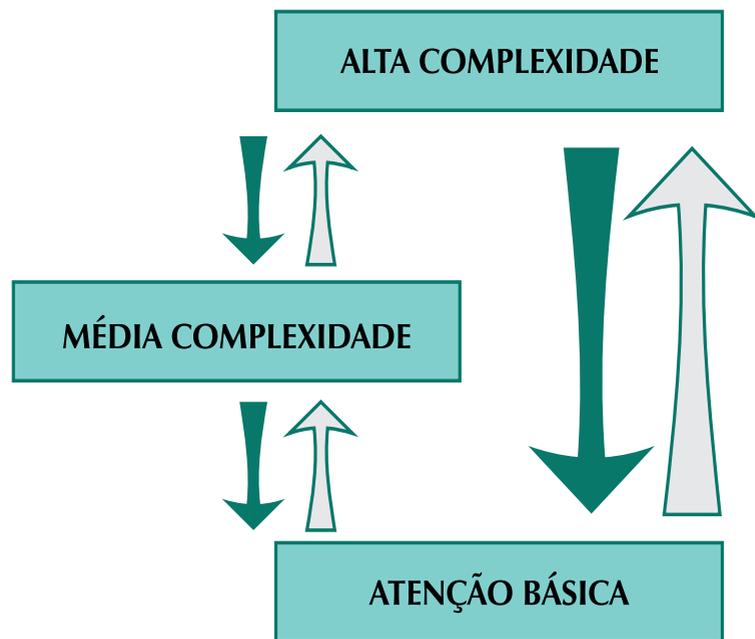
5.3.2 ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

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.

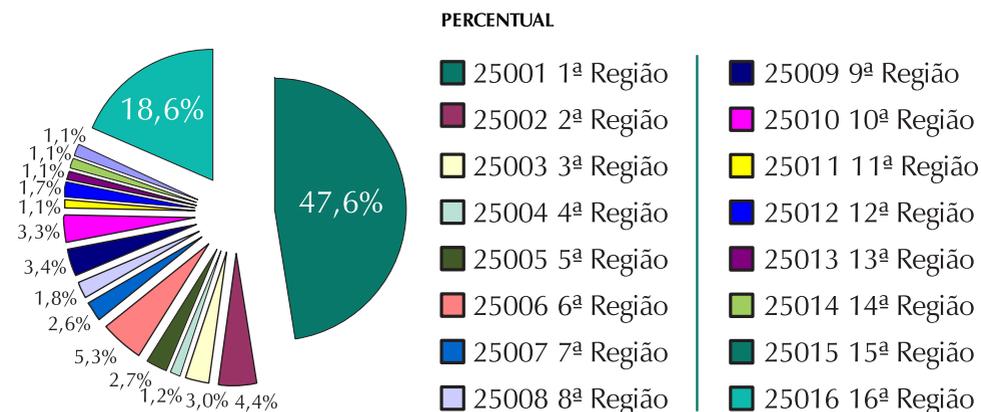


REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA



A oferta insuficiente de ações e serviços de média e alta complexidade no território estadual, que ainda se concentra 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.

GRÁFICO – DISTRIBUIÇÃO MC E AC POR REGIÃO DE SAÚDE



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

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 referenciamento para outros níveis de atenção.

5.3.3 FINANCIAMENTO

Os registros contábeis não fornecem informações gerenciais e não identificam os gastos por nível de atenção.

Contrariando o preceituado na PNAB, de que compete à SES destinar recursos estaduais para compor esse financiamento da AB, e na Lei Estadual nº 7.255/2002 (que instituiu o incentivo ao PSF, dispondo sobre

o repasse regular e automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde – 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, no que concerne ao **financiamento tripartite da AB**, que, apesar de possuir atividades que indiretamente impactam na AB, **o Estado não realiza contrapartidas para os programas específicos da Atenção Básica implementados pelos Municípios**, à exceção do Programa de Assistência Farmacêutica.

Outrossim, verificou-se, na mencionada lei estadual, que os **critérios para repasses aos municípios de recursos**

voltados à AB não expressam a perspectiva de equidade na distribuição desses valores.

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, por parte dos Conselhos de Saúde, da aplicação dos recursos destinados à AB, 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.



6. Determinações & Recomendações

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, determinações 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.

Propõe-se que os gestores responsáveis apresentem Plano de Ação, conforme previsto na Resolução Normativa RN-TC-02/2012.

Para tanto, propõe-se que os gestores responsáveis apresentem **Plano de Ação**, conforme previsto na **Resolução Normativa RN-TC-02/2012** (que regulamenta, no TCE/PB, a fiscalização através de Auditoria Operacional), contemplando as medidas



necessárias para o cumprimento das determinações e implementação das recomendações, a seguir apresentadas, distribuídas por Eixo e por Achados de Auditoria.

6.1 Eixo 1 – Gestão de Pessoas



Achado 6.1.1 – Fragilidades na gestão de pessoal da Atenção Básica, quanto a alocação e permanência.

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).

Achado 6.1.2 – Deficiência na elaboração e na execução das ações de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica.



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.

6.2 Eixo 2 – Monitoramento e Avaliação



Achado 6.2.1 – Ausência/insuficiência de estrutura técnica na SES e nas SMS, para o monitoramento e avaliação (M&A) da Atenção Básica.



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.

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.



Achado 6.2.2 – 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.

Recomendação à SES no sentido de apoiar tecnicamente os Municípios para o uso de metodo-



logia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da AB.

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.



Achado 6.2.3 – Insuficiência de estrutura de TI (rede, equipamentos de informática, software, manutenção e suporte técnico).

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.

Recomendação à SES, no sentido de articular com o MS e os Municípios (por meio das CIT) a melhoria da qualidade da *internet*.

6.3 Eixo 3 – Planejamento

6.3.1 NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO



Achado 6.3.1.1 – Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB no Estado.

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.



Achado 6.3.1.2 – Fragilidade nos mecanismos utilizados para diagnóstico e planejamento da AB nos municípios.

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.

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.

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.

6.3.2 ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE



Achado 6.3.2.1 – Deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

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 melhorar a distribuição da 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 institucionalizem 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 discussão da tabela SUS (SIA, SIH, OPM) e da quota mensal de procedimentos por Município.

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 discussão da tabela SUS (SIA, SIH, OPM) e da quota mensal de procedimentos por Município.



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/registo 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.

6.3.3 FINANCIAMENTO TRIPARTITE DA ATENÇÃO BÁSICA

Achado 6.3.3.1 – Ausência de contrapartida do Estado para os programas implementados pelos Municípios, à exceção de Assistência Farmacêutica.



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.

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

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.



Achado 6.3.3.2 – Distribuição não equitativa dos recursos da saúde.

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.

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.



Achado 6.3.3.3 – Registros contábeis não permitem a identificação da alocação dos recursos estaduais e municipais, por nível de atenção.

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

7. Benefícios Esperados

Com o cumprimento das determinações e a implementação das recomendações descritas, são esperados os seguintes benefícios:

7.1 Eixo 1 – Gestão de Pessoas

- **Melhoria na 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.

7.2 Eixo 2 – Monitoramento e Avaliação

- **Melhoria na sistemática de M&A** de indicadores da Atenção Básica;
- **Melhoramento da 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.

7.3 Eixo 3 – Planejamento

7.3.1 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.

7.3.2 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 integridade 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.

7.3.3 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.



Para leitura do Relatório na íntegra, acesse a página do
TCE/PB na internet, pelo endereço:

http://portal.tce.pb.gov.br/aceso_a_informacao/publicacoes/