



Tribunal de Contas do Estado



**DIRETORIA DE AUDITORIA E FISCALIZAÇÃO - DIAFI  
GRUPO DE AUDITORIA OPERACIONAL - GAOP**

<b>PROCESSO</b>	TC n° 15903/15
<b>CATEGORIA:</b>	Inspeção Especial - Levantamento
<b>UNIDADES ENVOLVIDAS:</b>	Secretaria de Estado da Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
<b>OBJETIVO DA AUDITORIA:</b>	Realizar levantamento (coordenado em nível nacional) em governança e gestão da saúde em organizações estaduais e municipais
<b>PERÍODO ABRANGIDO:</b>	Exercícios de 2015 e 2016

## **RELATÓRIO DE LEVANTAMENTO**

### **SUMÁRIO:**

#### **1 INTRODUÇÃO**

##### **1.1 Deliberação e objetivo**

##### **1.2 Justificativa e escopo**

#### **2 METODOLOGIA**

##### **2.1 Etapas do trabalho**

##### **2.2 Estrutura dos questionários e modelos de avaliação**

#### **3 RESULTADOS**

##### **3.1 Perfil de Gestão em Saúde nas Secretarias Municipais (SMS)**

###### **3.1.1 Gestão da Atenção à Saúde nas SMS**

###### **3.1.1.1 Atenção Básica (AB)**

###### **3.1.1.2 Assistência Farmacêutica (AF)**

###### **3.1.1.3 Vigilância em Saúde (VS)**

###### **3.1.1.4 Gestão Geral/Administrativa nas SMS (ADM)**

###### **3.1.1.4.1 Planos (PI)**

###### **3.1.1.4.2 Processos (Pr)**

**3.1.1.4.3 Pessoas (Pe)**

**3.1.1.4.4 Informação e Conhecimento (IC)**

**3.1.1.5 Média e/ou Alta Complexidade (MAC)**

**3.1.2 Índice de Gestão em Saúde (IGestSaúde) - SMS**

**3.2 Perfil de Governança em Saúde nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS)**

**3.2.1 Liderança**

**3.2.2 Estratégia**

**3.2.3 Controle**

**3.2.4 Índice de Governança em Saúde (IGovSaúde) - CMS**

**3.3 Índice de Gestão e Governança em Saúde (IGGSaúde) - Municípios**

**3.4 Perfil de Gestão em Saúde nas Secretarias de Estado de Saúde (SES) do país**

**3.4.1 Média e alta complexidade (MAC)**

**3.4.2 Apoio aos municípios**

**3.5 Perfil de Governança em Saúde nos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) do país**

**3.6 Perfil de Governança em Saúde nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) do país**

**4 CONCLUSÃO**

**5 PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Deliberação e objetivo

O Tribunal de Contas do Estado da Paraíba (TCE-PB) firmou, em 2015, Acordo de Cooperação Técnica com a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON), o Instituto Rui Barbosa (IRB) e mais 26 outros Tribunais de Contas, dentre eles o Tribunal de Contas da União (TCU), para, sob a coordenação deste último, realizar trabalho com o objetivo de obter e sistematizar informações sobre governança e gestão em saúde nas organizações da administração pública estadual e municipal.

No âmbito do TCE-PB foi formalizado o Processo TC Nº 15903/15, na categoria Inspeção Especial, subcategoria Levantamento, tendo como Relator o Conselheiro Antônio Nominando Diniz Filho. Este tipo de fiscalização foi regulamentado recentemente no TCE-PB, através da Resolução Normativa RN-TC-06/2017.

Por meio da Portaria Nº 177/2015, foram designados para comporem a equipe de auditoria os seguintes técnicos deste Tribunal:

ACP	Matrícula
Adriana Falcão do Rêgo (Coordenação)	370.110-7
Alain Boudoux Silva	370.509-9
Levi Moisés Pessoa	370.594-3
Maria Carolina Cabral da Costa	370.362-2
Rogério Ângelo Freire da Silva	370.473-4

## 1.2 Justificativa e escopo

Após a realização de duas Auditorias Operacionais coordenadas na área de saúde – no Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup>, em 2009, e em Atenção Básica à Saúde<sup>2</sup>, em 2014, percebeu-se o quanto a gestão e a governança no Sistema Único de Saúde (SUS) impactam na qualidade dos serviços públicos de saúde, havendo a necessidade de serem melhor avaliadas.

O Referencial Básico de Governança (TCU, 2014) estabelece que a governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à implementação de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Por sua vez, o Referencial de Governança aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública TCU (TCU, 2014) destaca que “a gestão é inerente e integrada aos processos organizacionais, sendo responsável pelo manejo dos recursos e poderes colocados à disposição de órgãos e entidades para a consecução de seus objetivos, enquanto a governança provê direcionamento, monitora, supervisiona e avalia a atuação da gestão”.

---

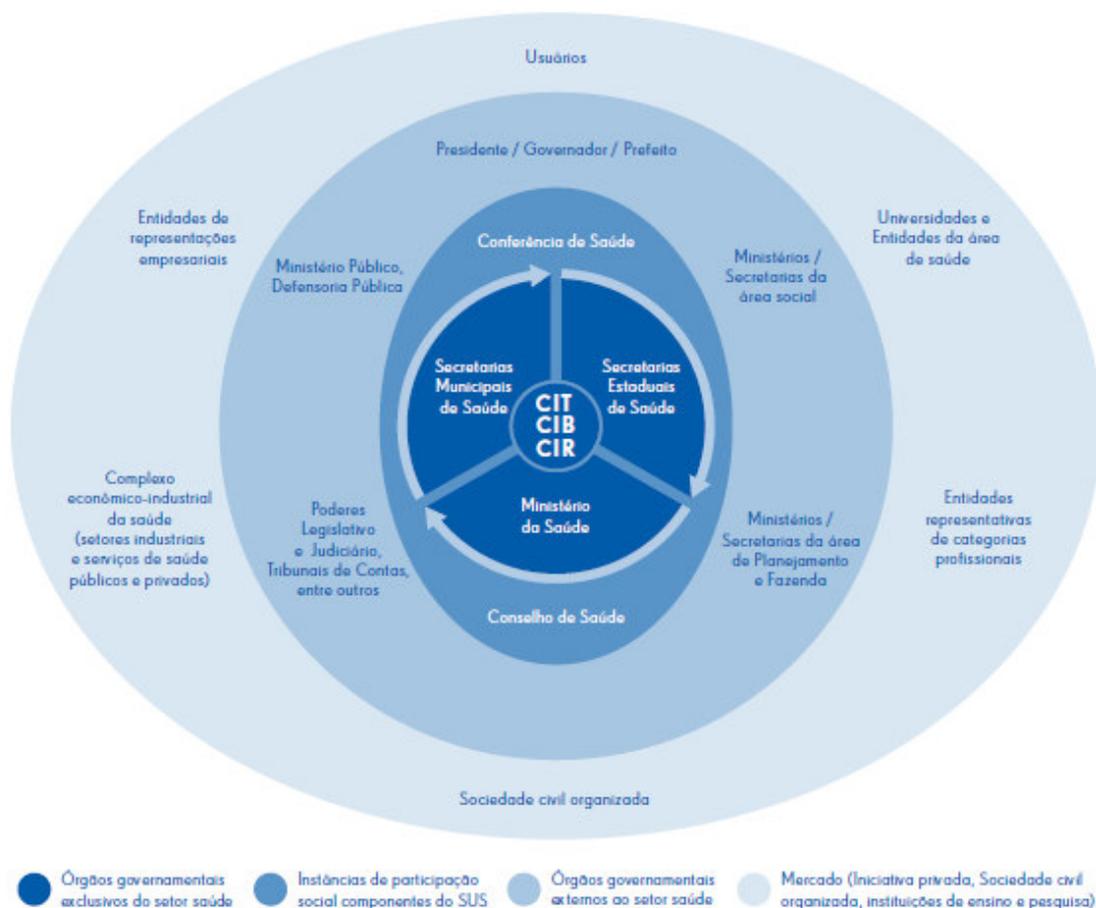
<sup>1</sup> Processo TC Nº 00706/10

<sup>2</sup> Processo TC Nº08433/14

Especificamente no que tange à política pública de saúde no Brasil, consta, no Manual de Planejamento do SUS (Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2016)<sup>3</sup>, o seguinte diagrama, ilustrando onde e como são declaradas as escolhas do governo e da sociedade no tocante à saúde coletiva. No núcleo central, estão os atores que, através de mecanismos e procedimentos, intervêm para a gestão compartilhada da Rede de Assistência à Saúde (RAS), conforme a Portaria MS 4.279/2010. Na definição do escopo do presente levantamento foram selecionadas as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde (SES e SMS), os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde (CES e CMS) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Figura 01 - Governança do SUS

Diagrama 1 O Papel das Relações Federativas na Governança do SUS



Fonte: Manual de Planejamento do SUS/MS

O trabalho teve, assim, como finalidades:

- divulgar o tema “governança e gestão da saúde” para as unidades envolvidas, incentivando uma mudança de comportamento na política pública de saúde;
- identificar os pontos mais vulneráveis no tema e induzir melhorias;
- contribuir para o planejamento das ações de controle externo, auxiliando-o como indutores do processo de aperfeiçoamento da governança e da gestão em saúde.

<sup>3</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf)

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Etapas do trabalho

O levantamento de informações foi realizado por meio de preenchimento de questionários eletrônicos pelas unidades envolvidas (SMS, SES, CES, CMS e CIB), sobre práticas de governança e gestão em saúde, a partir da adaptação de parâmetros definidos para o setor público.

Foram, assim, estabelecidos questionários para as Secretarias de Saúde - voltados mais para a gestão, para os Conselhos de Saúde - focado em governança organizacional, e para a Comissão Intergestores Bipartite - com foco na governança da política pública.

Os modelos de questionários foram elaborados em quatro ciclos, em parte presencialmente (oficinas na sede do TCU, em Brasília) e, em parte, através da Comunidade *Moodle*. A versão inicial (Modelo\_v1), foi elaborada após reuniões de apresentação e recepção de contribuições iniciais; o Modelo\_v2, após ajustes decorrentes das avaliações de alguns gestores (teste piloto); o Modelo\_v3, depois de sugestões de todos os Tribunais de Contas partícipes, e, finalmente, a última versão (Modelo\_v4) gerada após disponibilização de Consulta Pública no portal do TCU.

Após validação da última versão pelos Tribunais de Contas partícipes, foram enviadas comunicações a todos os potenciais respondentes e realizado evento, em 17/03/2016, denominado "Governança e Gestão em Saúde – encontro com o controle externo / Edição PB", para divulgação e orientação. O evento, realizado no Centro Cultural Ariano Suassuna (anexo ao TCE-PB), contou com a participação de técnico da SecexSaude do TCU (Jonas Lira) e a presença de 320 inscritos.

Figuras 02 e 03 - Divulgação do evento sobre o Levantamento



Fonte: Portal PBagora



Fonte: Portal do TCE-PB

Figura 04 - Técnico da SecexSaúde do TCU (Jonas Lira) concedendo entrevista antes do evento.



Fonte: Portal do TCE-PB

Figura 05 - Equipe de Auditoria do TCE-PB, com técnico da SecexSaúde e Diretor da DIAFI/TCE-PB



Fonte: Portal do TCE-PB

Utilizaram-se ainda como estratégias de divulgação e reforço - a inserção de matéria nos sites do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) e da Federação das Associações de Municípios da Paraíba (FAMUP-PB), envio de e-mails a todos os Secretários e Conselhos de Saúde (Estado e Municípios), à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e às dezesseis Comissões Intergestores Regionais (CIR) e notícias na mídia local (televisão, jornais e sites de notícias, inclusive do Poder Legislativo Estadual).

Os questionários, juntamente com Orientações e Glossário, foram então disponibilizados para preenchimento no portal do TCU (com chamada e link direcionador também no portal do TCE-PB),

sendo o acesso fornecido através de código enviado por ofício. O prazo de resposta foi estendido até 13/05/2016 e, durante o período, os membros da equipe de auditoria deram suporte aos respondentes ao mesmo tempo em que acompanhavam a coleta de dados, ou seja, a taxa de retorno, identificando-se os faltantes.

Figura 06 - Visualização do portal do TCU, durante o período de preenchimento



Fonte: Portal do TCU

Ao final do prazo, todas as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), além da Secretaria de Estado da Saúde (SES), do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bibartite (CIB) atenderam ao chamado e participaram do levantamento, preenchendo os devidos questionários. Quanto aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), dos 223, apenas cinco se omitiram, o que representa uma taxa de retorno de 97,75 %.

## 2.2 Estrutura dos questionários

O questionário direcionado às Secretarias de Saúde (estaduais e municipais) foi segregado em dois grandes blocos, referentes aos mecanismos de gestão - Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Geral. O primeiro (processos-fim) reflete os componentes, práticas e itens de controle relacionados aos níveis de atenção à saúde (atenção básica e atenção de média e alta complexidades), à assistência farmacêutica, à vigilância em saúde, e, no caso dos estados, acrescentou-se o componente relacionado ao apoio prestado aos municípios.

Já o segundo (processos-meio) apresenta os componentes, práticas e itens de controle da gestão administrativa, que perpassam todos os componentes da Gestão da Atenção à Saúde.

A Secretaria Estadual de Saúde deveria responder o questionário completo, assim como as Secretarias de Saúde dos municípios enquadrados no GH 1, 2, 3 e 4 do IDSUS<sup>4</sup>; às demais (GH 5 e 6), caberia o questionário simplificado. O quadro seguinte demonstra a estrutura deste questionário.

Quadro 01-Estrutura do Questionário das Secretarias de Saúde

Secretarias de Saúde (do Estado e Municipais)	BLOCO/MECANISMO	Componentes (subdivididos em Práticas de Gestão)
	Gestão da atenção à saúde	Atenção básica (AB)
		Média e/ou alta complexidade (MAC)
		Assistência farmacêutica (AF)
		Vigilância em saúde (VS)
		Apoio aos municípios (no caso do Estado)
	Gestão geral/administrativa	Planos
		Pessoas
		Processos de apoio
Informação e conhecimento		

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

O questionário direcionado aos Conselhos conteve três blocos – Liderança, Estratégia e Controle, divididos nos seguintes componentes de governança organizacional, como mostra o quadro a seguir.

Quadro 02-Estrutura do Questionário dos Conselhos de Saúde

	BLOCO/MECANISMO	Componentes (subdivididos em Práticas de governança organizacional)
	Liderança	Pessoas e competências

<sup>4</sup> O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é uma forma de avaliação criada pelo governo federal para verificar, a cada três anos, o desempenho de atendimento de saúde nos municípios brasileiros. Ao ranquear os municípios, o MS os dividiu em seis grupos homogêneos (GH), de acordo com perfis socioeconômico e de estrutura de saúde. De acordo com o critério adotado pelo ministério, nos GH 1 (29 municípios) e 2 (94 municípios), estão as cidades mais ricas, com estruturas de saúde pública mais complexas; nos GH 3 (632 municípios) e 4 (587 municípios), estão as cidades com pouca estrutura de média e alta complexidade; e, nos GH 5 (2.038 cidades) e 6 (2.183), as cidades menores, com pouco ou nenhum atendimento especializado.

<b>Conselhos (Estadual e Municipais)</b>		<b>Princípios e comportamentos</b>
		<b>Liderança organizacional</b>
		<b>Sistema de Governança</b>
	<b>Estratégia</b>	<b>Relacionamento com partes interessadas</b>
		<b>Estratégia organizacional</b>
		<b>Alinhamento transorganizacional</b> Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB
	<b>Controle</b>	<b>Gestão de riscos e controles internos</b>
		<b>Auditoria interna</b>
		<b>Accountability e transparência</b>

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

O Conselho Estadual de Saúde (CES) deveria responder o questionário completo, assim como os Conselhos de Saúde dos municípios enquadrados nos Grupos Homogêneos 1, 2, 3 e 4 do IDSUS, perfazendo na Paraíba um total de 28. Aos demais (GH 5 e 6), caberia o questionário simplificado.

Por fim, o questionário (único) dirigido à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), focando na governança da política pública da saúde, abordou práticas de estabelecimento e de funcionamento da Comissão, além de controle por ela exercido.

### 3 RESULTADOS

Foi acordado que as informações coletadas no trabalho seriam consideradas sigilosas, sendo divulgadas apenas de forma consolidada, de modo que não fossem identificadas as respostas individuais das organizações participantes. No entanto, seria encaminhado para as organizações participantes relatório individualizado que permitirá comparar o seu desempenho nas práticas de governança e gestão com a média das organizações equivalentes à sua e de todos que participaram da autoavaliação (relatório de *feedback*).

A matriz de respostas obtida nos questionários foi tratada por meio de procedimento estatístico denominado Análise de Componente Principal (PCA), o qual é capaz de transformar um conjunto de variáveis em uma variável-resumo que melhor represente a variância original devida ao fenômeno que

se pretendia mensurar, expurgando a variância oriunda de outras fontes (ruído da medida). O peso é calculado a partir da correlação de uma variável com as outras. Assim, quanto mais uma determinada variável influencia as demais, maior será o seu peso. Como produtos deste procedimento estatístico, foram elaborados índices e gráficos.

Os gráficos descrevem os índices na forma de percentual, relativos aos estágios de capacidade (Inicial - dividido em: Inexistente, Insuficiente e Iniciando, Intermediária e Aprimorada). Em cada gráfico é informada a avaliação ou nota média entre todos os respondentes (Questionário Completo ou Simplificado), e em qual estágio tal avaliação se encaixa (estágio predominante).

Quanto aos índices, temos as seguintes definições:

- iGestSaúde → Índice de Gestão em Saúde; diz respeito somente às Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- iGovSaúde → Índice de Governança em Saúde; diz respeito somente aos Conselhos Municipais (CMS); e, por fim,
- iGGSaúde → Índice de Gestão e Governança em Saúde; média aritmética entre o iGovSaúde e o iGestSaúde.

Essas informações poderão ser aproveitadas no processo de planejamento da organização e na composição do seu Relatório de Gestão, além de auxiliar os chefes do Poder Executivo, secretários de Saúde e conselheiros de Saúde na melhoria dos sistemas de governança e gestão das Secretarias de Saúde.

### **3.1 Perfil de Gestão em Saúde nas Secretarias Municipais (SMS)**

Os resultados das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) serão apresentados com referência aos componentes de cada mecanismo de Gestão em Saúde (Atenção à Saúde e Gestão Geral), resumidos no iGestSaúde. Para apurar o perfil geral de Gestão em Saúde das SMS, foram considerados somente os componentes e práticas comuns aos questionários de modelo simplificado e modelo completo, respondidos por todos os participantes. Por esse motivo, não se considerou o componente MAC, cujos itens de controle foram respondidos por somente 12,56% do total de 223 secretarias municipais respondentes.

#### **3.1.1 Gestão da Atenção à Saúde nas SMS**

O bloco de Gestão da Atenção à Saúde para as SMS foi decomposto em quatro componentes, quais sejam, Atenção Básica (AB), Média e/ou Alta Complexidades (MAC), Assistência Farmacêutica (AF) e Vigilância em Saúde (VS). Seguem, assim, os resultados acerca das capacidades de gestão relativas a cada um deles.

##### **3.1.1.1 Atenção Básica (AB)**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), esse nível de atenção à saúde deve ser orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, devendo ser a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (consoante o art. 9º, do Decreto 7.508/11, além da atenção básica, são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto).

Dessa forma, para o componente Atenção Básica (AB), foram contempladas, nos questionários aplicados no presente levantamento, as seguintes práticas de gestão:

- AB1 - Organizar a atenção básica;
- AB2 - Garantir que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado;
- AB3 - Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias;
- AB4 - Vincular população aos territórios;
- AB5 - Estabelecer mecanismos de acessibilidade;
- AB6 - Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares;
- AB7 - Executar as ações da atenção básica de sua responsabilidade;
- AB8 - Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica);
- AB9 - Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica;
- AB10 - Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência; e
- AB11 - Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento).

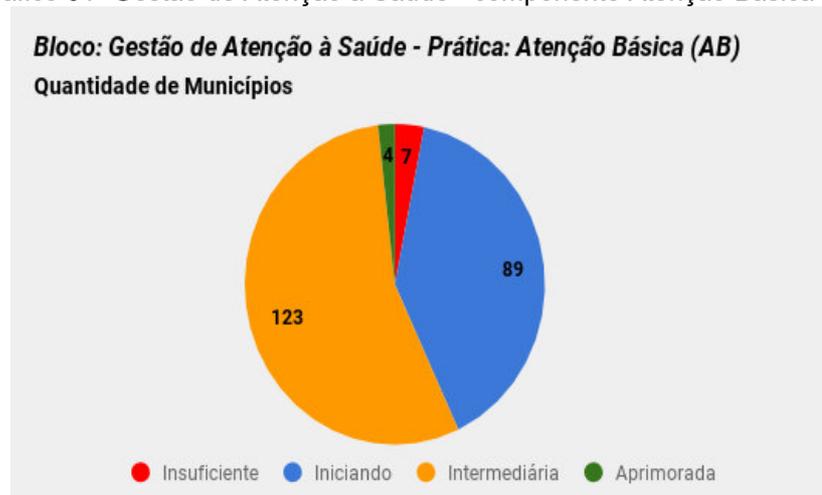
Em relação à Gestão de Atenção à Saúde – componente Atenção Básica (AB), verificou-se que todas as SMS adotam, em algum nível, as práticas de gestão citadas; porém, apenas 2% de forma Aprimorada, encontrando-se a grande maioria (95%) no estágio Iniciando (40%) ou Intermediário (55%).

Tabela 01- Estágios do componente Atenção Básica (AB) - SMS

AB - Atenção Básica		
Estágios	%	Quant. Municípios
Inexistente	0%	0
Insuficiente	3%	7
Iniciando	40%	89
Intermediária	55%	123
Aprimorada	2%	4
	100%	223

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 01- Gestão de Atenção à Saúde - componente Atenção Básica (AB)



Dentre as práticas de gestão afetas à Atenção Básica, o destaque positivo ficou por conta da prática AB6 - *Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares*, a qual mostrou-se um pouco mais avançada em relação às demais, com 91% dos respondentes no estágio Aprimorado (20%) e Intermediário (71%), restando apenas 9% das secretarias na fase Iniciante (7%) ou Inexistente (2%).

Já a prática AB10 - *Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência*, mostrou-se bastante atrasada, atingindo apenas 9% das SMS as fases Aprimorada (1%) e Intermediária (8%), ficando 91% divididas entre os estágios Iniciando (23%), Insuficiente (24%) e Inexistente (44%).

A tabela e o gráfico seguintes apresentam os estágios das Práticas de gestão que compõem a Atenção Básica.

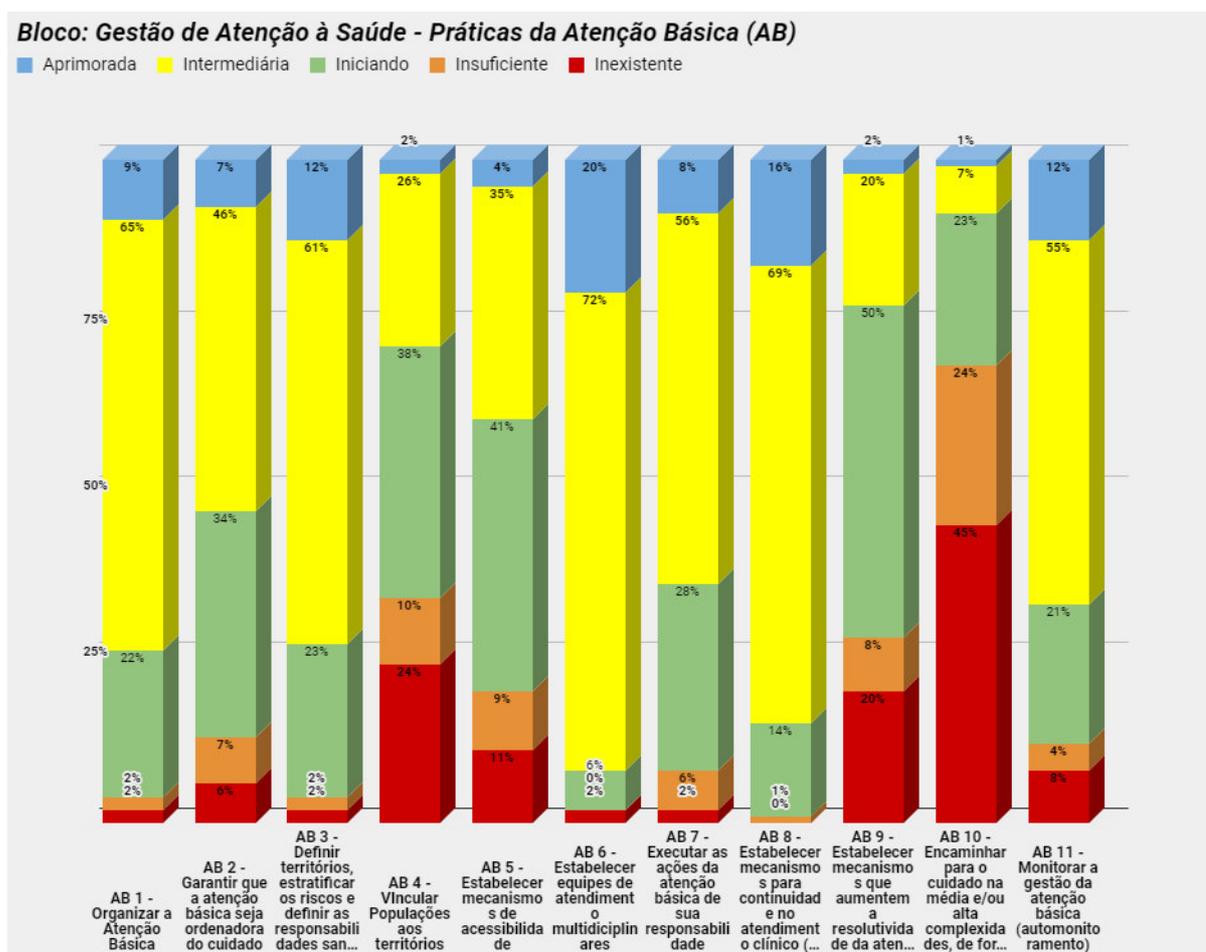
Tabela 02- Estágios das Práticas de gestão do Componente Atenção Básica (AB)

<b>Práticas / Estágios</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Iniciando</b>	<b>Intermediário</b>	<b>Aprimorado</b>
AB 1 - Organizar a Atenção Básica	2%	2%	22%	65%	9%
AB 2 - Garantir que a atenção básica seja ordenadora do cuidado	6%	7%	34%	46%	7%
AB 3 - Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias	2%	2%	23%	61%	12%
AB 4 - Vincular Populações aos territórios	24%	10%	38%	26%	2%
AB 5 - Estabelecer mecanismos de acessibilidade	11%	9%	41%	35%	4%
AB 6 - Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares	2%	0%	6%	72%	20%
AB 7 - Executar as ações da atenção básica de sua responsabilidade	2%	6%	28%	56%	8%
AB 8 - Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica)	0%	1%	14%	69%	16%
AB 9 - Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica	20%	8%	50%	20%	2%
AB 10 - Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência	45%	24%	23%	7%	1%

AB 11 - Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento)	8%	4%	21%	55%	12%
--	----	----	-----	-----	-----

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 02-Estágios das Práticas de gestão do Componente Atenção Básica (AB)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.1.1.2 Assistência farmacêutica (AF)

O componente Assistência farmacêutica (AF), da Gestão de Atenção à Saúde, abordou as seguintes práticas de gestão:

- AF1 - Organizar a assistência farmacêutica;
- AF2 - Selecionar medicamentos;
- AF3 - Programar aquisição de medicamentos;
- AF4 - Adquirir medicamentos;

- AF5 - Armazenar e distribuir medicamentos;
- AF6 - Dispensar medicamentos;
- AF8 - Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).

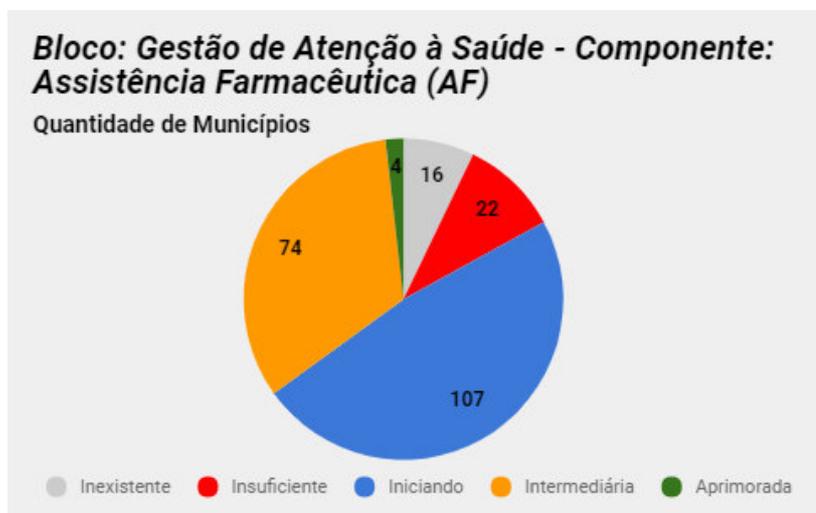
Quanto a este componente, verificou-se que apenas 2% estão no estágio Aprimorado; a grande maioria, ou seja, 81% dos órgãos respondentes, estão entre os estágios Iniciando (48%) e Intermediário (33%), 10% no estágio Insuficiente e 7% na fase Inexistente.

Tabela 03- Estágios do componente Assistência Farmacêutica (AF)

AF - Assistência Farmacêutica		
Estágios	%	Quant. Municípios
Inexistente	7%	16
Insuficiente	10%	22
Iniciando	48%	107
Intermediária	33%	74
Aprimorada	2%	4
	100%	223

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 03- Estágios do componente Assistência Farmacêutica (AF)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

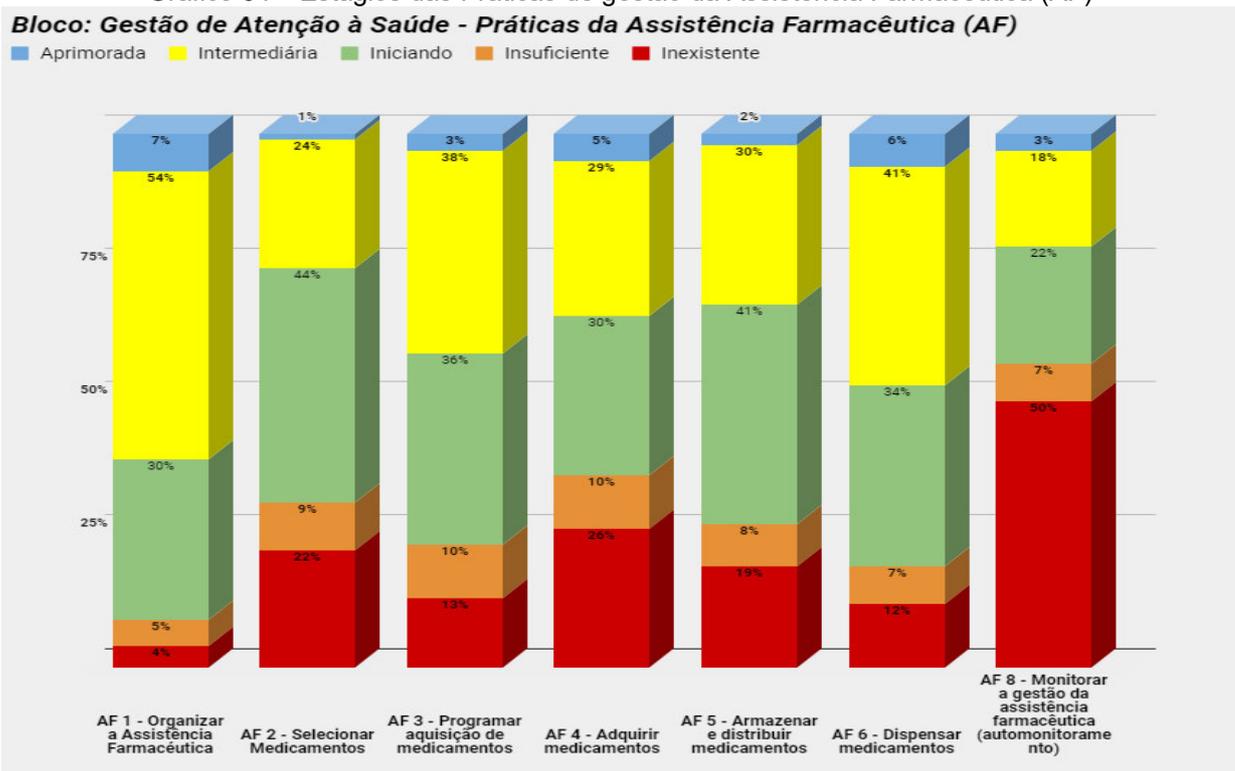
Este componente teve como destaque positivo a prática AF1 - *Organizar a assistência farmacêutica*, com 61% dos envolvidos no levantamento entre os estágios Aprimorado (7%) e Intermediário (54%), restando 39% distribuídos entre os estágios Iniciante (30%), Insuficiente (5%) e Inexistente (4%). Já a prática AF8 - *Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento)* apresentou-se com apenas 21% divididos entre as fases Aprimorada (3%) e Intermediária (18%), restando os demais 94% distribuídos entre os níveis Iniciante (22%), Insuficiente (7%) e Inexistente (50%).

Tabela 04- Estágios das Práticas de gestão do Componente Assistência Farmacêutica (AF)

Práticas / Estágios	Inexistente	Insuficiente	Iniciando	Intermediária	Aprimorada
AF 1 - Organizar a Assistência Farmacêutica	4%	5%	30%	54%	7%
AF 2 - Selecionar Medicamentos	22%	9%	44%	24%	1%
AF 3 - Programar aquisição de medicamentos	13%	10%	36%	38%	3%
AF 4 - Adquirir medicamentos	26%	10%	30%	29%	5%
AF 5 - Armazenar e distribuir medicamentos	19%	8%	41%	30%	2%
AF 6 - Dispensar medicamentos	12%	7%	34%	41%	6%
AF 8 - Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento)	50%	7%	22%	18%	3%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 04- Estágios das Práticas de gestão da Assistência Farmacêutica (AF)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.1.1.3 Vigilância em Saúde (VS)

O componente Vigilância em saúde (VS) contemplou as seguintes práticas de gestão:

- VS1 - Organizar a vigilância em saúde;
- VS2 - Realizar vigilância da situação geral de saúde da população;
- VS3 - Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis;
- VS4 - Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências; e
- VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).

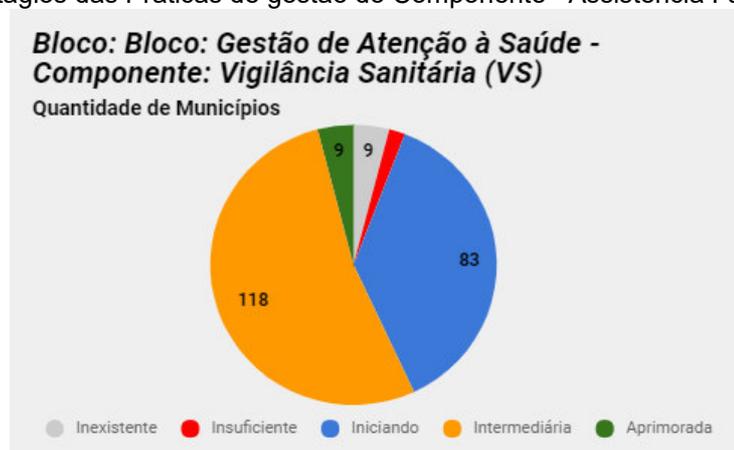
Em relação à Vigilância Sanitária (VS), que também integra o bloco Gestão de Atenção à Saúde, constatou-se que apenas 4% atingiram o estágio Aprimorado; 90% dos respondentes estão entre os estágios Iniciando (37%) e Intermediária (53%), 2% dos respondentes encontram-se no estágio Insuficiente e 4% ainda Inexistente.

Tabela 05- Estágios do componente Vigilância Sanitária (VS)

VS - Vigilância Sanitária		
Estágios	%	Quant. Municípios
Inexistente	4%	9
Insuficiente	2%	4
Iniciando	37%	83
Intermediária	53%	118
Aprimorada	4%	9
	100%	223

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 05 -Estágios das Práticas de gestão do Componente Assistência Farmacêutica (AF)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Quanto às práticas de gestão do componente Vigilância Sanitária (VS), *Realizar vigilância da situação geral de saúde da população - VS2* - obteve o melhor resultado, com 65% dos órgãos entre os estágios Aprimorado (8%) e Intermediária (57%); os outros 35% ficaram distribuídos entre Iniciante (29%), Insuficiente (2%) e Inexistente (4%). Por outro lado, a prática *VS4 - Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências* obteve o pior resultado, 80% dos

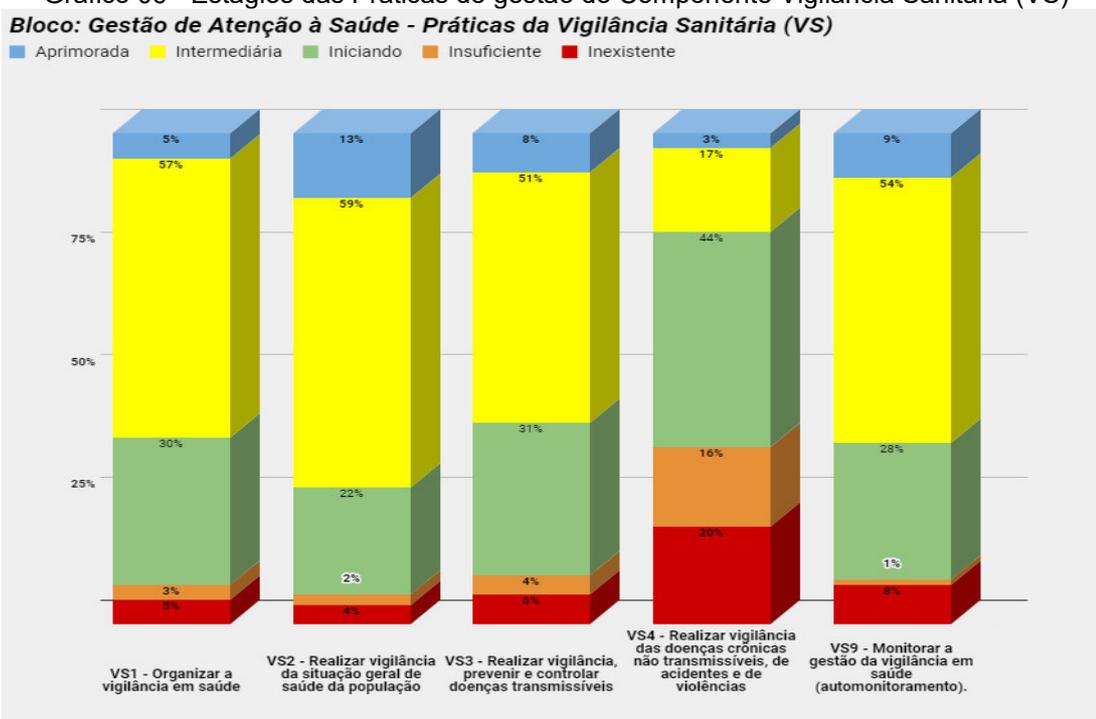
respondentes divididos entre os níveis Inexistente (20%), Insuficiente (16%) e Iniciando (44%), e apenas 20% entre as fases Intermediária (17%) e Aprimorada (3%).

Tabela 06 - Estágios das Práticas de gestão do Componente Vigilância Sanitária (VS)

Práticas / Estágios	Inexistente	Insuficiente	Iniciando	Intermediário	Aprimorado
VS1 - Organizar a vigilância em saúde	5%	3%	30%	57%	5%
VS2 - Realizar vigilância da situação geral de saúde da população	4%	2%	22%	59%	13%
VS3 - Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis	6%	4%	31%	51%	8%
VS4 - Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências	20%	16%	44%	17%	3%
VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).	8%	1%	28%	54%	9%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 06 - Estágios das Práticas de gestão do Componente Vigilância Sanitária (VS)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.1.1.4 Gestão Geral/Administrativa nas SMS

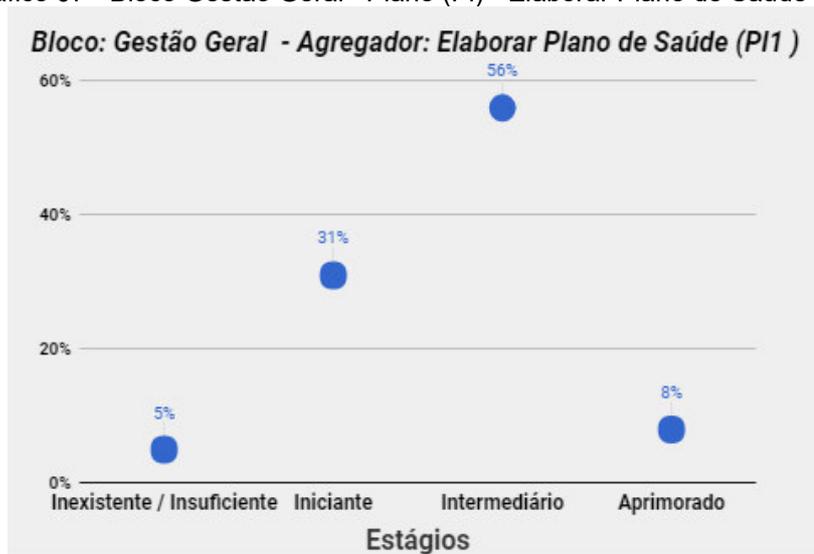
#### 3.1.1.4.1 Planos (PI)

O componente Plano (PI) englobou as seguintes práticas de gestão:

- PI1 - Elaborar Plano de Saúde;
- PI2 - Elaborar programação anual de saúde; e
- PI3 - Estabelecer planos operativos.

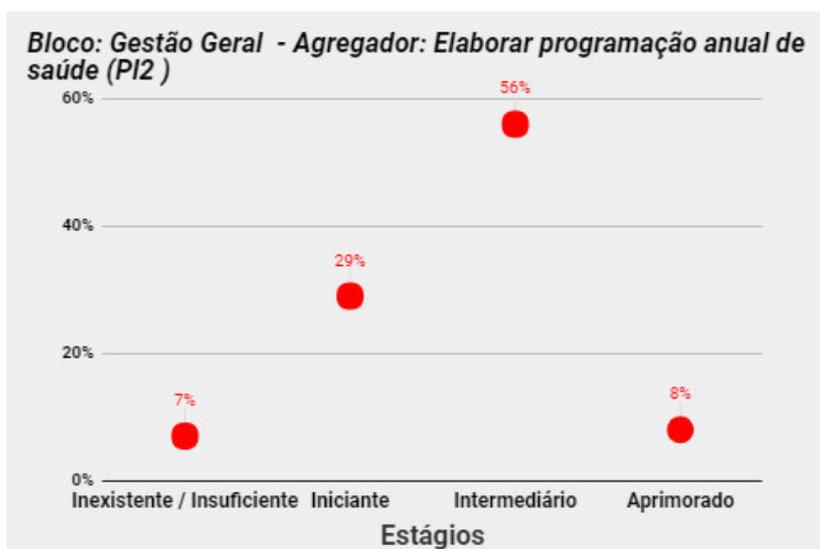
Os Gráficos 07, 08 e 09, a seguir, ilustram os percentuais de municípios que se encontram em cada estágio, com relação a cada uma das citadas práticas.

Gráfico 07 - Bloco Gestão Geral –Plano (PI) - Elaborar Plano de Saúde (PI1)



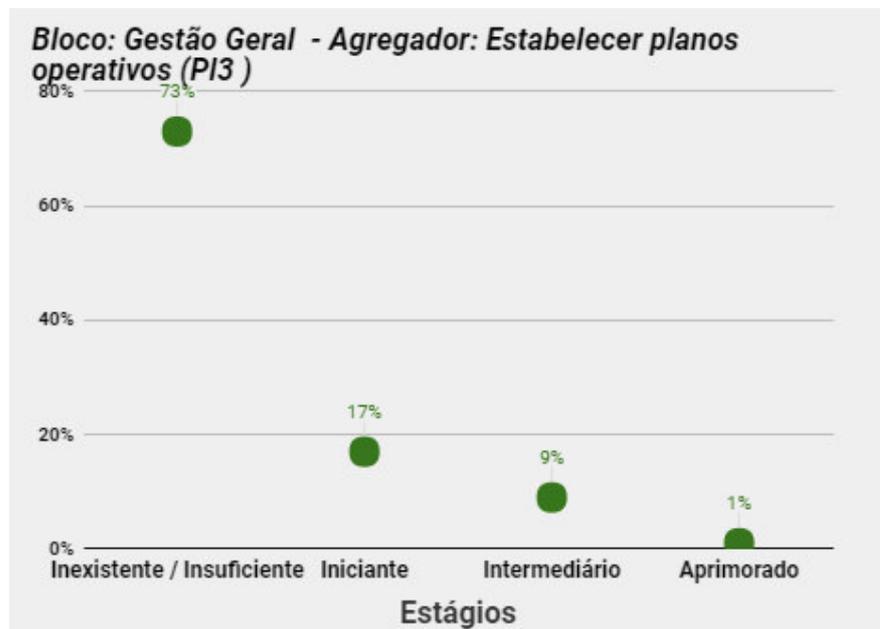
Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 08 - Bloco Gestão Geral –Plano (PI) - Elaborar programação anual de saúde (PI2)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 09 - Bloco Gestão Geral - Plano (PI) - Estabelecer planos operativos (PI3)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Na avaliação do componente Plano (PI), dentre as práticas de gestão pesquisadas, a *PI1 - Elaborar Plano de Saúde* e *PI2 - Elaborar programação anual de saúde*, mostraram-se mais desenvolvidas, praticamente sincronizadas, ambas com 64% dos respondentes entre os estágios Aprimorado (8%) e Intermediário (56%). Já a prática *PI3 - Estabelecer planos operativos*, obteve um resultado bastante atrasado na avaliação, com 90% dos órgãos participantes nos estágios Inexistente (67%), Insuficiente (6%) Iniciante (17%).

Diante dos índices apurados na prática PI3, deduz-se que o estabelecimento de planos operativos é o grande desafio desta fase da Gestão Geral. De acordo com o levantamento, verificou-se que os Planos de Saúde são elaborados, inclusive com sua programação anual, porém não é posto em prática na maioria dos órgãos envolvidos no levantamento, tornando-se inócua a previsão destas práticas.

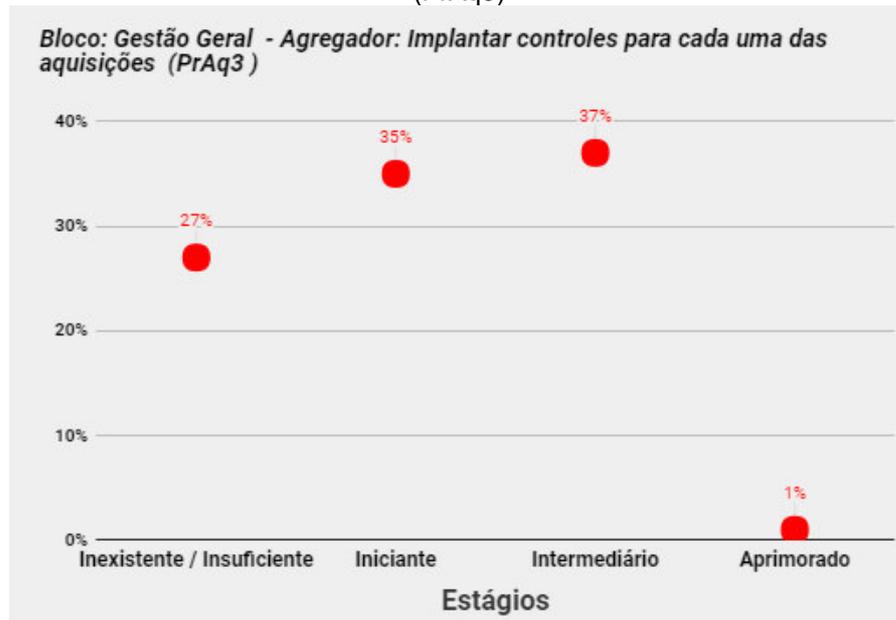
#### 3.1.1.4.2 Processos (Pr)

Ao se investigar os Processos de apoio - referentes a Aquisições, Acordos com terceiros e Orçamento e finanças, foram utilizadas questões acerca das práticas de gestão de:

- PrAq3 - Implantar controles para cada uma das aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde); e
- PrCtt3 - Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde; e
- PrOF3 - monitorar e avaliar o fundo de saúde (PrOF3).

O Gráfico 10 apresenta os estágios em que as secretarias de saúde se encontram, quanto à prática de gestão *PrAq3 - Implantar controles para cada uma das aquisições*.

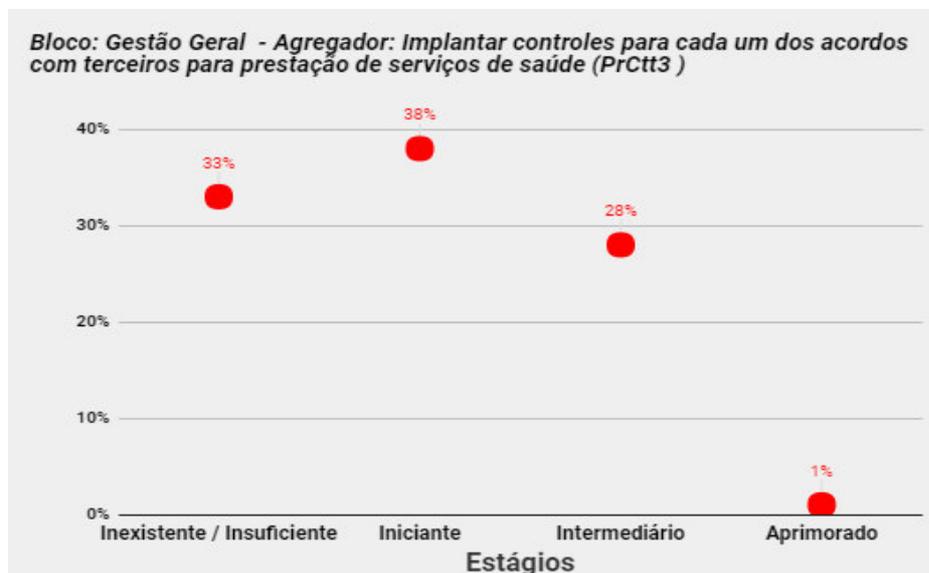
Gráfico 10 - Bloco Gestão Geral - Processos (Pr) - Implantar controles para cada uma das aquisições (PrAq3)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Em relação à prática *PrAq3 - Implantar controles para cada uma das aquisições*, e Aprimorado (1%) e Intermediário (37%), enquanto 62% situaram-se entre os estágios Iniciante (35%), Insuficiente (6%) e Inexistente (21%).

Gráfico 11 - Bloco Gestão Geral - Processos (Pr) - Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde (PrCtt3)

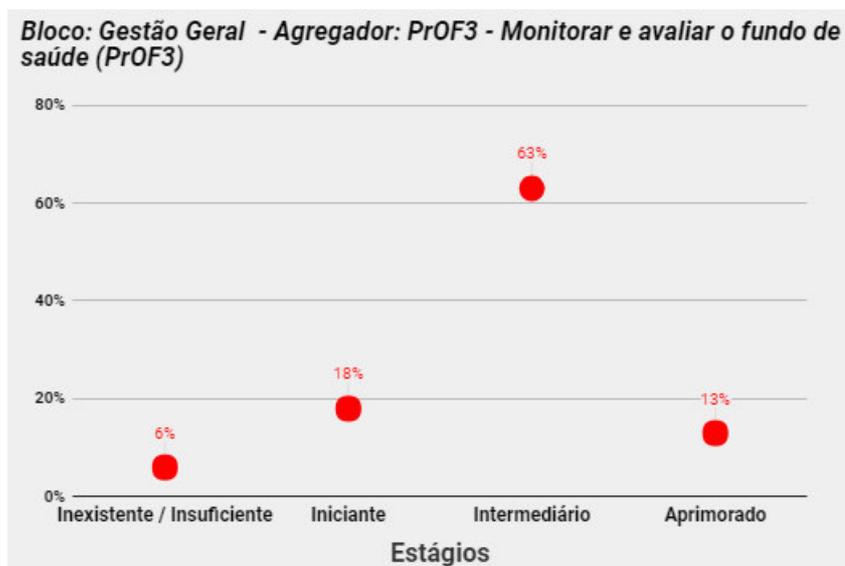


Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Na avaliação da prática *PrCtt3 - Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde*, os participantes da avaliação mostraram-se ainda mais atrasados, com 71% destes distribuídos nas fases Iniciante (38%), Insuficiente (9%) e Inexistente (24%), e apenas 29% classificaram-se em Intermediário (28%) e Aprimorado (1%).

Já a análise de Processo de apoio – Orçamento e finanças abrangeu a prática de gestão ao *PrOF3 - Monitorar e avaliar o fundo de saúde*, cujo desempenho está demonstrado no Gráfico 12, que segue. Esta prática mostrou-se um pouco melhor estruturada, haja vista que 76% dos respondentes classificaram-se no estágio intermediário (63%) e aprimorado (13%), enquanto o estágio Iniciante reuniu 18% das secretarias e apenas 6% em foram classificadas como Insuficiente (1%) e Inexistente (5%).

Gráfico 12 - Bloco Gestão Geral - Processos (Pr) - Monitorar e avaliar o fundo de saúde (PrOF3)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

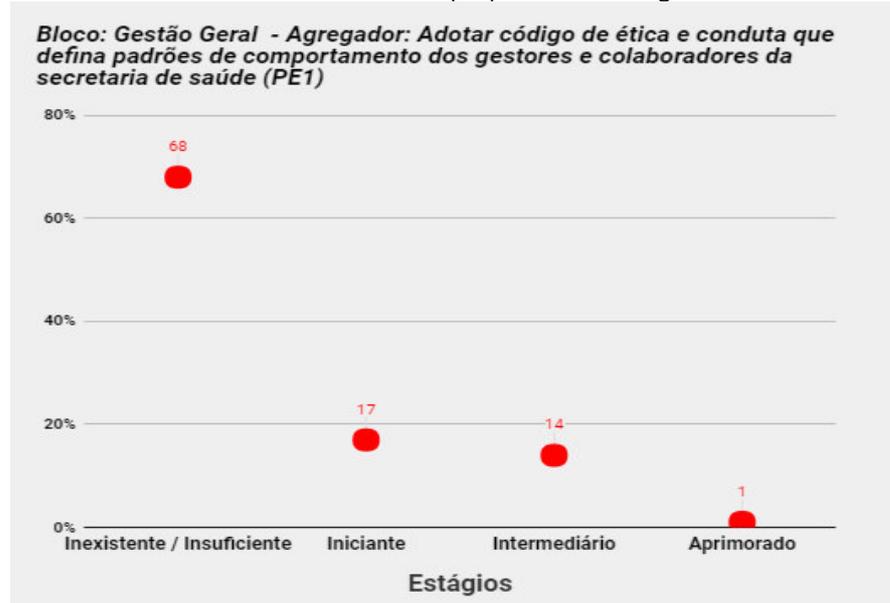
### 3.1.1.4.3 Pessoas (Pe)

Para o exame do componente Pessoas (Pe), foram elaboradas questões a respeito das seguintes práticas de gestão:

- PE1 - Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde;
- PE3 - Dispor de força de trabalho suficiente;
- PE6 - Promover a aprendizagem contínua;

O componente Pessoas (Pe) deixou muito a desejar na avaliação, apesar de conter práticas importantes para o desenvolvimento e bom funcionamento do sistema de saúde. A situação com relação a esse componente está ilustrada nos Gráficos 13, 14 e 15.

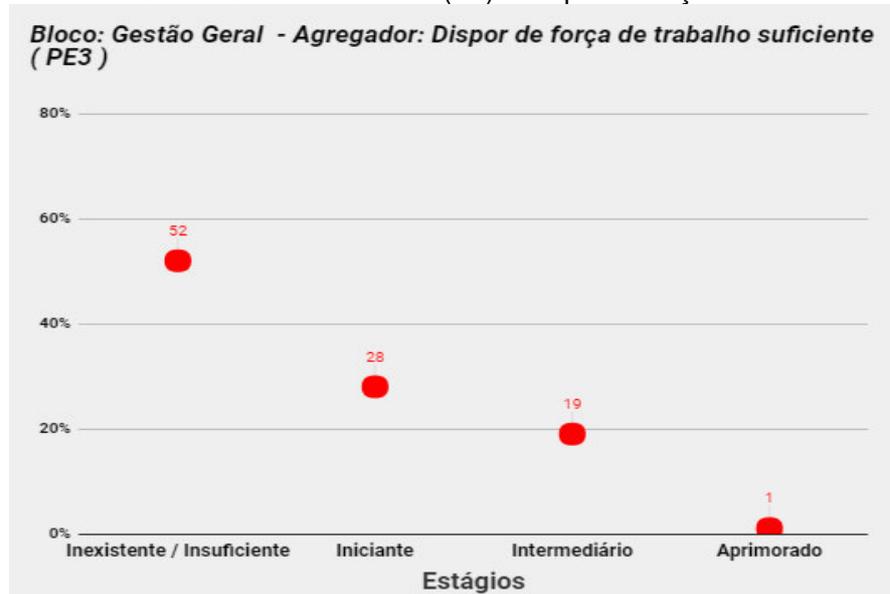
Gráfico 13 - Bloco Gestão Geral - Pessoas (Pe) - Adotar código de ética e conduta (PE1)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Observa-se assim que, na prática *PE1 - Adotar código de ética e conduta*, 85% dos participantes foram classificados nos estágios Iniciante (17%), Insuficiente (2%) e Inexistente (66%), enquanto que apenas 1% enquadrou-se no nível Aprimorado e 14% no Intermediário.

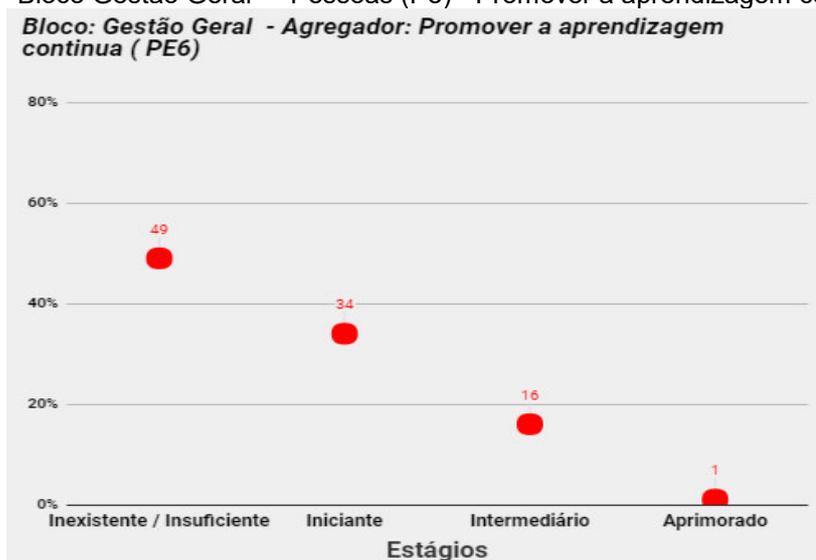
Gráfico 14 - Bloco Gestão Geral - Pessoas (Pe) - Dispor de força de trabalho suficiente (PE3)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

A prática *Pe3 - Dispor de força de trabalho suficiente* - teve como resultado 80% dos respondentes entre os estágios Iniciante (28%), Insuficiente (10%) e Inexistente (42%), ficando 18% no nível Intermediário e apenas 1% no estágio Aprimorado, como ilustrado no Gráfico 14.

Gráfico 15 - Bloco Gestão Geral - Pessoas (Pe) - Promover a aprendizagem contínua (PE6)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Quanto à prática *PE6 - Promover a aprendizagem contínua*, não houve muita alteração em relação às demais práticas avaliadas do componente Pessoas (PE). De acordo com o resultado, 83% dos respondentes classificaram-se entre Iniciante (34%), Insuficiente (10%) e Inexistente (39%), restando 16% no estágio Intermediário e apenas 1% no nível Aprimorado.

#### 3.1.1.4.4 Informação e Conhecimento (IC)

Por fim, o componente Informação e Conhecimento abrangeu questões referentes à prática de gestão de *Utilizar sistemas de informação (IC1)*. Esta prática apresentou-se um pouco mais estruturada em relação às anteriores, com 61% dos participantes da avaliação entre os estágios Aprimorado (6%), e Intermediário (55%), restando 39% divididos entre Iniciante (33%), Insuficiente (2%) e Inexistente (4%). O Gráfico 16 demonstra esse resultado.

Gráfico 16-Bloco Gestão Geral-Informação e Conhecimento (IC)-Utilizar sistemas de informação (IC1)



### 3.1.1.5 Média e/ou alta complexidade (MAC)

Conforme já explicitado no subitem 3.1, o componente MAC constou apenas no questionário de modelo completo, ou seja, respondido por apenas 29 órgãos do Estado da Paraíba, os quais se enquadraram no GH 1, 2, 3 e 4 do IDSUS (ver subitem 2.2). Os itens de controle constantes neste questionário foram respondidos por apenas 12,56% do total de 223 secretarias municipais.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a média complexidade, um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS, 'compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico'. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde e suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde.

Os seguintes grupos compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrassonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; e 13) anestesia.

Já a atenção de alta complexidade é definida como (Brasil 2009) o 'conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)'.

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS - SIHSUS (embora em pequena quantidade, encontram-se também no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS- SIASUS).

A maior parte dos municípios brasileiros não possui estrutura de atenção de média e alta complexidades (MAC). De acordo com dados disponibilizados na página do Índice de Desempenho do SUS - IDSUS, pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas/SE/MS), 4.221

municípios não possuem estrutura MAC, o que representa 76% dos municípios brasileiros<sup>5</sup>. Na Paraíba, com mencionado no início deste tópico, alcança apenas 12,56% dos municípios.

Para garantir a integralidade do cuidado de sua população, os municípios que não dispõem desses serviços dependem dos chamados municípios de referência, que ficam com a atribuição de prestar assistência especializada, conforme pactuação previamente estabelecida (atualmente, conforme definido no Decreto 7.508/11, as pactuações dessa natureza deveriam ser definidas no âmbito do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde-COAP, de forma regional, envolvendo os municípios participantes de uma determinada região de saúde, o respectivo Estado e a União).

As seguintes práticas foram definidas para avaliar o componente de média e/ou alta complexidade(s) (MAC) :

- MAC1 - Organizar o atendimento de média e alta complexidade;
- MAC2 - Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade;
- MAC3 - Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB);
- MAC4 - Estabelecer complexo regulador;
- MAC5 - Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação;
- MAC6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades;
- MAC7 - Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade;
- MAC8 - Realizar contrarreferência;
- MAC9 - Implantar controles na gestão da utilização de OPME; e
- MAC10 - Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).

Da análise dos resultados (exibidos na Tabela 07 e no Gráfico 17, a seguir), constatou-se que 27% dos respondentes, ou seja, oito secretarias não praticam atos de boa gestão (10%), ou praticam de forma Insuficiente (17%), ao passo que 70% dos órgãos participantes do levantamento se enquadraram na fase Iniciante (55%) ou na fase Intermediária (15%). Apenas uma secretaria exerce de forma Aprimorada estas práticas.

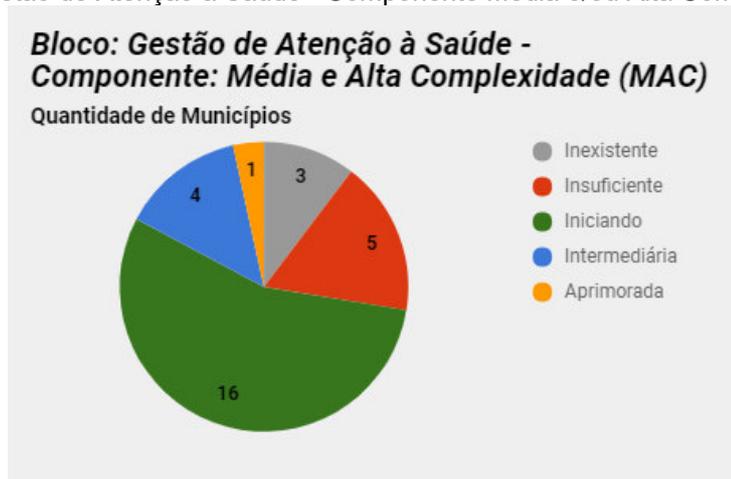
Tabela 07 - Estágios do componente Média e Alta Complexidade (MAC)

<b>MAC - Média e Alta Complexidade</b>		
<b>Estágios</b>	<b>%</b>	<b>Quant. Municípios</b>
Inexistente	10%	3
Insuficiente	17%	5
Iniciando	55%	16
Intermediário	15%	4
Aprimorado	3%	1
	100%	29

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

<sup>5</sup> Conforme o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município-IESSM, disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>.

Gráfico 17 - Gestão de Atenção à Saúde - Componente Média e/ou Alta Complexidade (MAC)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Dentre as dez práticas do componente Média e Alta Complexidade, a *MAC2 - Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade*, mostrou-se mais evoluída entre os 29 respondentes da Paraíba, com 59% divididos entre Aprimorado (7%) e Intermediário (52%), enquanto o percentual restante de 41% ficou dividido entre Iniciando (38%), Insuficiente (0%) e Inexistente (3%).

Já a prática *MAC6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades* mostrou-se pouco evoluída, com 6% entre as fases Aprimorada e Intermediária, remanescendo 94% dos respondentes classificados entre Iniciante (18%), Insuficiente (3%) e Inexistente (73%).

O resultado relativo à prática *MAC6* evidencia que a maior deficiência está no fato de a maioria dos participantes não ter um planejamento, prévio e operacional, no sentido de melhor gerir a demanda por atendimentos em média e/ou alta complexidades. Esta deficiência pode ser explicada, dentre outros motivos, pela ausência de setor específico e equipe preparada para elaborar ações pelas quais se possa identificar e graduar a demanda e fazer os devidos encaminhamentos ao Polo mais próximo. Para tanto, pode ser feito um mapeamento prévio das unidades capazes de fazer este tipo de atendimento, sempre de acordo com a especialidade exigida em cada caso, bem como o acompanhamento *a posteriori* dos usuários alvos deste tipo de atendimento pela localidade originária em sua Unidade de Atenção Básica.

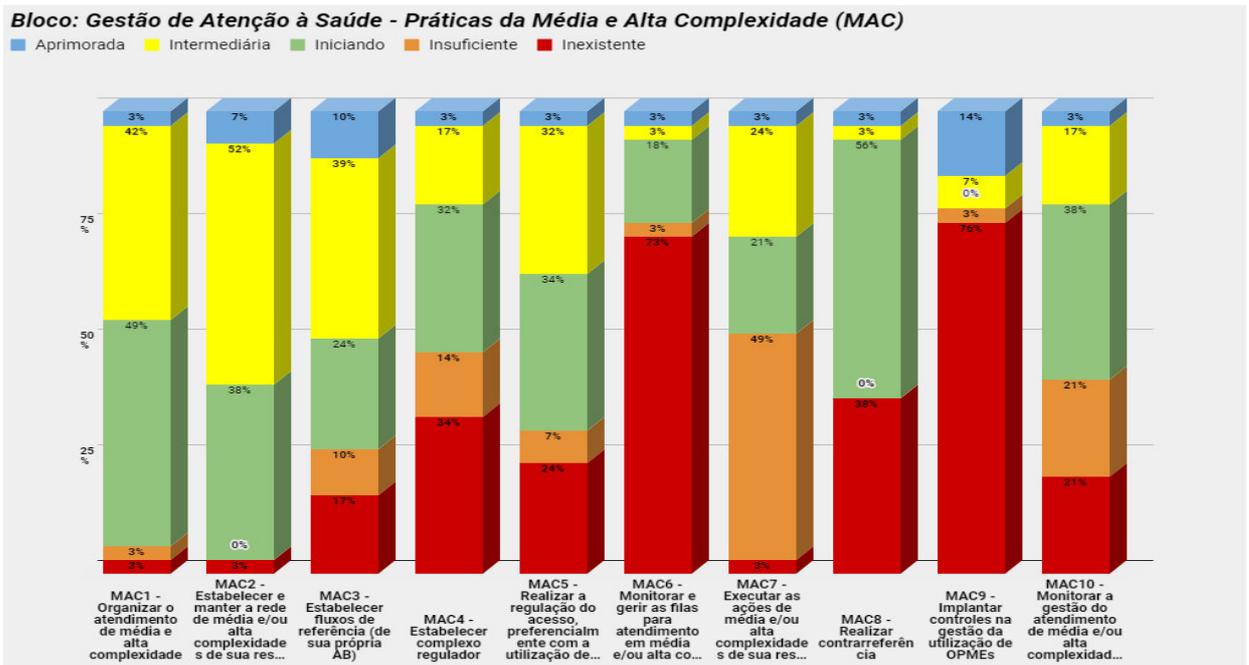
Tabela 08 - Estágios das Práticas de gestão do Componente Média e Alta Complexidade (MAC)

Práticas / Estágios	Inexistente	Insuficiente	Iniciando	Intermediária	Aprimorada
MAC1 - Organizar o atendimento de média e alta complexidade	3%	3%	49%	42%	3%
MAC2 - Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade	3%	0%	38%	52%	7%
MAC3 - Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB)	17%	10%	24%	39%	10%

MAC4 - Estabelecer complexo regulador	34%	14%	32%	17%	3%
MAC5 - Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação	24%	7%	34%	32%	3%
MAC6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades.	73%	3%	18%	3%	3%
MAC7 - Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade	3%	49%	21%	24%	3%
MAC8 - Realizar contrarreferência	38%	0%	56%	3%	3%
MAC9 - Implantar controles na gestão da utilização de OPME	76%	3%	0%	7%	14%
MAC10 - Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).	21%	21%	38%	17%	3%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Gráfico 18 -Estágios das Práticas de gestão do Componente Média e Alta Complexidade (MAC)



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

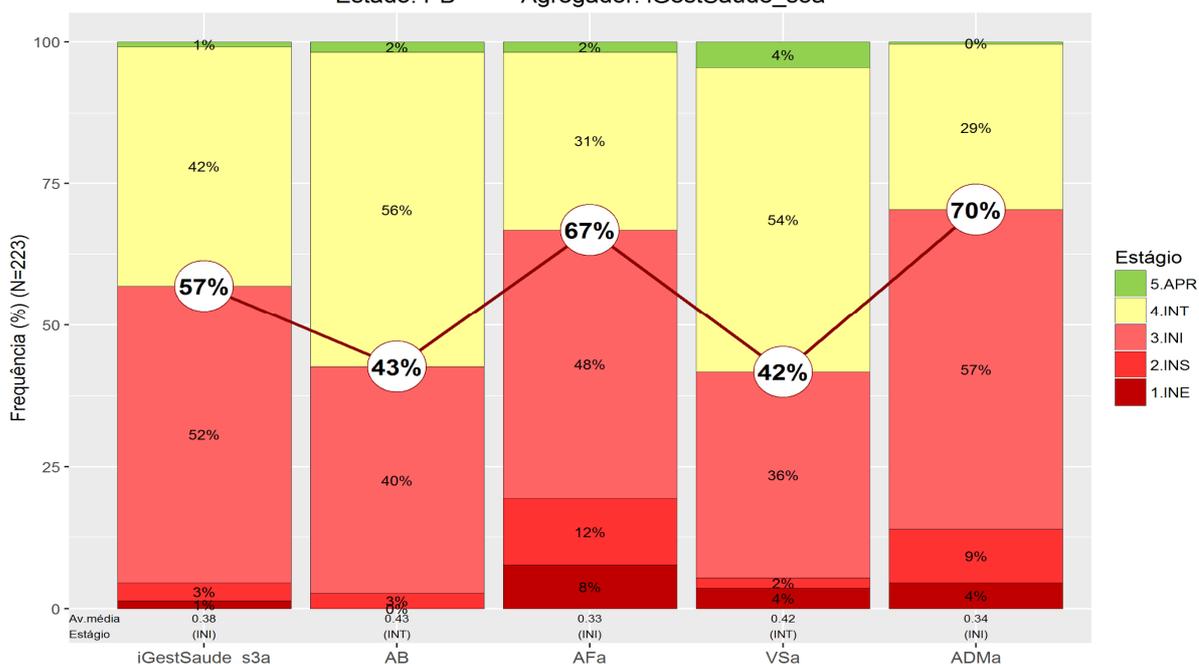
### 3.1.2 Índice de Gestão em Saúde (IGestSaúde) - SMS

O Índice de Gestão em Saúde (IGestSaúde) foi apurado a partir das respostas às questões do modelo de questionário simplificado de todas as Secretarias Municipais de Saúde, consolidando os desempenhos quanto a Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Geral/Administrativa. Como já exposto, o bloco Gestão da Atenção à Saúde foi decomposto em três componentes, quais sejam: Atenção Básica (AB), Assistência Farmacêutica (AF) e Vigilância em Saúde (VS). Já o bloco Gestão Geral foi dividido em: Planos (PI), Processos (Pr), Pessoas (Pe) e Informação e Conhecimento (IC).

Pelo resultado sintetizado no Gráfico 19, verifica-se que a capacidade de apenas 1% dos órgãos respondentes foi classificada no estágio Aprimorado, 53% no estágio Iniciando, 42% no Intermediário e 4% distribuídos em Inexistente (1%) e Insuficiente (3%).

Gráfico 19 - Distribuição da frequência da Gestão em Saúde nas SMS, por estágio de capacidade

Secretarias Municipais de Saúde (simplificado)  
Estado: PB Agregador: iGestSaude\_s3a



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCU

Após a consolidação de suas práticas de gestão, o componente Atenção Básica (AB) mostrou-se com o melhor resultado, ficando com 55% dos respondentes em fase Intermediária, 40% Iniciante, 3% Insuficiente e 2% Aprimorada; nenhum dos órgãos pesquisados se classificou no estágio Inexistente. Outro componente com resultado semelhante foi a Vigilância Sanitária (VS), o qual apresentou 58% dos respondentes entre os estágios Aprimorado (4%) e Intermediário (54%), enquanto o 36% enquadram-se no estágio Iniciante, 2% como Insuficiente e 4% Inexistente.

A prática Gestão Administrativa (ADM) apresentou-se pouco desenvolvida, com 71% dos respondentes classificados em Iniciante (58%), Insuficiente (9%) e Inexistente (4%); 29% na fase Intermediária e nenhum dos respondentes no estágio Aprimorado. Apresentamos a seguir tabelas com as médias calculadas do IGestSaúde para cada mesorregião (Tabela 09), cada CIR (Tabela 10) e para o Estado, como um todo.

Tabela 09 - Médias do IGestSaúde por Mesorregião

Mesorregião	Média do IGestSaúde
Agreste Paraibano	0,3858
Borborema	0,4057
Mata Paraibana	0,3316
Sertão Paraibano	0,3834
Todo o Estado	0,3814

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Tabela 10 - Médias do IGestSaúde por CIR

<b>Comissões Intergestores Regionais - CIR</b>	<b>Média do IGestSaúde</b>
1ª CIR - Comissão Intergestores Mata Atlântica	0,3216
2ª CIR - Comissão Intergestores Piemont da Borborema	0,3764
3ª CIR - Comissão Intergestores Borborema	0,4267
4ª CIR - Comissão Intergestores do Curimataú e Seridó Paraibano	0,3341
5ª CIR - Comissão Intergestores Cariri Ocidental	0,3862
6ª CIR - Comissão Intergestores Sertão Patos	0,4476
7ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Piancó	0,3777
8ª CIR - Comissão Intergestores Alto Sertão	0,3095
9ª CIR - Comissão Intergestores	0,3693
10ª CIR - Comissão Intergestores Vale dos Dinossauros	0,3891
11ª CIR - Comissão Intergestores Princesa Isabel	0,4262
12ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Paraíba	0,3808
13ª CIR - Comissão Intergestores Terra de Maringá	0,3932
14ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Mamanguape	0,3148
15ª CIR - Comissão Intergestores Cariri Oriental	0,4358
16ª - Comissão Intergestores Renascer do Brejo	0,3753
<b>Todo Estado</b>	<b>0,3814</b>

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### **3.2 Perfil de Governança em Saúde - Conselhos Municipais de Saúde (CMS)**

Os resultados apresentados nesta seção referem-se às respostas de 217 Conselhos Municipais de Saúde do Estado Paraibano (97,75% do total). Para avaliação do perfil de governança nos Conselhos de Saúde, foram aplicadas questões relativas a três mecanismos: liderança, estratégia e controle.

#### **3.2.1 Liderança**

O resultado deste mecanismo mostrou 32% dos respondentes classificados entre os estágios Aprimorado (1%) e Intermediário (31%), ficando 68% divididos em fases Iniciante (57%), Insuficiente (7%) e Inexistente (4%).

Tabela 11 - Estágios do mecanismo Liderança

<b>Bloco / Estágios</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Iniciante</b>	<b>Intermediário</b>	<b>Aprimorado</b>
<b>Liderança</b>	4%	7%	57%	31%	1%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Dentro deste bloco foram avaliadas as habilidades relativas a pessoas e competências, princípios e comportamentos, liderança organizacional e sistema de governança, a fim de mensurar a liderança exercida na organização. As práticas abordadas neste bloco foram, assim:

- L1.1 - Definir os perfis profissionais da liderança (alta administração e conselhos);
- L1.2 - Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção da liderança;
- L1.3 - Assegurar a adequada capacitação da liderança;
- L2.1 - Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento da liderança;
- L3.1 - Responsabilizar-se pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde; e
- L4.1 - Estabelecer o conselho de saúde.

Tabela 12 -Estágios das Práticas de governança do mecanismo Liderança

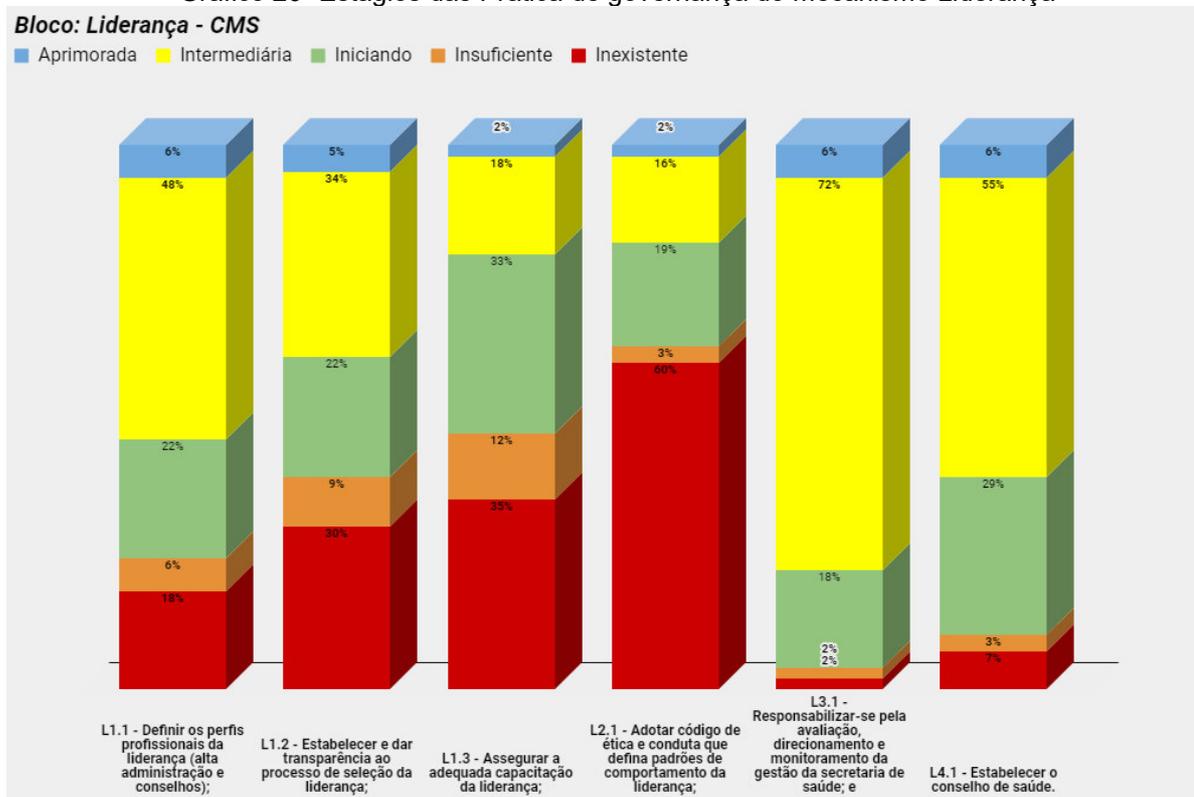
<b>Práticas / Estágios</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Iniciando</b>	<b>Intermediária</b>	<b>Aprimorada</b>
L1.1 - Definir os perfis profissionais da liderança (alta administração e conselhos);	18%	6%	22%	48%	6%
L1.2 - Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção da liderança;	30%	9%	22%	34%	5%
L1.3 - Assegurar a adequada capacitação da liderança;	35%	12%	33%	18%	2%
L2.1 - Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento da liderança;	60%	3%	19%	16%	2%
L3.1 - Responsabilizar-se pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde; e	2%	2%	18%	72%	6%
L4.1 - Estabelecer o conselho de saúde.	7%	3%	29%	55%	6%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

O destaque positivo ficou por conta da prática *L3.1 - Responsabilizar-se pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde*, a qual obteve o percentual de 78% dos

respondentes entre os estágios Aprimorado (6%) e intermediário (72%), e apenas 22% entre as fases Iniciante (18%), Insuficiente (2%) e Inexistente (2%). Por outro lado, a prática L2.1 - Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento da liderança, mostrou-se bastante atrasada, com apenas 18% dos órgãos participantes entre os estágios Aprimorado (2%) e Intermediário (16%), enquanto que 82% classificaram-se entre Iniciante (19%), Insuficiente (3%) e Inexistente (60%).

Gráfico 20 -Estágios das Prática de governança do mecanismo Liderança



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.2.2 Estratégia

Da avaliação dos conselhos de saúde quanto ao mecanismo Estratégia, apenas 36% enquadraram-se no estágio Aprimorado (1%) e intermediária (35%); o restante, 65%, ficaram divididos nos estágios Iniciante (58%), Insuficiente (4%) e Inexistente (2%).

Tabela 13 -Estágios do mecanismo Estratégia

Bloco / Estágios	Inexistente	Insuficiente	Iniciante	Intermediário	Aprimorado
------------------	-------------	--------------	-----------	---------------	------------

<b>Estratégia</b>	2%	4%	58%	35%	1%
-------------------	----	----	-----	-----	----

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Já no mecanismo Estratégia, foram avaliadas práticas referentes a relacionamento com partes interessadas; estratégia organizacional; e alinhamento transorganizacional, a seguir detalhadas:

- E1.1 - Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso;
- E2.2 - Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde;
- E2.3 - Anualizar a estratégia da secretaria de saúde;
- E2.4 - Monitorar e avaliar a execução da estratégia da secretaria de saúde;
- E2.6 - Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde;
- E3.1 - Conhecer as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional; e
- E3.2 - Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, com municípios, estado e união, com vistas a implementação de regiões de saúde e de redes de atenção à saúde.

Tabela 14 -Estágios das Práticas de governança do mecanismo Estratégia

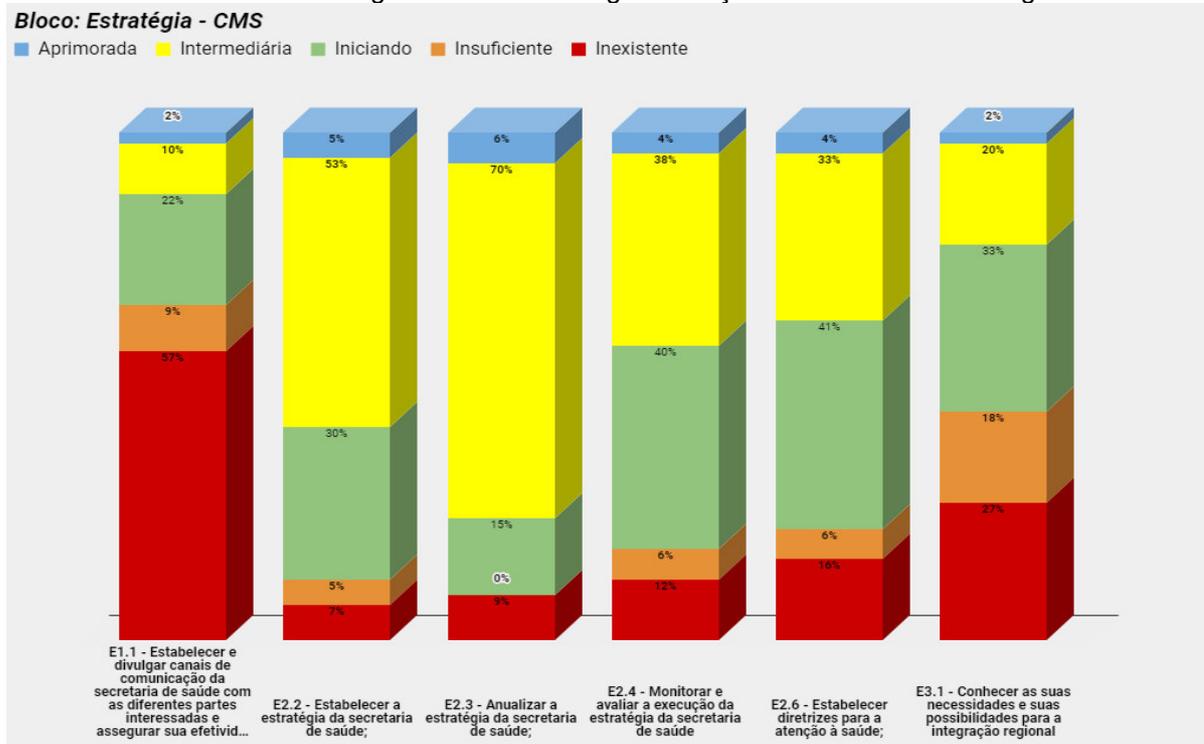
<b>Práticas / Estágios</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Iniciando</b>	<b>Intermediária</b>	<b>Aprimorada</b>
E1.1 - Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso;	57%	9%	22%	10%	2%
E2.2 - Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde;	7%	5%	30%	53%	5%
E2.3 - Anualizar a estratégia da secretaria de saúde;	9%	0%	15%	70%	6%
E2.4 - Monitorar e avaliar a execução da estratégia da secretaria de saúde	12%	6%	40%	38%	4%
E2.6 - Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde;	16%	6%	41%	33%	4%
E3.1 - Conhecer as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional	27%	18%	33%	20%	2%
E3.2 - Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, com municípios, estado e união, com vistas a implementação de regiões de	40%	13%	29%	16%	2%

saúde e de redes de atenção à saúde.					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

A prática que obteve um índice bastante satisfatório foi a E2.2 - Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde, com 94% dos respondentes atingindo estágios Aprimorado (12%) e Intermediário (82%) e apenas 6% na fase Iniciante. Na outra ponta da avaliação, a prática E1.1 - Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso apresentou-se de forma bastante atrasada em relação às demais, com apenas 12% dos órgãos participantes entre os estágios Aprimorado (2%) e Intermediário (10%), enquanto que 88% classificaram-se entre Iniciante (22%), Insuficiente (9%) e Inexistente (57%).

Gráfico 21 -Estágios das Prática de governança do mecanismo Estratégia



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.2.3 Controle

O mecanismo Controle teve 19% dos respondentes avaliados no estágio Aprimorado (1%) e Intermediária (18%); o restante, 81%, ficou dividido entre os estágios Iniciante (46%), Insuficiente (19%) e Inexistente (16%).

Tabela 15 - Estágios do mecanismo Controle

<b>Bloco / Estágios</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Iniciante</b>	<b>Intermediário</b>	<b>Aprimorado</b>
<b>Controle</b>	16%	19%	46%	18%	1%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Quanto a este mecanismo, foram avaliados: gestão de riscos e controles internos; auditoria interna; e *accountability* e transparência. As práticas de governança trabalhadas foram:

- C1.2 - Realizar gestão de riscos;
- C1.3 - Monitorar a gestão;
- C2.1 - Estabelecer a função de auditoria interna;
- C3.1 - Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo, como exceção, nos termos da lei;
- C3.2 - Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde; e
- C3.4 - Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.

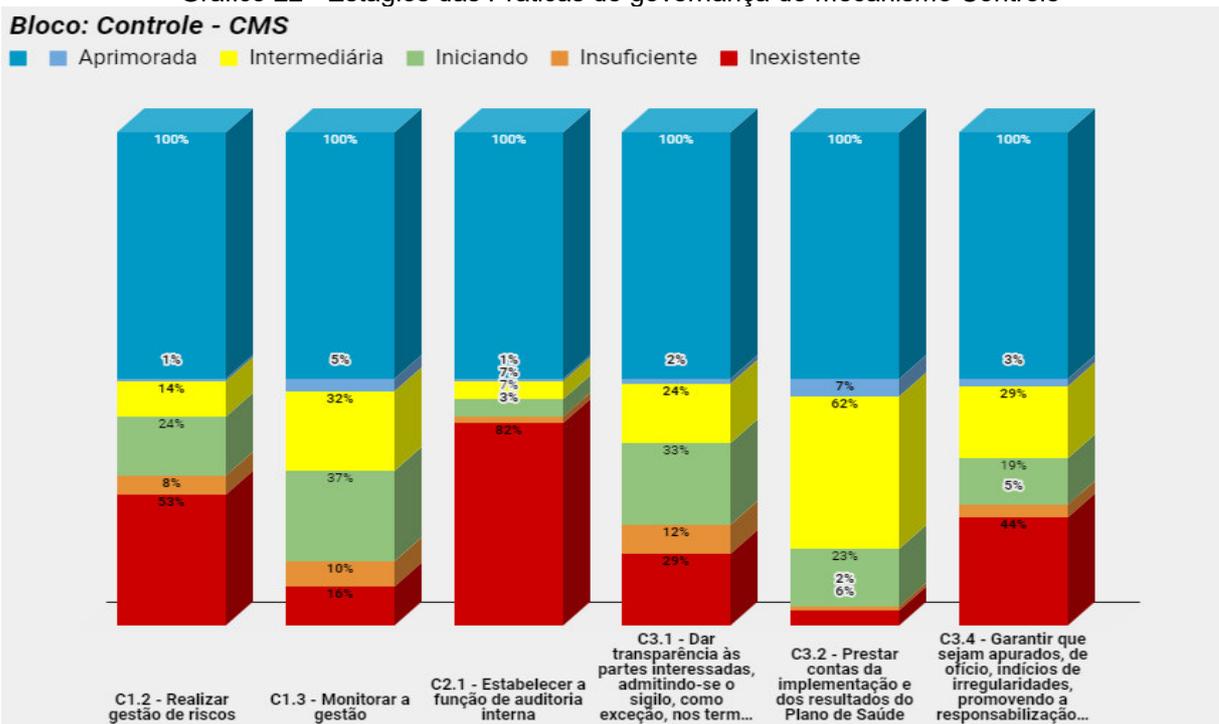
Tabela 16 - Estágios das Prática de governança do mecanismo Controle

<b>Práticas / Estágios</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Iniciando</b>	<b>Intermediária</b>	<b>Aprimorada</b>
C1.2 - Realizar gestão de riscos	53%	8%	24%	14%	1%
C1.3 - Monitorar a gestão	16%	10%	37%	32%	5%
C2.1 - Estabelecer a função de auditoria interna	82%	3%	7%	7%	1%
C3.1 - Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo, como exceção, nos termos da lei	29%	12%	33%	24%	2%
C3.2 - Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde	6%	2%	23%	62%	7%
C3.4 - Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.	44%	5%	19%	29%	3%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

A prática de governança que obteve o percentual mais elevado foi a C3.2 - *Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde*, o qual englobou 69% dos conselhos entre os níveis Aprimorado (7%) e Intermediário (62%); os 31% restantes ficaram distribuídos em Iniciantes (23%), Insuficiente (2%) e Inexistente (6%). Por outro lado, a prática C2.1 - *Estabelecer a função de* Aprimorado (1%) e Intermediária (7%), ao passo que 92% situaram-se como Iniciante (7%), Insuficiente (3%) e Inexistente (82%).

Gráfico 22 - Estágios das Práticas de governança do mecanismo Controle



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.2.4 Índice de Governança em Saúde (iGovSaúde) - Conselhos Municipais de Saúde (CMS)

O Índice de Governança em Saúde, que consolida o desempenho com referência aos mecanismos descritos com suas práticas, é apresentado a seguir em Tabelas com as médias calculadas do para cada CIR (Comissão Intergestores Regionais), cada mesorregião e para o Estado, como um todo.

Tabela 17 -Médias do iGestSaúde por Mesorregião

Mesorregião	Média do iGestSaúde
Agreste Paraibano	0,3321
Borborema	0,3255
Mata Paraibana	0,3067
Sertão Paraibano	0,3449
Média do Estado	0,3323

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Tabela 18 -Médias do iGestSaúde por Mesorregião

Comissões Intergestores Regionais - CIR	Média do iGovSaúde
1ª CIR - Comissão Intergestores Mata Atlântica	0,2826
2ª CIR - Comissão Intergestores Piemont da Borborema	0,3202

3ª CIR - Comissão Intergestores Borborema	0,3070
4ª CIR - Comissão Intergestores do Curimataú e Seridó Paraibano	0,3122
5ª CIR - Comissão Intergestores Cariri Ocidental	0,2932
6ª CIR - Comissão Intergestores Sertão Patos	0,4002
7ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Piancó	0,3268
8ª CIR - Comissão Intergestores Alto Sertão	0,3160
9ª CIR - Comissão Intergestores	0,3063
10ª CIR - Comissão Intergestores Vale dos Dinossauros	0,3774
11ª CIR - Comissão Intergestores Princesa Isabel	0,3792
12ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Paraíba	0,3626
13ª CIR - Comissão Intergestores Terra de Maringá	0,3442
14ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Mamanguape	0,2668
15ª CIR - Comissão Intergestores Cariri Oriental	0,3611
16ª - Comissão Intergestores Renascer do Brejo	0,3591
<b>Todo Estado</b>	<b>0,3323</b>

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.3 Índice de Gestão e Governança em Saúde (iGGSaúde) - Municípios

Da média aritmética do Índice de Gestão alcançados pelas Secretarias Municipais de Saúde (iGestSaúde) e do Índice de Governança em Saúde dos Conselhos Municipais de Saúde (iGovSaúde) obteve-se o Índice de Gestão e Governança em Saúde (iGGSaúde) dos Municípios, os quais estão apresentados, de forma consolidada por Mesorregião e por CIR, constando ainda o praticado no Estado, como um todo.

Tabela 19 - Médias do iGGSaúde por Mesorregião

<i>Mesorregião</i>	<i>Média do iGestSaúde</i>
Agreste Paraibano	0.3597
Borborema	0.3667
Mata Paraibana	0.3178
Sertão Paraibano	0.3646
<b>Média do Estado</b>	<b>0.35753</b>

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Tabela 20 - Médias do iGGSaúde por CIR

<i>Comissões Intergestores Regionais - CIR</i>	<i>Média do iGGSaúde</i>
1ª CIR - Comissão Intergestores Mata Atlântica	0,3523
2ª CIR - Comissão Intergestores Piemont da Borborema	0,3521
3ª CIR - Comissão Intergestores Borborema	0,3523

4ª CIR - Comissão Intergestores do Curimataú e Seridó Paraíba	0,3540
5ª CIR - Comissão Intergestores Cariri Ocidental	0,3572
6ª CIR - Comissão Intergestores Sertão Patos	0,3583
7ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Piancó	0,3538
8ª CIR - Comissão Intergestores Alto Sertão	0,3538
9ª CIR - Comissão Intergestores	0,3565
10ª CIR - Comissão Intergestores Vale dos Dinossauros	0,3562
11ª CIR - Comissão Intergestores Princesa Isabel	0,3544
12ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Paraíba	0,3572
13ª CIR - Comissão Intergestores Terra de Maringá	0,3589
14ª CIR - Comissão Intergestores Vale do Mamanguape	0,3538
15ª CIR - Comissão Intergestores Cariri Oriental	0,3549
16ª - Comissão Intergestores Renascer do Brejo	0,3555
<b>Todo Estado</b>	<b>0,3575</b>

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

### 3.4 Perfil de Gestão em Saúde nas Secretarias de Estado de Saúde (SES) do país

Em razão do acordo de sigilo das informações coletadas neste levantamento, devendo ser as mesmas divulgadas apenas de forma consolidada, de modo que não sejam identificadas as respostas individuais das organizações participantes, será apresentada a análise do perfil das Secretarias de Estado da Saúde do país no geral e não especificamente da Paraíba, que estará aí incluída. Recorreremos, por conseguinte, às análises procedidas pela equipe da SecexSaúde do Tribunal de Contas da União (TCU), com relação às Secretarias de Saúde de todos os estados brasileiros.

Assim como em nível municipal, os questionários de gestão aplicados às SES contemplaram os componentes de Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Administrativa e suas práticas de gestão, todavia no modelo completo.

Levando-se em consideração a consolidação dos componentes relativos a esses dois blocos, observou-se, quanto à capacidade em gestão nas SES das 27 unidades da Federação, que 52% encontram-se no estágio Inicial; 41% no Intermediário e apenas 7% no estágio Aprimorado.

A seguir, serão analisados os componentes e as práticas de gestão afetas aos blocos Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Administrativa, com os correspondentes desempenhos.

#### 3.4.1 Média e/ou Alta Complexidade (MAC)

As práticas avaliadas para o componente de gestão Média e/ou alta complexidade nas SES foram as mesmas definidas para as secretarias de saúde de municípios que possuem estrutura MAC.

Com base nessa autoavaliação, constatou-se que 74% das SES do Brasil mostram-se em um estágio Inicial quanto ao componente MAC; 26% em estágio Intermediário; e nenhuma secretaria em estágio Aprimorado.

Como um todo, a gestão da média e/ou alta complexidade demonstra preocupação quando verificados os resultados dos municípios paraibanos estruturados com MAC: 27% nos estágios Inexistente e Insuficiente; 55% Iniciando; 15% Intermediário e somente 3% Aprimorado.

Quanto às práticas de gestão atinentes a MAC, constata-se uma proximidade com os municípios, cabendo destaque para a *MAC 6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades*, a qual mostra 63% das SES em estágio Inexistente.

Tabela 21 -Estágios das Práticas de gestão do componente Média e/ou Alta Complexidade (MAC) - Secretarias de Saúde dos Estados do país

Práticas / Estágios	Inexistente		Insuficiente		Iniciando		Intermediária		Aprimorada	
	SMS da Paraíba	SES do País								
MAC1 - Organizar o atendimento de média e alta complexidade	3%	0%	3%	4%	49%	37%	42%	52%	3%	7%
MAC2 - Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade	3%	4%	0%	0%	38%	30%	52%	51%	7%	15%
MAC3 - Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB)	17%	30%	10%	0%	24%	30%	39%	21%	10%	19%
MAC4 - Estabelecer complexo regulador	34%	15%	14%	4%	32%	51%	17%	26%	3%	4%
MAC5 - Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação	24%	11%	7%	7%	34%	41%	32%	37%	3%	4%
MAC6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades.	73%	63%	3%	15%	18%	14%	3%	4%	3%	4%
MAC7 - Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade	3%	7%	49%	33%	21%	22%	24%	27%	3%	11%
MAC8 - Realizar contrarreferência	38%	28%	0%	7%	56%	43%	3%	22%	3%	0%

MAC9 - Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs	76%	30%	3%	11%	0%	15%	7%	37%	14%	7%
MAC10 - Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).	21%	22%	21%	7%	38%	26%	17%	30%	3%	15%

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

Outro destaque fica para a prática *MAC 7 - Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade*-, em que 33% das SES encontram-se em estágio Insuficiente. Pela análise do TCU, ficou constatado que esse percentual é influenciado pelo item de controle que aponta incipiência na avaliação da satisfação dos usuários em relação aos serviços dos níveis secundário e terciário (hospitais de média e de alta complexidade).

No que toca à prática *MAC8 - Realizar contrarreferência* -, 43% das SES do Brasil mostram-se em estágio Inicial e 28% Inexistente. Esses percentuais são próximos ao verificado em relação aos municípios paraibanos, em que se obteve 56% em nível Inicial e 38% Inexistente. A realização da contrarreferência de pacientes é sobremaneira importante porque promove a continuidade do tratamento ou prevenção, na atenção básica, dos problemas de saúde dos pacientes atendidos nos serviços de atenção especializada, exercendo importante papel no ciclo de cuidado das redes de atenção à saúde (RAS).

Cabe destacar que essa deficiência nos processos de referência e contrarreferência já fora identificada, por este Tribunal de Contas da Paraíba, quando da realização da Auditoria Operacional Coordenada em Saúde, com foco na Atenção Básica (Processo TCE/PB nº 08433/14)<sup>6</sup>.

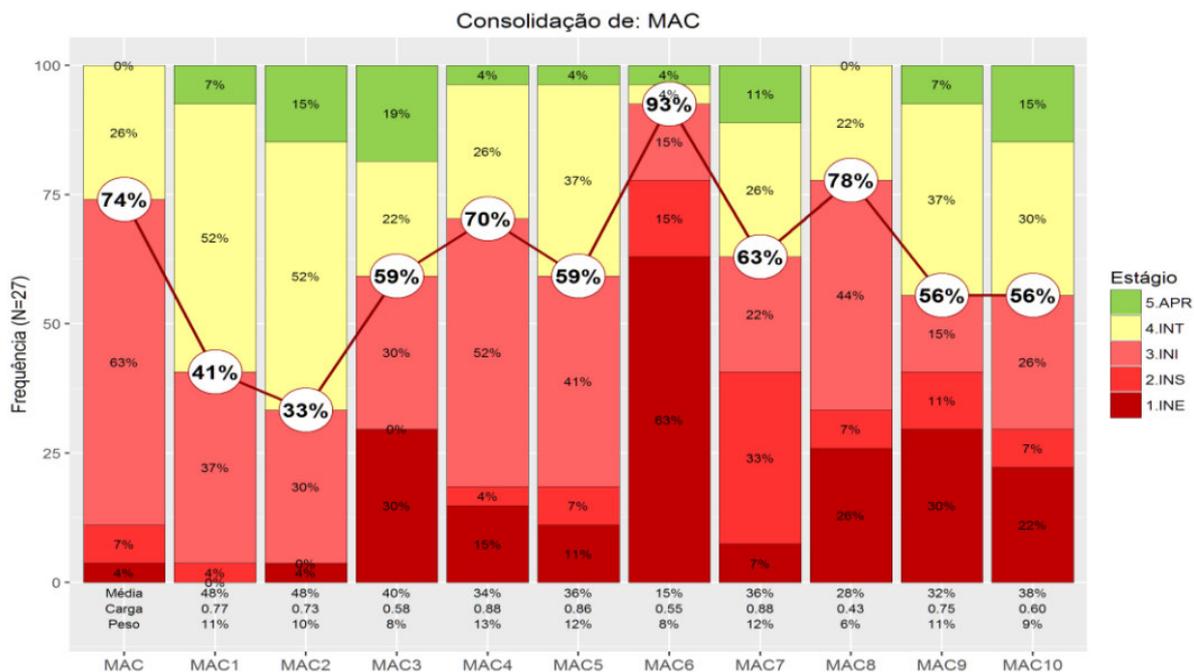
Ao se realizar a contrarreferência, é incrementada a resolutividade dos problemas de saúde da população e, conseqüentemente, reduzidos os custos para o Sistema, uma vez que poder-se-ia minimizar a procura dos serviços de média e alta complexidades, que são níveis de atenção altamente onerosos para o SUS (pacientes que não têm seus problemas de saúde acompanhados no nível básico de atenção podem sofrer agravos e acabar retornando aos níveis de maiores complexidades).

Relativamente à prática *MAC9 - Implantar controles na gestão da utilização de OPME (órgãos, próteses e materiais especiais)*, o percentual de SES do país em estágio de capacidade Inexistente é sensivelmente alto (30%). Essa situação agrava-se quando constatado que, na Paraíba, 76% das SMS não implantaram tal controle.

Para a prática de gestão *MAC10 - Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento)*, constatou-se que 26% das SES do país e 38% das secretarias municipais de saúde da Paraíba estão na fase Inicial. Essa prática tem como foco o estabelecimento e a mensuração de indicadores como base para tomada de decisão pela gestão. Destaca-se que a utilização não sistêmica de indicadores, por parte da SES-PB e das SMS, no monitoramento na Auditoria Operacional objeto do Processo TCE/PB nº 08433/14.

<sup>6</sup> Esta auditoria operacional está em fase de Monitoramento e o processo tem como Relator o Cons. Nominando Diniz, igualmente ao presente processo de Levantamento.

Gráfico 23 -Distribuição de frequência das práticas de gestão do componente MAC nas SES do país por estágio de capacidade



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCU

### 3.4.2 Apoio aos municípios (AM)

A Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece, em seu art. 17, inciso III, que compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) prestar apoio financeiro e técnico aos municípios.

Quanto ao apoio financeiro, o rateio dos recursos dos estados a serem transferidos aos seus municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal (art. 19, da LC 141/2012).

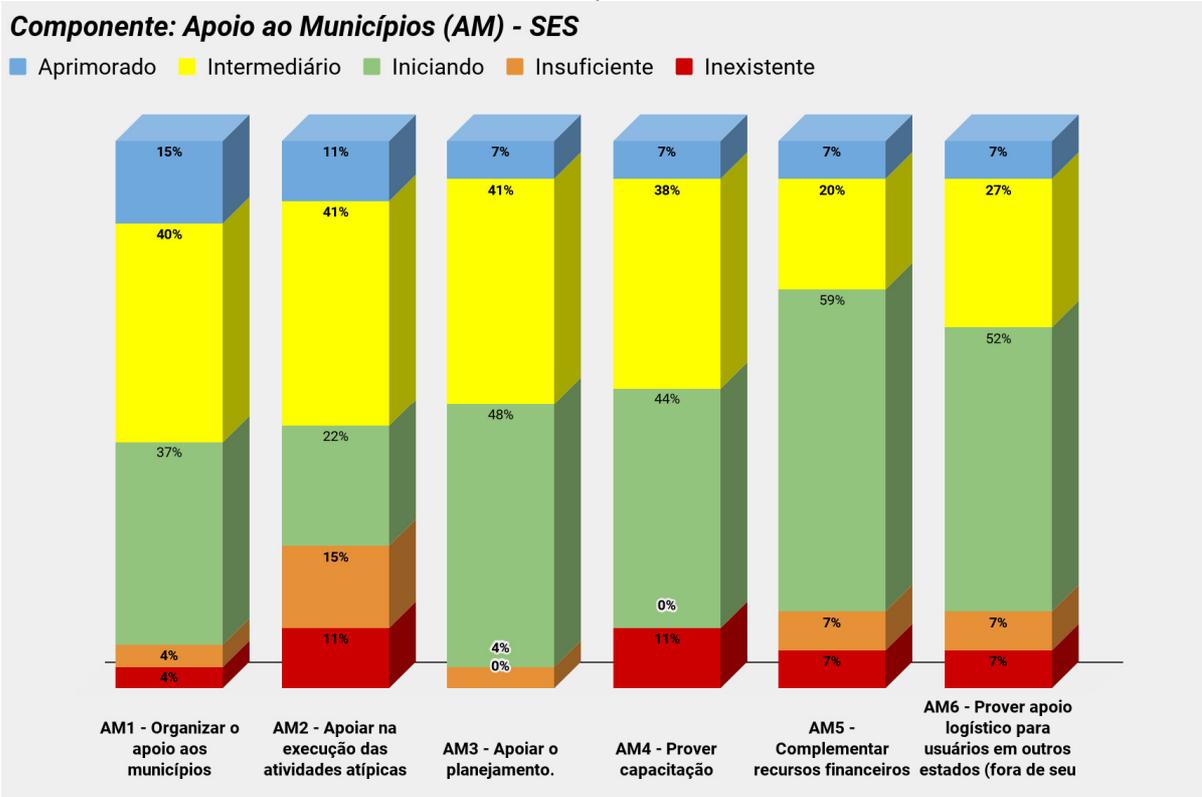
Apurou-se que 63% das SES do país estão no estágio Inicial quanto ao componente AM; 30% no estágio Intermediário; e somente 7% no estágio considerado Aprimorado.

Foram definidas seis práticas de gestão relacionadas ao componente AM, as quais seguem dispostas abaixo:

- AM1- Organizar o apoio aos municípios;
- AM2 - Apoiar na execução das atividades atípicas;
- AM3 - Apoiar o planejamento;
- AM4 - Prover capacitação;
- AM5 - Complementar recursos financeiros;
- AM6 - Prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio).

Dentre as seis práticas de gestão, foram ressaltadas as seguintes: AM3, AM4, AM5 e AM6 por apresentarem desempenhos mais sofríveis, como pode se verificar no Gráfico 24.

Gráfico 24 -Estágios das Práticas de gestão do componente Apoio aos Municípios (AM) das SES do país



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCE-PB

No que tange à prática AM3 - *Apoiar o planejamento* - foram mensurados se os procedimentos referenciais para elaboração dos instrumentos de planejamento dos municípios e as informações para apoio ao planejamento local estão disponíveis; se as ações de consultoria para elaboração dos instrumentos de planejamento são desenvolvidas e se avaliações da satisfação dos municípios quanto às ações de apoio ao planejamento estão disponíveis. Denota-se, com base no resultado, uma baixa articulação entre as secretarias municipais e estaduais de saúde para a elaboração dos respectivos planos de saúde.

Com relação à prática AM4 - *Prover capacitação*, verifica-se que o levantamento de necessidade de capacitação junto às municipalidades se mostra como o problema mais grave (baixa capacidade de levantamento inicial e baixa capacidade de agir para retroalimentar o planejamento). Nesse sentido, verifica-se um grande risco de que uma considerável quantidade de ações de capacitação, atualmente em execução, esteja sendo realizada sem sustentação metodológica adequada.

Para se avaliar a prática de gestão AM5 - *Complementar recursos financeiros* investigou-se se: a necessidade de complementação de recursos financeiros aos municípios está descrita; os critérios para distribuir recursos financeiros, com vistas à diminuição das desigualdades regionais, estão estabelecidos; os recursos financeiros para complementação estão disponíveis; os recursos financeiros

complementares são distribuídos seguindo critérios estabelecidos; e se recursos financeiros para complementação são divulgados aos municípios. Quanto aos resultados observados, vislumbram-se como possíveis causas para a baixa capacidade das SES na prática AM5: a indisponibilidade de recursos suficientes para aportes complementares aos municípios; e/ou a indisponibilidade de informações municipais confiáveis quanto às necessidades de aportes complementares, com a finalidade de embasar as transferências.

Por fim, para a prática AM6 - *Prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio)* foi aferido se: os canais para recebimento de demandas de apoio logístico estão estabelecidos; os recursos (humanos, infraestrutura etc.) para realizar apoio logístico estão disponíveis; as ações de apoio logístico são realizadas; e se as avaliações da satisfação dos municípios quanto ao apoio logístico dos estados estão disponíveis.

Nesse sentido, demonstrou-se considerável deficiência das SES quanto ao suporte a ser prestado a usuários do Sistema quando necessitam de tratamentos em outros estados, como se observa no caso em que o paciente é encaminhado para se tratar em uma determinada unidade da federação que constitui centro de referência em uma certa área especializada de cuidado.

Nesse caso, a atuação do estado, mediante articulação com seus municípios, é importante para que se possa obter ganhos em agilidade nos procedimentos a serem adotados (por exemplo, para internação), bem como para que se possa oferecer aos usuários condições de deslocamento para o estado de referência. Sendo assim, quanto mais eficiente esse apoio, maiores são as chances de os pacientes terem seus problemas de saúde solucionados ou amenizados. De forma inversa, quanto menos eficiente, maiores são os riscos de agravamento da situação de saúde dos usuários, e, com isso, ocasiona-se incrementos de custos que podem ser significativos para o Sistema.

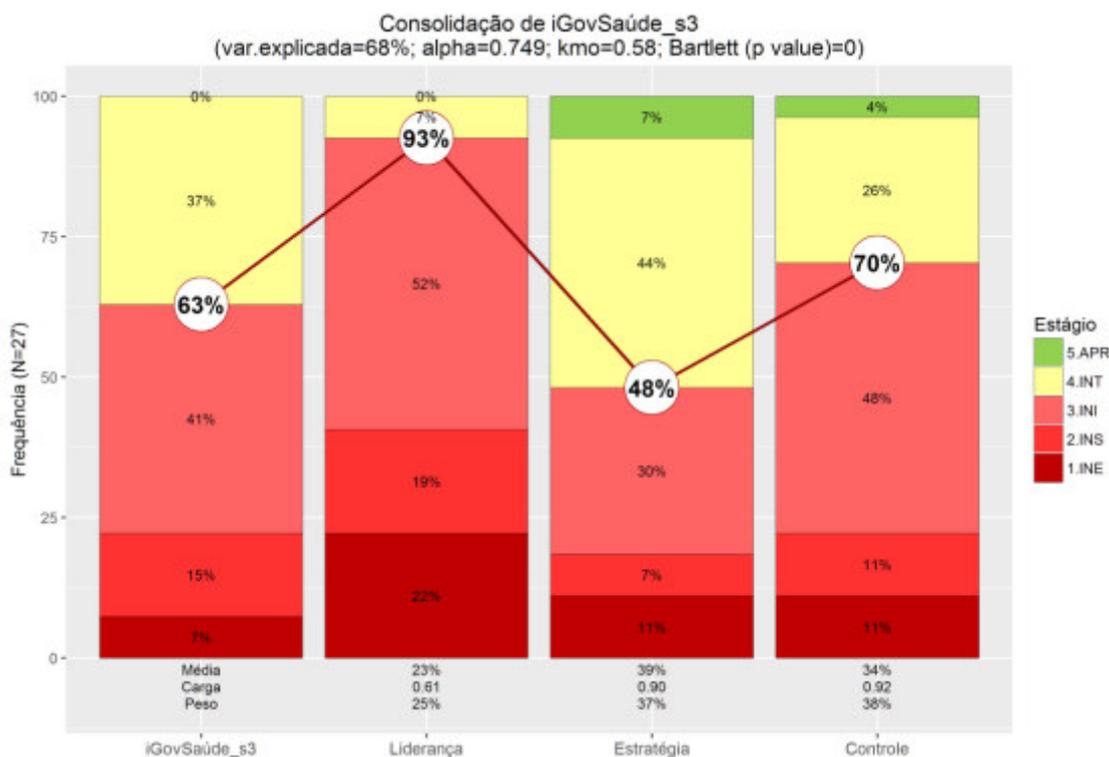
### **3.5 Perfil de Governança em Saúde nos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) do país**

Para exposição do perfil de governança em saúde nos Conselhos Estaduais de Saúde, serviu-se do exame efetuado pela SecexSaúde do Tribunal de Contas da União (TCU), dada a impossibilidade de se apresentar o desempenho individual do CES da Paraíba, em decorrência do sigilo das informações individuais. Os resultados apresentados nesta seção referem-se, portanto, às 27 CES que responderam, de forma válida, ao questionário de governança em saúde.

Assim como os conselhos municipais, os CES do país tiveram sua capacidade de governança avaliada sob três aspectos: Liderança, Estratégia e Controle.

No cenário nacional, os Conselhos Estaduais de Saúde apresentam desempenho negativo, tendo em vista que 93% estariam com capacidade Incipiente em Liderança (vide Gráfico 25). Esse resultado sugere baixo nível de capacidade da maioria das organizações em definir competências mínimas de sua liderança e promover sua adequada capacitação. Dessa forma, os dados indicam a necessidade de melhoria em relação à liderança na governança em saúde.

Gráfico 25 - Distribuição de frequência das práticas de governança dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) do país



Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCU

### 3.6 Perfil de Governança em Saúde nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) do país

Os conceitos e as competências contidas na Lei 8.080/1990 (art. 14-A, caput e parágrafo único) e no Decreto 7.508/2011 (art. 2º, IV; art.12, parágrafo único; art. 19; art. 30; art. 32, IV e V) apontam que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) são importantes instâncias de pactuação para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Responsáveis pela manutenção da boa governança sob os aspectos de coordenação e coerência da gestão compartilhada do SUS, devem estabelecer uma articulação interfederativa capaz de integrar as necessidades de saúde das populações dos diversos entes de sua esfera de atuação, ocasionando maior alinhamento em relação às políticas públicas de saúde de níveis nacional, regional e local.

Igualmente às análises das Secretarias e dos Conselhos Estaduais, recorreu-se ao exame da SecexSaúde do Tribunal de Contas da União (TCU). No modelo desenvolvido para este trabalho, o questionário aplicado às CIB contemplou dez práticas, cujos resultados estão demonstrados no Gráfico 26, que segue:

#### Estabelecimento

- CIB1 - Constituir a CIB;
- CIB2 - Prover condições para que a CIB seja efetiva;
- CIB3 - Identificar premissas para que a CIB elabore a estratégia de saúde no estado.

#### Funcionamento

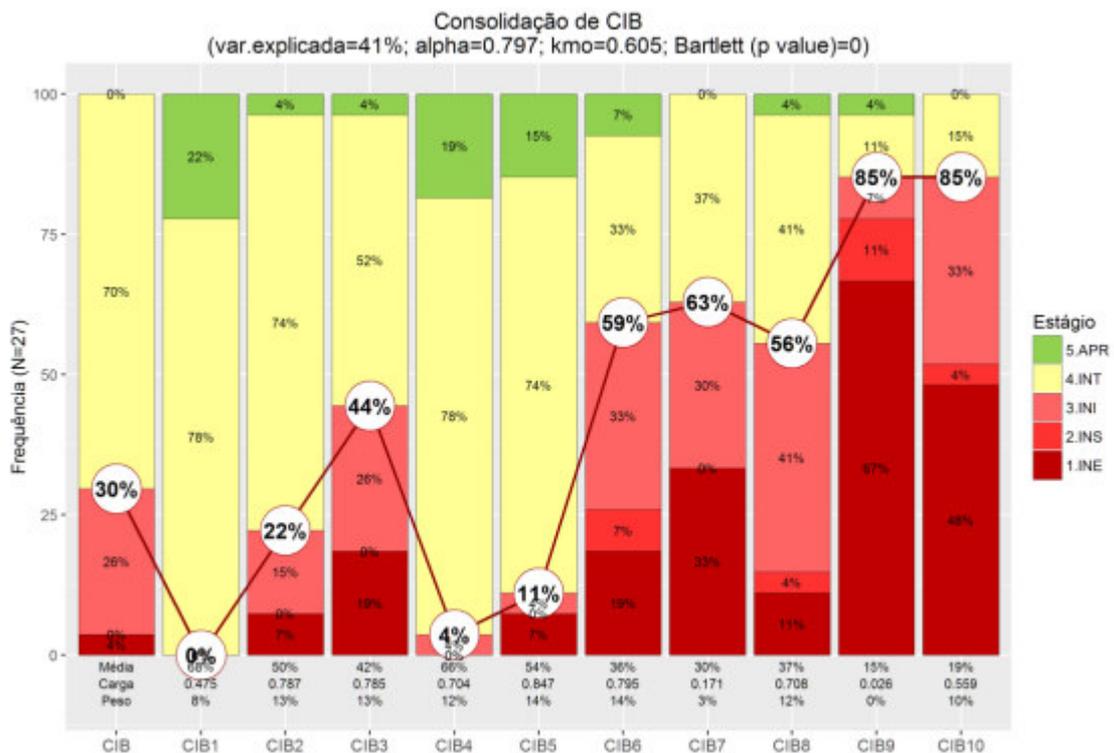
- CIB4 - Reunir-se para promover a pactuação de saúde no estado;
- CIB5 - Pactuar as regiões de saúde;

- CIB6 - Estabelecer as redes de atenção à saúde, considerando a atenção básica como ordenadora do cuidado;
- CIB7 - Estabelecer as contrapartidas financeiras decorrentes das pactuações;
- CIB8 - Coordenar o planejamento da saúde no estado, com base nas necessidades de saúde dos entes da federação;
- CIB9 - Consolidar a estratégia de saúde no estado; e

Monitoramento

- CIB10 - Monitorar e avaliar as pactuações.

Gráfico 26 - Distribuição de frequência das práticas de governança dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) do



país

Fonte: Elaborado pela Equipe de Auditoria do TCU

Segundo as respostas declaradas e o método de análise descrito, 30% das CIB estariam no estágio Inicial de capacidade (Gráfico 26). Este resultado reflete, em geral, o baixo nível de capacidade de boa parte das CIB, o que pode estar contribuindo para as deficiências na articulação interfederativa já evidenciadas no Acórdão 2.888/2015-TCU-Plenário.

Em que pese o elevado grau da prática de constituição (CIB1), 22% estão em estágio Inicial no que diz respeito a ter condições para ser efetiva e 44% no que diz respeito a identificar as premissas para sua atuação (CIB2 e CIB3).

Quanto ao funcionamento, a situação se torna mais deficiente nas práticas que levam ao estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde 59% estão no estágio Iniciante (CIB6),

e das contrapartidas financeiras, estando 63% nesse estágio (*CIB7*), bem como nas práticas ligadas ao planejamento integrado (*CIB8* e *CIB9*), com 56% e 85% na fase Iniciante, respectivamente.

Convém observar, ainda, que o monitoramento das pactuações e adoção de medidas corretivas em decorrência dos resultados monitorados (*CIB10*) não apontou nenhuma CIB no estágio Aprimorado, apenas 15% no Intermediário, encontrando-se todo o restante como Inexistente, Insuficiente ou Inicial.

Ainda que se considere oportuna a investigação das causas que levam às baixas capacidades registradas, verifica-se de pronto oportunidade de melhoria no sentido de compartilhamento das práticas existentes pelas CIB, o que pode ser realizado por meio de articulação em nível Tripartite (CIT), com a edição da Resolução CIT nº 01/2016, cujo objetivo seja sistematizar um guia referencial para o estabelecimento, funcionamento e monitoramento das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR), consolidando as orientações eventualmente existentes e o conteúdo do questionário aplicado às CIB neste trabalho.

#### **4. CONCLUSÃO**

Como já dito, o objetivo deste levantamento, realizado de forma coordenada em todo o país, foi obter e sistematizar informações sobre a situação da governança e gestão em saúde nas esferas estadual, distrital e municipal, e suas finalidades foram divulgar o tema 'governança e gestão da saúde' para as organizações participantes, bem como identificar os pontos mais vulneráveis no tema, de forma a induzir melhorias.

Pode-se afirmar que parte do objetivo do trabalho já foi atingido, tendo em vista que o levantamento serviu como relevante ferramenta de disseminação dos temas de governança e gestão em saúde para os respondentes dos questionários, incentivando, espera-se, uma mudança de comportamento na administração pública. Ressalte-se a participação maciça das SMS neste trabalho, através do comparecimento nos eventos realizados e do preenchimento dos questionários. Da mesma forma, houve a participação da Secretaria de Estado da Saúde (SES), do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da grande maioria dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Além do próprio levantamento em governança e gestão da saúde despertar a atenção da comunidade gestora, após a divulgação do relatório final do TCU, os primeiros frutos começaram a surgir, como, por exemplo, no caso da Resolução nº 544/17, do Conselho Nacional de Saúde, a qual aprovou a Nota Técnica nº 003, contendo recomendações do CNS à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Saúde Coletiva, a serem observadas pelas Instituições de Educação Superior (IES) quanto à elaboração e implementação do Projeto Pedagógico de Curso, organização e avaliação da Graduação em Saúde Coletiva.

Quanto ao objetivo de identificar os pontos mais vulneráveis, tem-se que os resultados obtidos neste levantamento revelaram, de forma geral, baixa capacidade em praticamente todos os controles e práticas sugeridos nos modelos de autoavaliação de gestão em saúde (iGestSaúde).

Os resultados apurados com relação ao iGestSaúde mostram que 53% das SMS na Paraíba encontram-se em estágio de capacidade Inicial em Gestão em Saúde; 42% em estágio Intermediário; e apenas 1% em estágio Aprimorado.

A análise dos dados obtidos no subitem 3.1.1 sugere que as SMS deverão, principalmente, concentrar esforços com objetivo de garantir o monitoramento das ações da atenção básica (AB10), da assistência farmacêutica (AF8) e da vigilância em saúde (VS4), bem como da gestão geral como um todo (ADM).

Já no que tange ao objetivo de induzir melhorias em pontos específicos, mesmo considerando-se haver deficiências em quase todas as práticas de gestão em saúde sugeridas, faz-se oportuno enfatizar as seguintes grandes necessidades em gestão nas Secretarias Municipais de Saúde:

- estabelecimento de mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica nos municípios (AB9);
- maior consolidação dos complexos reguladores da assistência à saúde (MAC4);
- aumento de esforços para realização da regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação (MAC5);
- estabelecimento de mecanismos para monitoramento e gestão de filas para atendimento em média e alta complexidades (MAC6);
- medidas estruturantes com vistas à implantação de controles na gestão da utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) pelo Estado e municípios (MAC9);
- maior foco quanto ao fomento para constituição de consórcios públicos no âmbito da assistência farmacêutica (AF3, AF4 e AF5);
- aumento no controle relativo à dispensação de medicamentos aos usuários do SUS, realizada pelas farmácias da rede própria (AF6);
- maior foco quanto à vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis (VS3); quanto à vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências (VS4);
- implantação de processo, controles sistematizados e monitoramento e avaliação relacionados às aquisições (PrAq3);
- implantação de controles sistematizados para os acordos firmados com terceiros para prestação de serviços de saúde (PrCtt3);
- promoção da aprendizagem contínua em áreas técnicas e de gestão (PE6);
- utilização, pelas secretarias estadual e municipais de saúde, dos sistemas informatizados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, devendo a não adoção dos mesmos ser caso de exceção, sempre passível de exposição formal. Ainda, os sistemas informatizados devem, sempre que necessário, possibilitar integração uns com os outros, proporcionando a utilização de dados/informações (IC1).

No que concerne à governança dos Conselhos de Saúde Municipais, de acordo com as respostas declaradas e o método de análise, percebeu-se que 57% deles estão em estágio Inicial em Liderança (vide Tabela 11). Este resultado sugere baixo nível de capacidade da maioria das organizações em definir competências mínimas de sua liderança e promover sua adequada capacitação.

No Bloco Estratégia, 58% dos CMS estão em estágio de capacidade Inicial (vide Tabela 13). Este resultado aponta para um baixo nível de capacidade da maioria das organizações para formular, desdobrar, monitorar e avaliar suas estratégias; estabelecer diretrizes para a gestão; e interagir com outras organizações para promover, conjuntamente, as políticas de saúde.

Em relação aos mecanismos de controle, 46% dos CMS classificam-se no estágio Inicial. Este resultado reflete, em geral, o baixo nível de capacidade da maioria das organizações em estabelecer uma estrutura de auditoria interna e de gestão de riscos adequada, em exercer suas atribuições com transparência e em garantir a responsabilização e prestação de contas.

Por meio do Acórdão 1840/2017, relativo ao Processo 023.961/2016-3, da relatoria do Ministro Bruno Dantas, o Tribunal de Contas da União (TCU) autorizou a Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde/TCU) a encaminhar, através dos Tribunais de Contas partícipes do Acordo de Cooperação, relatório individualizado para as secretarias estaduais e municipais participantes do presente levantamento, discriminando os seus respectivos resultados, e as comparações com os resultados gerais e os resultados médios das demais secretarias correlatas, como forma de subsidiar seu planejamento, sugerindo que elas, em atenção ao art. 6º da Lei 12.527/2011, promovam a

divulgação, preferencialmente na internet, das informações constantes do seu relatório individualizado, com exceção daquelas classificadas como não públicas nos termos da lei.

Vale salientar ainda que, ao se esforçarem para evoluir nas práticas de gestão, as secretarias de saúde estão contribuindo para o atingimento do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) Nº 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, em especial o 3.c, abaixo transcrito:

“Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento”



## 5. PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Com base nas análises efetuadas pela equipe de auditoria do TCE-PB com relação a seus jurisdicionados, são apresentadas as propostas de encaminhamento a seguir.

### 5.1 Internas

- I. Promover, com o auxílio do GAOP/DIAFI: a) a divulgação das informações consolidadas obtidas neste levantamento em informativos e sumário executivo, sem a identificação individual das organizações respondentes; b) o envio de relatório individualizado para as entidades participantes do presente levantamento na Paraíba, após o envio destas informações pelo TCU, conforme consta do Acórdão TCU 1840/2017, relativo ao Processo 023.961/2016-3.
- II. Recomendar a participação deste Tribunal, por meio do GAOP/DIAFI, em eventual atualização do presente levantamento, de forma coordenada, prevista no prazo estimado de dois anos.
- III. Encaminhar ao Grupo de Inteligência (GI) deste Tribunal os dados brutos e a relação dos índices apurados no presente levantamento (iGestSaúde, iGovSaúde e iGGSaúde), como subsídio para elaboração de Matriz de Riscos dos municípios a serem auditados, ressaltando o sigilo das informações acordado.
- IV. Determinar à SECPL a anexação de cópia deste Relatório ao Processo TC Nº 08433/14, referente à Auditoria Operacional em Atenção Básica, como subsídio para o Monitoramento a ser iniciado, considerando a similaridade das constatações e deliberações.

### 5.2 Externas

- I. Alertar a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, quanto ao/à:
  - a) estabelecimento, de forma clara e consistente, da estratégia da secretaria e elaboração, de forma efetiva, do plano anual de saúde;

- b) monitoramento da gestão, de modo a garantir a execução da estratégia da secretaria de saúde, com suas ações;
- c) utilização dos sistemas informatizados disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou de outras soluções disponíveis na administração pública como regra, constituindo exceção a contratação de sistema junto ao setor privado; e promoção da integração entre os diversos sistemas informatizados dos demais entes;
- d) estabelecimento de mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica nos municípios, tendo em vista que o que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria MS nº 2488/2011, com as alterações introduzidas pela Portaria MS nº 2436/ 2017;
- e) maior consolidação dos complexos reguladores da assistência à saúde, com aumento de esforços para realização da regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação e estabelecimento de mecanismos para monitoramento e gestão de filas para atendimento em média e alta complexidades;
- f) aumento no controle relativo à dispensação de medicamentos aos usuários do SUS, realizada pelas farmácias da rede própria;
- g) implantação de processo, controles sistematizados e monitoramento e avaliação relacionados às aquisições;
- h) implantação de controles sistematizados para os acordos firmados com terceiros para prestação de serviços de saúde;
- i) utilização de modelo de contratação de prestadores de serviços de saúde para serviços de saúde fornecidos por policlínicas, consultórios isolados e clínicas especializadas, semelhante ao descrito na Portaria MS nº 3.410/13, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)<sup>7</sup>;
- j) fomento do desenvolvimento de lideranças no âmbito das secretarias;
- k) promoção da aprendizagem contínua em áreas técnicas e de gestão;
- l) estabelecimento do processo de seleção dos gestores das secretarias de forma transparente.

II. Alertar a Secretaria de Estado da Saúde, quanto a:

- a) maior apoio em relação ao planejamento de saúde dos municípios;
- b) complementação adequada de recursos financeiros da saúde aos municípios.

III. Alertar a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para que se configure efetivamente em um fórum de discussão da política pública de saúde, no âmbito do território estadual.

---

<sup>7</sup> Em 2016, o Ministério da Saúde editou o Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde, que serve como importante direcionador para os gestores estaduais e municipais acerca do tema (Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/28/MANUAL-DE-ORIENTACOES-PARA-CONTRATAcao-DE-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf>)

IV. Alertar o Conselho Estadual de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para que busquem maior estruturação, capacitação e autonomia.

V. Determinar à SECPL/TCE-PB a remessa de cópia deste relatório de levantamento à/ao:

- Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba (Presidência e Comissão de Saúde, Saneamento, Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional);
- Coordenadoria da Promotoria de Saúde do Ministério Público Estadual (MPE);
- Controladoria Geral do Estado (CGE);
- Secretaria de Estado da Saúde (SES);
- Secretarias de Saúde dos Municípios (SMS);
- Conselho Estadual de Saúde (CES);
- Conselhos Municipais de Saúde (CMS);
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- Comissões Intergestores Regionais (CIR);
- Conselho dos Secretários Municipais de Saúde da Paraíba (Cosems-PB);
- Federação dos Municípios da Paraíba (FAMUP);
- Conselho Federal de Medicina (CFM) – Seccional Paraíba;
- Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (Coren-PB).