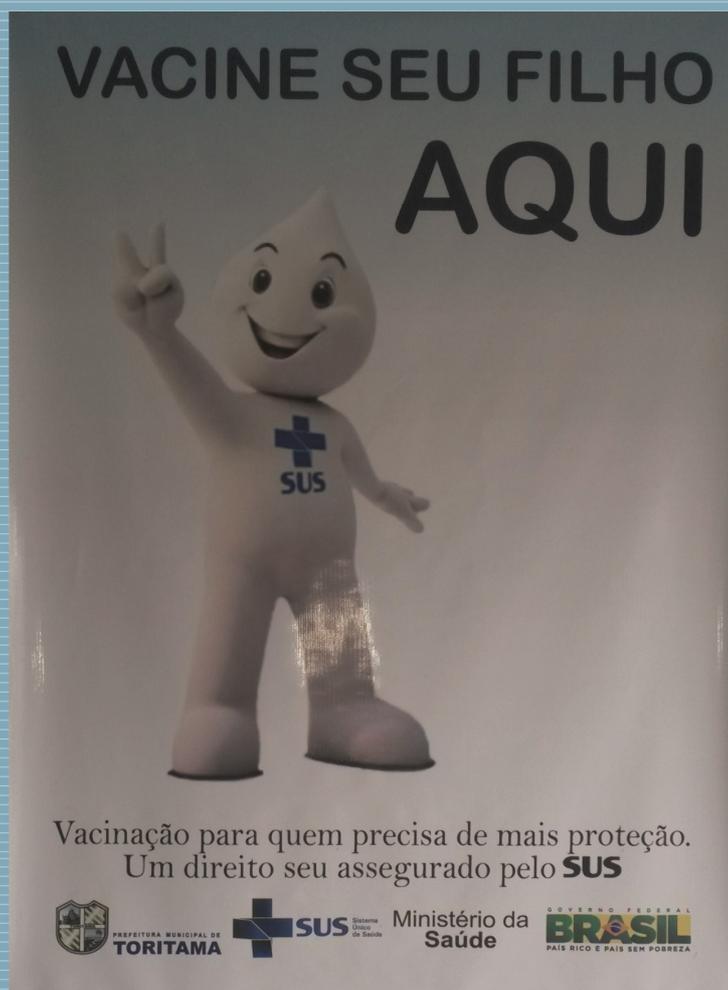




Recife, abril de 2015



AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Secretaria Estadual de Saúde

Conselheiro Relator: Marcos Loreto

GEAP | Gerência de Auditoria de
Desempenho e Estatísticas Públicas



Resumo

A presente auditoria foi aprovada através da formalização do processo de Auditoria Especial TC n° 1403946-1, tendo como relator o Conselheiro Marcos Loreto.

O objeto desta auditoria operacional consistiu na avaliação das ações da atenção primária à saúde, sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

A auditoria constatou problemas, tais como: baixo volume de recursos repassados pelo estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica; deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica; oferta insuficiente de exames e consultas especializadas na média e alta complexidade provocando grande fila de espera; ausência de registro de contrarreferência dos pacientes.

Foram utilizados como procedimentos metodológicos para colher as informações que auxiliaram no processo de auditoria: pesquisa documental e bibliográfica; estudo da legislação específica; entrevistas não estruturadas com diretoras e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde: Secretaria-Executiva de Coordenação-Geral, Superintendência de Atenção Primária, Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária, Diretoria-Geral de Informações Estratégicas; entrevista semiestruturada com representantes de cada segmento do Conselho Estadual de Saúde; Entrevistas não estruturadas com representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco; visitas *in loco* em onze municípios com aplicação de entrevistas à diferentes atores; coleta de dados mediante questionários autoaplicados pela internet junto aos gestores municipais e gestores das Gerências Regionais de Saúde.

Assim, visando contribuir para a efetivação das ações do Estado de Pernambuco para com a Atenção Básica, foram formuladas recomendações à Secretaria Estadual de Saúde, distribuídas em aspectos de gestão de pessoas e planejamento.

Os resultados esperados por este relatório remetem-se à busca de uma gestão pública eficaz, através das recomendações emitidas para uma melhor efetividade das ações relacionadas à atenção primária à saúde.



LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANOP	Auditoria de Natureza Operacional
AOP	Auditoria Operacional
APS	Atenção Primária à Saúde
Atricon	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BGE	Balanco Geral do Estado
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Cosems/PE	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco
DPT	Vacina contra Difteria, Tétano e Coqueluche
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação a Distância
E-FISCO	Sistema Cooperativo na Área Orçamentária e Financeira do Estado de Pernambuco
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FES/PE	Fundo Estadual de Saúde de Pernambuco
Geap	Gerência de Auditoria de Desempenho e Estatísticas Públicas
GERES	Gerências Regionais de Saúde
HB	Vacina contra Hepatite B
HIB	Haemophilus Influenza tipo b
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
IRB	Instituto Rui Barbosa
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS/SUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB/SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEAPS	Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde
PEFAP	Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária
PES	Plano Estadual de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica



Promoex	Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, DF e Municípios
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SWOT	Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-PE	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TCU	Tribunal de Contas da União
TDA	Termo de Designação de Atividade
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição Espacial das Regiões de Saúde e Sedes de Regiões.....23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação do quantitativo de <i>stakeholders</i> entrevistados	11
Quadro 2 – Evolução da despesa de Pernambuco na função saúde e da despesa total do estado	14
Quadro 3 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e na função saúde	15
Quadro 4 – Indicador Cobertura de Consultas Médicas Especializadas	24
Quadro 5 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica, com assistência hospitalar e ambulatorial e das transferências do FES/PE para a Atenção Básica dos municípios	33
Quadro 6 – Parâmetros relativos ao indicador ‘percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da despesa de Pernambuco na função saúde e da despesa total do estado	14
Gráfico 2 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e na função saúde	15
Gráfico 3 – Apoio do estado quanto à qualificação das equipes de gestão da AB.....	17
Gráfico 4 – Articulação da SES com a SMS para capacitação.....	18
Gráfico 5 – Frequência da disponibilização das capacitações da SES aos gestores da AB	19
Gráfico 6 – Quantidade de capacitações oferecidas pela SES	20
Gráfico 7 – Disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos pela SES.....	21
Gráfico 8 – Descrição dos instrumentos técnicos e pedagógicos pela SES.....	21
Gráfico 9 – Cobertura de consultas médicas especializadas.....	25
Gráfico 10 – Avaliação do processo de pactuação	26
Gráfico 11 – Existência de contrarreferência.....	29
Gráfico 12 – Motivos da falta de registro de contrarreferência	30



Gráfico 13 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e das transferências do estado para a Atenção Básica dos municípios	34
Gráfico 14 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e com assistência hospitalar e ambulatorial	35
Gráfico 15 – Avaliação dos gestores municipais sobre a PEFAP	36
Gráfico 16 – Avaliação dos gestores municipais quanto ao volume de recursos repassados pelo estado para a Atenção Básica dos municípios	37
Gráfico 17 – Avaliação dos gestores municipais quanto aos indicadores e parâmetros utilizados para aferir o desempenho municipal na atenção básica	39
Gráfico 18 – Avaliação dos gestores municipais quanto aos critérios vigentes para distribuição dos recursos entre os municípios	41



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Identificação do objeto da auditoria.....	8
1.3 Objetivos e escopo da auditoria.....	8
1.4 Procedimentos metodológicos	8
1.4.1 Critério utilizado para seleção dos municípios.....	9
1.4.2 Percentuais de respostas aos questionários enviados aos gestores.....	10
CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO	11
2.1 Relevância do tema	11
2.2 Legislação	12
2.3 Lógica das ações de Atenção Básica no Estado de Pernambuco	13
2.4 Informações orçamentárias e financeiras.....	14
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA	16
3.1 Gestão de pessoas.....	16
3.1.1 Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica.....	16
3.2 Planejamento	22
3.2.1 Deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção	24
3.2.1.1 Oferta insuficiente de exames e consultas especializadas na média e alta complexidade provocando grande fila de espera.....	24
3.2.1.2 Ausência de registro de contrarreferência dos pacientes	28
3.3 Financiamento	32
3.3.1 Baixo volume de recursos repassados pelo estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica.....	32
3.4 Boa Prática: Repasses financeiros do Estado de Pernambuco aos municípios com base no desempenho da atenção primária à saúde.....	37
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR	42
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO.....	44
CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO	45



CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Antecedentes

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) iniciou em 2001 a realização de auditorias operacionais em ações de governo, avaliando aspectos de eficiência, eficácia e economicidade da gestão pública, com objetivo de contribuir para que os investimentos gerem mais benefícios à sociedade.

Desde 2006, o TCE-PE vem desenvolvendo ações na área de Auditoria Operacional (AOp) junto ao Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros (Promoex). Dentro desse contexto, destaca-se que a atuação das Cortes de Contas brasileiras na fiscalização de ações voltadas para a saúde vem sendo progressivamente intensificadas, tendo sido realizada auditoria operacional, por diversos Tribunais de Contas, na área da saúde, no ano de 2009.

Em 25 de março de 2014, foi firmado um Acordo de Cooperação Técnica entre as Diretorias da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon), o Instituto Rui Barbosa (IRB) e os Presidentes dos Tribunais de Contas, com a finalidade de realizar uma auditoria na área de Atenção Básica (AB) de saúde, coordenada pelo Tribunal de Contas da União (TCU). O Estado de Pernambuco foi signatário deste acordo, conforme fls. 2 a 12, que teve como objetivo identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), independentemente dos programas implementados em cada unidade avaliada, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura, bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

Tendo em vista os Termos de Designação de Atividade – TDA/Geap n^{os} 0.02.004/2014 e 0.02.008/2014, foi determinada a realização de auditoria de natureza operacional para avaliação das ações na atenção primária à saúde em Pernambuco, de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES). O processo de Auditoria Especial foi formalizado sob o n^o 1403946-1, cujo relator é o Conselheiro Marcos Loreto. Participaram desta auditoria os seguintes servidores:

- Adriana Maria Frej Lemos – Técnica de Auditoria das Contas Públicas – Mat. 0898
- Arthur Leandro Alves Silva – Técnico de Inspeção de Obras Públicas – Mat. 0971
- João Antônio Robalinho Ferraz – Técnico de Auditoria das Contas Públicas – Mat. 1000
- Julio Cezar Cavalcanti Alves – Técnico de Inspeção de Obras Públicas – Mat. 0773
- Wirla Cavalcanti Revorêdo Lima – Técnica de Auditoria das Contas Públicas – Mat. 0923



O presente trabalho trata dos resultados da auditoria operacional, realizada aplicando-se técnicas, procedimentos e metodologia específicos, desenvolvidos neste Tribunal sob a denominação Auditoria Operacional (AOp¹).

1.2 Identificação do objeto da auditoria

O objeto desta auditoria está focado nas ações da atenção primária à saúde, sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

1.3 Objetivos e escopo da auditoria

O principal objetivo desta auditoria foi identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde, como também avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

Para a verificação desses aspectos, a abordagem do trabalho envolveu três questões de auditoria:

Questão 1 (Gestão de Pessoas): Como as Secretarias de Saúde atuam para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica?

Questão 2 (Monitoramento e Avaliação): O estado possui estrutura, indicadores e suporte de Tecnologia da Informação (TI), de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

Questão 3 (Planejamento): O processo de planejamento da Atenção Básica reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das três esferas federativas?

1.4 Procedimentos metodológicos

Os procedimentos metodológicos utilizados para colher as informações que auxiliaram o processo de auditoria foram:

- Pesquisa documental e bibliográfica;
- Estudo da legislação específica;

¹ Os termos Auditoria Operacional (AOp) e Auditoria de Natureza Operacional (ANOP) referem-se ao mesmo tipo de auditoria. O primeiro termo está sendo adotado no âmbito do Promoex e o segundo é o adotado neste Tribunal pela Resolução TC nº. 02/2005.



- Entrevistas não estruturadas com diretoras e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde: Secretaria-Executiva de Coordenação-Geral, Superintendência de Atenção Primária, Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária, Diretoria-Geral de Informações Estratégicas;
- Entrevista semiestruturada com representantes de cada segmento do Conselho Estadual de Saúde (CES);
- Entrevistas não estruturadas com representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco (Cosems/PE);
- Aplicação das ferramentas de auditoria: análise SWOT (*strengths* – forças, *weaknesses* – fraquezas, *opportunities* – oportunidades e *threats* – ameaças);
- Visitas *in loco* em onze municípios com diferentes atores. As visitas foram realizadas no mês de setembro de 2013. Nestas visitas foram aplicadas entrevistas estruturadas a secretários municipais de saúde ou coordenadores da Atenção Básica, gestores de unidades básicas de saúde, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), e membros dos conselhos de saúde municipais (representantes de cada segmento). Os critérios de seleção para escolha dos municípios visitados estão detalhados a seguir, no item 1.4.1;
- Coleta de dados mediante questionários autoaplicados pela internet junto aos gestores municipais e gestores das Gerências Regionais de Saúde (GERES). No item 1.4.2 estão detalhados os percentuais de resposta obtidos.

1.4.1 Critério utilizado para seleção dos municípios

Inicialmente, foi realizado um levantamento de informações na Secretaria Estadual de Saúde, no Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco e no Conselho Estadual de Saúde. Como o objeto de análise foi a Atenção Básica de saúde, cuja responsabilidade precípua é dos municípios, então foi escolhida uma amostra com alguns municípios a fim de aplicar instrumentos de coleta *in loco*.

Para seleção dos municípios a serem visitados pelo TCE-PE, utilizou-se como critério de escolha o Índice de Desempenho do SUS na Atenção Básica (IDSUS), formulado pelo Ministério da Saúde. Este índice pretende avaliar o desempenho do SUS, atribuindo uma nota de zero a 10 para cada município, onde os menores escores representam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no município. O IDSUS classifica os municípios em seis grupos homogêneos.

Para definição de nossa amostra, foram selecionados de cada grupo homogêneo os municípios que apresentassem os melhores desempenhos do IDSUS da Atenção Básica (valores acima de 7,99) e os piores (valores abaixo de 4,00).

O Estado de Pernambuco possui os seis grupos de municípios estabelecido pelo índice do Ministério. Ao todo foram escolhidos para visita 11 municípios, sendo seis com valores do IDSUS acima de 7,99 e cinco abaixo de quatro.



Das seis faixas de classificação do IDSUS, em duas só constam um município. A faixa número 1 possui como único município Recife, que foi excluído da amostra por apresentar um número de habitantes significativamente superior que os demais municípios. A faixa 3 igualmente apresenta apenas um município, tendo sido escolhido também. Nas faixas 2 e 5, foram escolhidos os dois únicos municípios das mesmas. Na faixa 4, também foram selecionados dois municípios, ao passo que, na faixa 6, foram selecionados quatro municípios, dois melhores e dois piores, por se tratar da faixa com maior quantitativo de municípios.

Os municípios selecionados para a amostra são os listados a seguir:

- Águas Belas;
- Cabo de Santo Agostinho;
- Caetés;
- Caruaru;
- Ipojuca;
- Itapissuma;
- Jaboatão dos Guararapes;
- Santa Cruz do Capibaribe;
- Surubim;
- Toritama;
- Vertente do Lério.

1.4.2 Percentuais de respostas aos questionários enviados aos gestores

Foram enviados dois questionários eletrônicos (via internet) aos gestores municipais, e um questionário eletrônico para os gestores das GERES. No primeiro questionário eletrônico (*survey* preliminar aplicado na fase de planejamento denominado: **Diagnóstico da Atenção Básica de Saúde em Pernambuco**) apenas no âmbito de Pernambuco, dos 184 municípios do estado para os quais foram enviados o questionário, 74 responderam, o que resultou numa taxa de retorno de 40,22%. No segundo questionário eletrônico de âmbito nacional (*survey* aplicado na fase de execução denominado: **Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde**) de âmbito nacional, para os gestores municipais, a taxa de retorno ficou em 39,13%.

Em relação à pesquisa de campo qualitativa nos municípios, a quadro seguinte sintetiza o quantitativo dos *stakeholders* entrevistados:



Quadro 1 – Relação do quantitativo de *stakeholders* entrevistados

Municípios visitados	Quantidade					
	Conselheiros municipais entrevistados	Gestores municipais entrevistados	UBS visitadas (gestores de UBS entrevistados)	Médicos entrevistados	Enfermeiros entrevistados	ACS entrevistados
Águas Belas	3	1	2	2	2	2
Cabo de Santo Agostinho	3	1	2	2	2	2
Caetés	3	2	2	2	2	1
Caruaru	3	1	2	2	2	1
Ipojuca	3	1	2	2	2	2
Itapissuma	3	2	1	1	1	1
Jaboatão dos Guararapes	3	1	2	2	2	2
Santa Cruz do Capibaribe	3	1	2	2	2	2
Surubim	3	1	2	2	2	2
Toritama	3	1	2	2	2	2
Vertente do Lério	3	1	2	2	2	2
TOTAL	33	13	21	21	21	19

Fonte: Equipe de auditoria

No caso dos gestores estaduais, todos os gestores das 12 GERES responderam à pesquisa, bem como um gestor representante da atenção primária à saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Ademais, no âmbito estadual, três representantes do Conselho Estadual de Saúde (um de cada segmento) também responderam à pesquisa qualitativa.

CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

2.1 Relevância do tema

A Atenção Básica, também conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS), é considerada como uma área estratégica para a organização do SUS, por ser preferencialmente o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, ou seja, a porta de entrada do sistema, cuja responsabilidade precípua é dos municípios.

A principal estratégia para organização da Atenção Básica no SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que consiste na implantação de equipes multiprofissionais que atuam em território definido e população adstrita, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. As Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da



Família (NASF) foram concebidas para resolver a grande parte dos problemas de saúde apresentados pela população.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 648/GM, de 28/03/2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), operacionalizada pela estratégia de saúde da família, que pretende garantir direitos de cidadania e melhoria da qualidade de vida da população. A atenção primária caracteriza-se como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e corresponde à organização dos serviços de saúde realizados nos municípios, levando em consideração as necessidades da população. É pautada pelos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS: universalidade de acesso; integralidade de assistência; igualdade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa dos serviços de saúde; resolubilidade.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica possui como fundamentos e diretrizes: ter território adstrito sobre o mesmo; possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado a sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

Nesse sentido, conforme a PNAB, para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica deve cumprir as seguintes funções: ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado; ordenar as redes.

Os resultados desta estratégia foram bastante evidenciados nos últimos anos. Entre estes, podemos destacar a redução da mortalidade infantil, a redução das internações hospitalares em decorrência do diabetes e do acidente vascular cerebral (AVC), a redução da proporção de crianças abaixo de 05 anos com baixo peso, o aumento das coberturas vacinais em crianças menores de 01 ano, entre outros.

Em Pernambuco a Estratégia Saúde da Família está presente em todos os municípios e cobre aproximadamente 73% da população, apresentando um crescimento de mais de 20% nos últimos 5 anos.

2.2 Legislação

A partir de pesquisas realizadas na internet, em especial no site da Câmara dos Deputados (<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao>), foram identificados diplomas normativos específicos acerca do tema “Atenção Básica” na esfera federal. Alguns instrumentos legais da esfera estadual foram fornecidos pela



Secretaria de Estadual de Saúde e outros colhidos do site da Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco (<http://www.alepe.pe.gov.br>).

Entre os principais diplomas que se relacionam com a Atenção Básica podem ser destacados:

- Constituição Federal – art. 37 – Princípio da Eficiência;
- Lei Federal nº 8.080/90, art. 27 c/c art. 17, III;
- Decreto Federal nº 7.508/2011, arts. 10 e 20, que regulamenta o SUS.
- Portaria GM/MS nº 1.996/2007 – referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- Portaria nº 2.488/2011, relativa à PNAB, nos itens 3.1, IV e VI; 3.3, II, VII, VIII, IX, X, XI; 3.4, VIII e IX; e 4.1.
- Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde através das Portarias Estaduais nº 640/2011; 108/2012; 83/2013; 193/2013;
- Plano Estadual de Saúde (PES).

2.3 Lógica das ações de Atenção Básica no Estado de Pernambuco

Inicialmente, com o intuito de facilitar a compreensão acerca das ações relacionadas à Atenção Básica, foi realizada uma contextualização deste nível de saúde do Estado de Pernambuco.

Em virtude de a responsabilidade principal na execução da Atenção Básica seja de competência municipal, coube ao estado um apoio prioritariamente financeiro e de instrumentos técnicos e pedagógicos, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, nos itens 3.1 e 3.3.

Assim, o Estado de Pernambuco, por meio do Decreto Estadual nº 30.353/2007 e da Portaria SES nº 720/2007, instituiu a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP). Desde então, a SES-PE vem realizando transferência de recursos para a Atenção Primária à Saúde dos municípios do estado.

A partir de 2011 a PEFAP foi revista. A Secretaria Estadual de Saúde instituiu através da Portaria nº 640/2011, o Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS), com valores per capita e com vinculação ao IDH municipal, bem como o Financiamento Municipal por Desempenho da APS, determinado a partir do resultado em 10 indicadores de saúde estratégicos, pactuados entre a SES-PE e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco. Repassado em caráter semestral, o financiamento segundo desempenho relaciona o índice de desempenho alcançado pelos municípios ao número de equipes de Saúde da Família implantadas, estabelecendo como valor máximo semestral por ESF um teto de R\$ 3.758,00 (três mil setecentos e cinquenta e oito reais).

Ressalta-se que o papel principal do estado na saúde diz respeito à oferta de serviço de média e alta complexidade. Coincidentemente, conforme será detalhado nos



resultados, o atendimento da média e alta complexidade tem sido demandado após os atendimentos na Atenção Básica, especialmente no que tange a exames e consultas especializadas, sendo constatado um gargalo, haja vista a fila de espera para tais procedimentos demorar alguns meses em certos casos.

2.4 Informações orçamentárias e financeiras

A partir da análise dos demonstrativos contábeis do Balanço Geral do Estado (BGE) de Pernambuco, bem como dos dados do sistema E-Fisco, foram elaborados o quadro e o gráfico a seguir, demonstrando a evolução da despesa do estado na função saúde e da despesa total do estado no período de 2011 até o primeiro semestre de 2014.

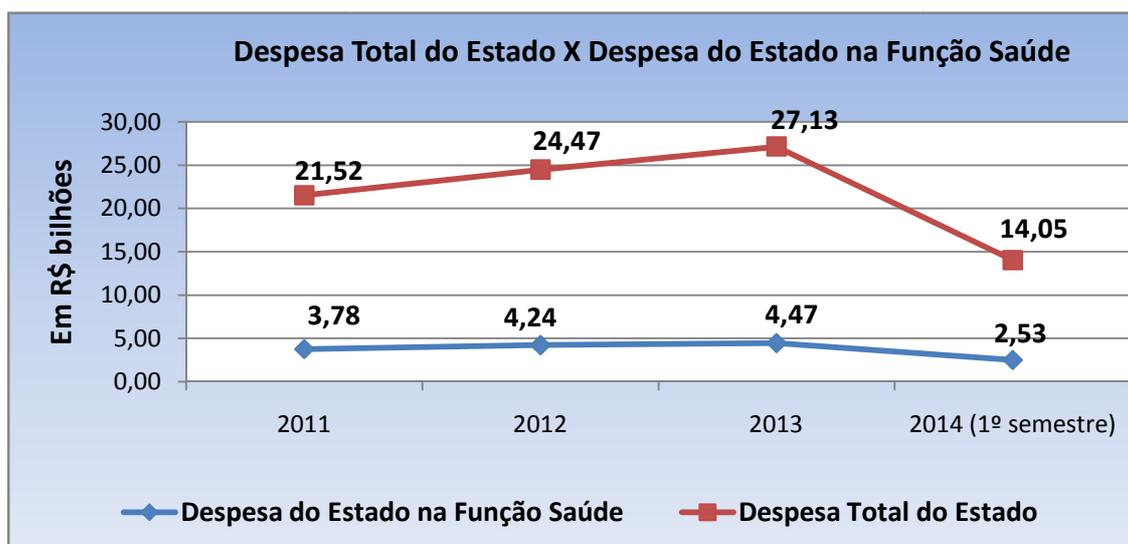
Quadro 2 – Evolução da despesa de Pernambuco na função saúde e da despesa total do estado

Exercício	Despesa do estado na função saúde (R\$)	Despesa total do Estado de PE (R\$)	Despesa função saúde/ Despesa total do Estado de PE (%)
2011	3.777.642.687,64	21.515.714.401,12	17,56%
2012	4.241.727.554,67	24.469.913.940,11	17,33%
2013	4.473.283.654,21	27.132.767.346,56	16,49%
2014 (1º semestre)	2.529.745.368,92	14.051.070.950,01	18,00%

Fonte: E-Fisco e BGE

Nota: Nos anos de 2011 a 2013, a despesa empenhada pelo estado foi igual à despesa liquidada. No 1º semestre de 2014, foi utilizada a despesa liquidada.

Gráfico 1 – Evolução da despesa de Pernambuco na função saúde e da despesa total do estado



Fonte: E-Fisco e BGE

Nota: Nos anos de 2011 a 2013 a despesa empenhada pelo estado foi igual à despesa liquidada. No 1º semestre de 2014 foi utilizada a despesa liquidada.



Observa-se a evolução dos gastos do estado na função saúde, passando de R\$ 3,78 bilhões em 2011 para R\$ 4,47 bilhões em 2013. Verifica-se que no 1º semestre de 2014 a despesa liquidada na referida função foi de R\$ 2,53 bilhões.

Em termos percentuais, houve um decréscimo na relação ‘despesa do estado na função saúde’/‘despesa total do estado no exercício’, passando de 17,56% em 2011 para 16,49% em 2013. No 1º semestre de 2014 a referida relação foi de 18,00%.

Ressalta-se que os gastos na função saúde englobam as subfunções Atenção Básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, administração geral, planejamento e orçamento, formação de recursos humanos, comunicação social, dentre outras.

Com relação à despesa do estado na subfunção Atenção Básica, objeto do presente trabalho, segue comparativo entre essa despesa e a despesa do estado na função saúde no período de 2011 até o primeiro semestre de 2014.

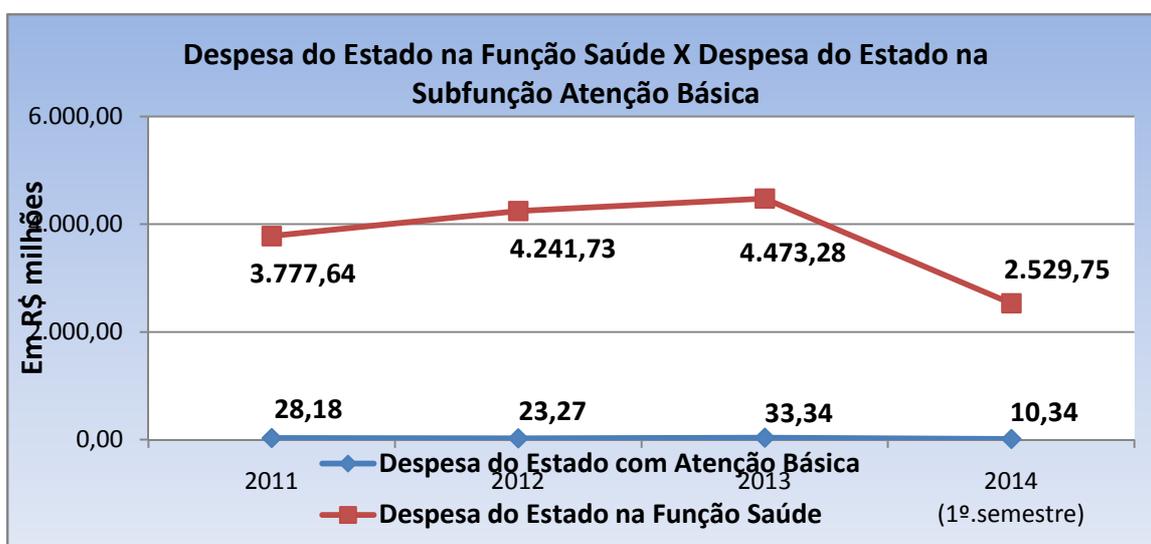
Quadro 3 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e na função saúde

Exercício	Despesa do estado com Atenção Básica (R\$) (A)	Despesa do estado na função saúde (R\$) (B)	% (A/B)
2011	28.181.358,75	3.777.642.687,64	0,75%
2012	23.271.611,61	4.241.727.554,67	0,55%
2013	33.342.963,93	4.473.283.654,21	0,75%
2014 (1º semestre)	10.337.665,13	2.529.745.368,92	0,41%

Fonte: E-Fisco e BGE

Nota: Nos anos de 2011 a 2013, a despesa empenhada pelo estado foi igual à despesa liquidada. No 1º semestre de 2014, foi utilizada a despesa liquidada.

Gráfico 2 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e na função saúde



Fonte: E-Fisco e BGE

Nota: Nos anos de 2011 a 2013, a despesa empenhada pelo estado foi igual à despesa liquidada. No 1º semestre de 2014, foi utilizada a despesa liquidada.



Observa-se que ao longo do período retratado a relação entre a despesa do estado na subfunção Atenção Básica e a despesa do estado na função saúde foi menor que 1%.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA

A partir deste capítulo, inicia-se a descrição das falhas que foram identificadas ao longo do processo de auditoria, que podem vir a comprometer os resultados da Atenção Básica no Estado de Pernambuco. Este capítulo evidencia os achados de auditoria, subdivididos nos aspectos gestão de pessoas, planejamento e financiamento.

3.1 Gestão de pessoas

3.1.1 Deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica

Em sintonia com o Princípio Constitucional da Eficiência na Administração Pública, conforme o artigo 37, caput, da Constituição Federal, e a expectativa de que a qualificação da força de trabalho esteja diretamente relacionada à produtividade e à qualidade dos serviços prestados à população, a PNAB estabelece como competência de todos os entes governamentais envolvidos no processo da Atenção Básica o previsto no seu item 3.1,V, no que se refere ao desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, bem como a valorização dos profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes.

Salienta-se que, como competência específica das Secretarias Estaduais de Saúde, no item 3.3, VII da PNAB, há a previsão do apoio institucional prestado aos municípios pela SES no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família.

No item 3.3, X, da PNAB, está previsto que a SES deve disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde.

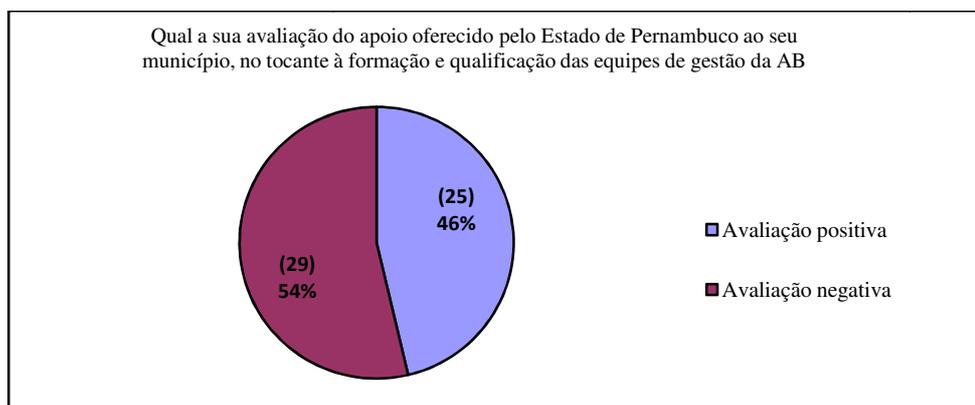
Além disso, de acordo com o item 3.3, X, da PNAB, há a previsão de articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de Saúde da Família.

Da análise dos dados coletados junto aos gestores municipais, foi possível perceber a deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica.



Quando foram convidados a avaliar o apoio prestado pelo Estado no tocante à formação e qualificação das equipes de gestão da AB, houve uma maioria das respostas que avaliou negativamente esse apoio.

Gráfico 3 – Apoio do estado quanto à qualificação das equipes de gestão da AB



Fonte: Diagnóstico da Atenção Básica de Saúde em Pernambuco (survey preliminar aplicado aos gestores municipais de saúde do estado)^{2,3}

Registros obtidos nas entrevistas realizadas corroboram os dados obtidos na pesquisa eletrônica acima⁴:

“Olhe, não vou dizer que não tem capacitação; ter, tem, a gente tenta mandar o pessoal, mas é difícil, viu? É pouco, e quando tem é difícil. Teve, foi em março ou abril, um curso de preção eletrônico de uma semana, em outra cidade (a 35 km de distância, N.T.) Olhe, eu mesmo é quem busco fazer um curso ou outro, estou hoje mesmo fazendo curso por EAD (educação a distância), mas se tivesse hoje um curso em Recife eu nem teria como sair daqui, pegar a estrada e passar a semana fora fazendo curso. Se eu fizer isso, a secretaria desanda”.

(SMS, entrevista 9)

“Na verdade, a SES funciona hoje em condições piores que o nosso município. Aqui, em parceria com a UFPE, UPE e com duas faculdades particulares, nós temos conseguido treinar e capacitar não apenas os médicos envolvidos com a Atenção Básica, mas todos os segmentos profissionais envolvidos, inclusive os enfermeiros que fazem a gestão das UBS. O trabalho dos nossos gestores não se deve ao apoio da SES, mas ao fato de que nosso corpo técnico tem um perfil diferenciado, e que capacitar os gestores é uma das prioridades de nossa política de saúde.”

(SMS, entrevista 10)

² Foram excluídas, para cálculo das frequências relativas, as respostas não substantivas ao questionário, conforme apresentadas na questão, a saber: “Prefiro não responder” e “Nem concordo nem discordo”. Todas as respostas positivas foram agrupadas em uma única categoria, o mesmo acontecendo com as respostas negativas (cfe. BABBIE, Earl; 1999).

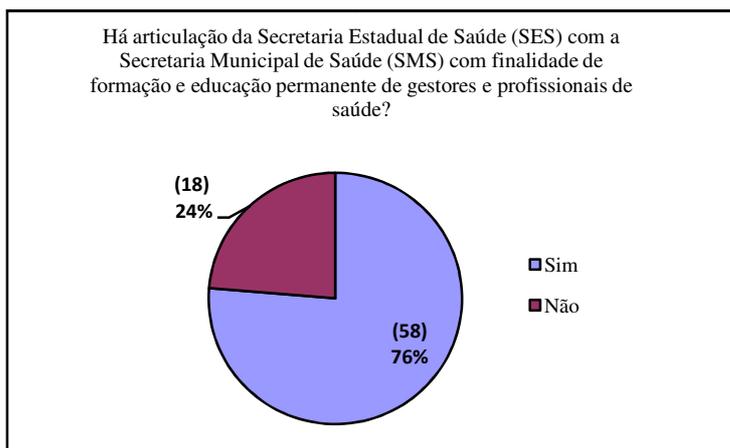
³ n=77; survey preliminar de planejamento

⁴ Foi empregada a técnica de transcrição parcial de entrevista, sem recurso de categorização (cfe. BARDIN, Laurence; 2002)



Uma em cada quatro respostas ao questionário aplicado afirma que não há articulação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com finalidade de formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde, conforme pode ser notado no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Articulação da SES com a SMS para capacitação



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)

Registros obtidos nas entrevistas realizadas corroboram os dados obtidos na pesquisa eletrônica acima:

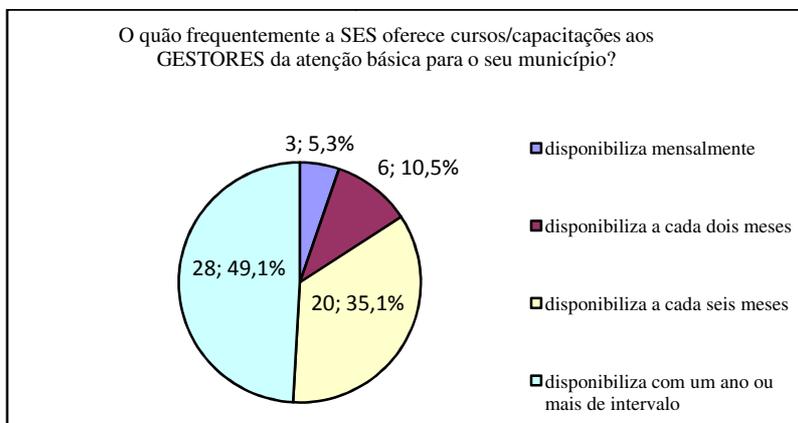
“A impressão que dá é que a SES não conhece a realidade do município, e nem mesmo tem como conhecer (...). O secretário municipal é que está aqui, que sabe a exigência do prefeito, que atende ao pedido do cidadão na porta de casa, que ouve pedido dos ACS, reclamação de médico, de odontólogo, e tem que dar conta de tudo. Nossos recursos são muito poucos, para você ter uma ideia, eu recebo do Estado onze mil reais por mês, e tenho que dar conta de todas as metas que ele exige. Onze mil não paga nem um médico, e a gente tem no município dezessete. Qual treinamento o Estado poderia me oferecer para me ajudar com esse dia-a-dia? Não tem jeito. Melhor que oferecer curso é se sensibilizar com a realidade da gente, que está longe das cidades maiores.”

(SMS, entrevista 9)

Quando solicitados a informar a regularidade com que ocorrem as capacitações para gestores da Atenção Básica de saúde de seu município, metade dos respondentes que assinalaram ao item “o quão frequentemente a SES oferece cursos/capacitações aos gestores da Atenção Básica para o seu município?” apontaram que esse tipo de atividade ocorre com um ano ou mais de intervalo, segundo pode ser verificado Gráfico 5 a seguir.



Gráfico 5 – Frequência da disponibilização das capacitações da SES aos gestores da AB



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)⁵

Registros obtidos nas entrevistas realizadas corroboram os dados obtidos na pesquisa eletrônica acima:

“Eu não sei antes de mim, que ainda vai fazer um ano que estou na coordenação da AB, mas eu mesma nunca fui chamada para treinamento de gestor.”

(Gestor AB, entrevista 11).

“Estou à frente dessa UBS desde que ela foi implantada, em 2011. Curso, quando tem, eu mando as equipes fazerem. Agora, curso para gestão de UBS, nunca teve.”

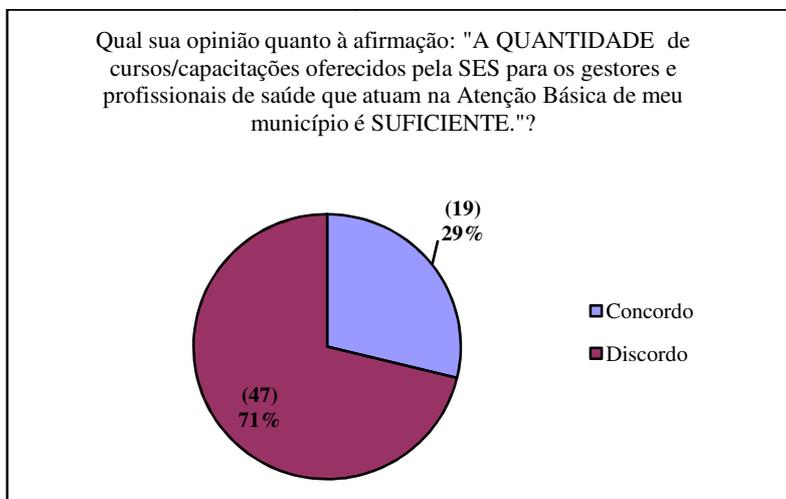
(Enfermeira, entrevista 52)

Coerentemente, quando indagados a informar sua percepção sobre a suficiência dos cursos ou capacitações oferecidas pela SES para gestores e profissionais da AB no município, sete em cada dez respondentes que assinalaram ao item “Qual sua opinião quanto à afirmação: ‘A QUANTIDADE de cursos/capacitações oferecidos pela SES para os gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica de meu município é SUFICIENTE?’ optaram por registrar a **insuficiência** no quantitativo de eventos, como pode ser observado no Gráfico 6 a seguir.

⁵ n=71; survey nacional, amostra do estado de PE.



Gráfico 6 – Quantidade de capacitações oferecidas pela SES



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)⁶

Registros obtidos nas entrevistas realizadas corroboram os dados obtidos na pesquisa eletrônica acima:

“Para bem dizer, não tem capacitação para a gente da gestão; tem para as equipes, aí tem. Mas sabe aquela história de que muito ajuda quem não atrapalha? Pois. Eu não conto com a SES para fazer meu trabalho, porque se eu for esperar, não vou fazer nada.”

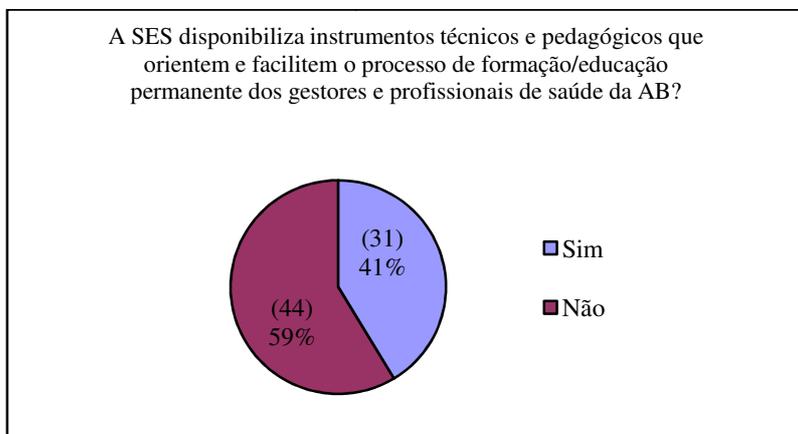
(SMS, entrevista 9)

A maioria (três a cada cinco) das respostas também sinalizou a falta de instrumentos técnicos e pedagógicos para orientar e facilitar o processo de formação e educação permanente dos gestores, e também dos profissionais de saúde da AB, conforme se vê no Gráfico 7 a seguir:

⁶ n=70; survey nacional, amostra do estado de PE



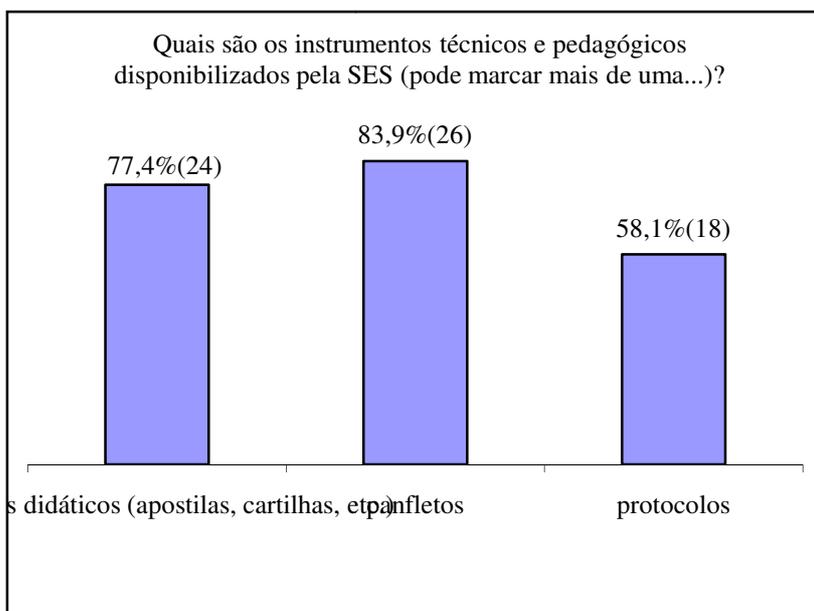
Gráfico 7 – Disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos pela SES



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)⁷

Quando analisada qualitativamente, a informação revela que há também problemas quanto à composição desse material: no relato de uma em cada grupo de quatro respostas ao questionário, não foram disponibilizados materiais didáticos pela SES, havendo um predomínio de panfletos, no conjunto dos instrumentos que foram disponibilizados. Sendo os panfletos, pela sua natureza, prestando-se mais a campanhas de informação que a constituírem referência para educação permanente dos gestores e profissionais de saúde. O Gráfico 8 ilustra as respostas.

Gráfico 8 – Descrição dos instrumentos técnicos e pedagógicos pela SES



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais)⁸

⁷ n=75; survey nacional, amostra do estado de PE

⁸ n=31; survey nacional, amostra do estado de PE



Registros obtidos nas entrevistas realizadas corroboram os dados obtidos na pesquisa eletrônica acima:

“Mandam cartazes, folhetos informativo sobre DST. Deixam lá na secretaria, e quando a gente vai para as reuniões das equipes, traz (para a UBS, N.T.). Mas esse material não é para a gente, não, é para distribuir com a comunidade.”

(Enfermeira/Gestora de UBS – entrevista 53)

Pelo exposto, vê-se carência na elaboração e execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, com problemas na oferta de cursos e no planejamento dos cursos. Ressalta-se nesse contexto a carência de treinamento específico para os gestores do sistema, tanto nas UBS como no âmbito da administração municipal.

Como recomendações para à SES a fim de minimizar os problemas elencados, tem-se o disposto a seguir:

- desenvolver e implementar plano de capacitação e educação permanente dos gestores da AB, o qual leve em consideração necessidades do público-alvo, as previsões regimentais da PNAB, e os fluxos operacionais do sistema;
- disponibilizar, mediante estudo prévio, instrumentos técnicos e pedagógicos que provisionem a educação permanente dos profissionais da AB, com especial ênfase para as necessidades dos gestores, conforme as previsões da PNAB.

3.2 Planejamento

A implantação do SUS está alicerçada em princípios e diretrizes. No que tange às diretrizes, o que se refere à regionalização e hierarquização aponta para a organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade, em uma determinada área geográfica, planejados a partir de referenciais epidemiológicos e estudos de necessidades em saúde, a partir da definição e conhecimento da clientela a ser atendida.

Destaca-se que, desde que o SUS foi criado há mais de 20 anos, tem havido uma descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e de recursos da União para estados e municípios. Para subsidiar esse processo, foram editadas as seguintes Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), na década de 1990: NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96; as duas últimas resultaram de processos de pactuação entre diferentes atores, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) introduziu a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões,



expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A NOAS foi fundamentada no reconhecimento da regionalização em saúde como essencial à consolidação dos princípios de universalidade e da igualdade no acesso e na integralidade da atenção, com a resultante descentralização, e enfatizando a municipalização.

Na prática, em decorrência da descentralização da saúde, algumas fragilidades emergiram, especialmente, no que diz respeito à necessidade de fortalecimento da capacidade de gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Além disso, a própria rede de atenção à saúde, mostrou-se fragmentada e pouco resolutiva, conforme o próprio Plano Estadual de Saúde de Pernambuco reconhece na sua página 143.

Com o advento do Pacto pela Saúde em 2006, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização foi fundamentado na perspectiva da pactuação de responsabilidades entre as três esferas gestoras do SUS, tanto no campo da gestão como da atenção à saúde, com redefinição de responsabilidades coletivas, por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população. Inclusive, há impacto financeiro, como ressalva o artigo 6º do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2012, onde as regiões de saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

No âmbito do Estado de Pernambuco, as Gerências Regionais de Saúde (GERES) são as unidades técnico-administrativas da Secretaria Estadual de Saúde que têm a missão de planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações/serviços de saúde e das diretrizes da política estadual de saúde em cada Região de Saúde. O estado, em sua gestão de saúde, passou a ser organizado, a partir de 19/09/2011, por doze GERES, em conformidade com as Regiões de Saúde, com sede nas seguintes cidades: 1ª GERES – Recife; 2ª GERES – Limoeiro; 3ª GERES – Palmares; 4ª GERES – Caruaru; 5ª GERES – Garanhuns; 6ª GERES – Arcoverde; 7ª GERES – Salgueiro; 8ª GERES – Petrolina; 9ª GERES – Ouricuri; 10ª GERES – Afogados da Ingazeira; 11ª GERES – Serra Talhada e 12ª GERES – Goiana, conforme na Figura 1 abaixo, que evidencia a distribuição espacial segundo Regiões de Saúde e Sedes de Regiões em Pernambuco:

Figura 1 – Distribuição Espacial das Regiões de Saúde e Sedes de Regiões



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde



De acordo com todo o normativo legal vigente que trata da saúde pública no Brasil, cabe aos entes federativos estaduais a função precípua de ofertar atendimento de média e alta complexidade à população. Como a Atenção Básica tem como um dos fundamentos e diretrizes a coordenação da integralidade, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção, é mister que haja uma eficaz articulação dentro da rede de atenção de saúde, a fim de que as demandas oriundas da atenção primária à saúde sejam satisfeitas principalmente pelas média e alta complexidade ofertadas pelo estado.

3.2.1 Deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção

3.2.1.1 Oferta insuficiente de exames e consultas especializadas na média e alta complexidade provocando grande fila de espera

No 1º relatório de gestão quadrimestral de 2014, elaborado pela SES, foi apresentado um indicador utilizado – Cobertura de Consultas Médicas Especializadas – que estima as necessidades de atendimento a determinada população em certo período de tempo, cujos parâmetros de cobertura assistencial são definidos no âmbito do Sistema Único de Saúde, possui a seguinte metodologia de cálculo, conforme quadro abaixo:

Quadro 4 – Indicador Cobertura de Consultas Médicas Especializadas

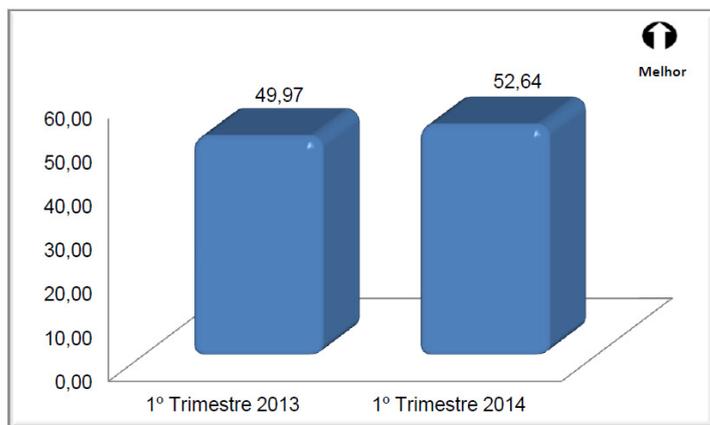
Descrição do indicador	Metodologia de cálculo	Fontes dos dados
Estima as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido.	$\frac{\text{Número de consultas médicas especializadas} \times 100}{22\% \text{ do total de consultas estimadas para o quadrimestre considerando parâmetro de 3 consultas por habitante/ano (Portaria GM n.º 1101/02)}}$	SIA/SUS

Fonte: 1º Relatório de Gestão Quadrimestral de 2014

No citado relatório de gestão atualizado, foi apresentado um gráfico comparativo das consultas médicas especializadas em Pernambuco, no 1º trimestre de 2013 e 2014, que, embora tenha havido uma melhora, o indicador neste ano de 2014 somente passou da metade do nível ideal, indicando que há ainda o déficit no atendimento nas consultas especializadas, podendo acarretar uma longa fila de espera para os pacientes que necessitem do serviço.



Gráfico 9 – Cobertura de consultas médicas especializadas



Fonte: 1º Relatório de Gestão Quadrimestral de 2014

As consultas médicas em Pernambuco têm sido objeto de análise pela Secretaria Estadual de Saúde, que tem também a função de observar se as consultas atendem às necessidades da população, bem como de estimar a capacidade da rede assistencial.

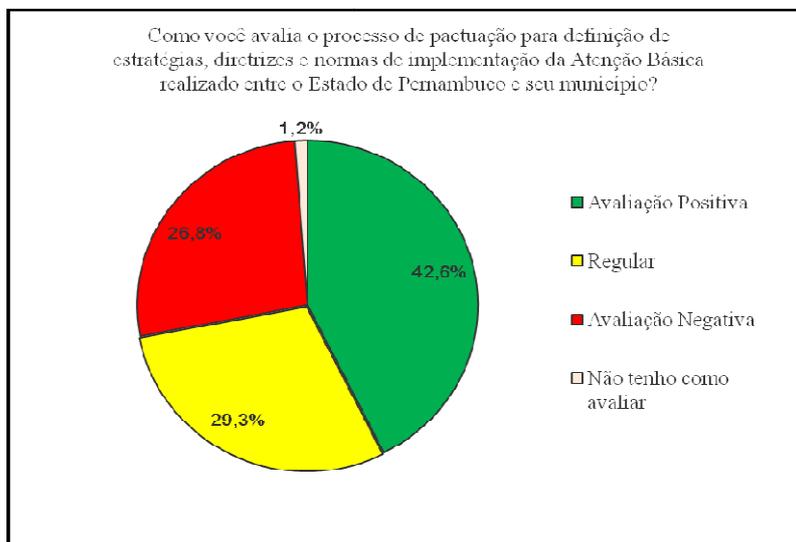
Há dois objetivos estratégicos do atual Plano Estadual de Saúde que se referem às responsabilidades do estado quanto ao seu papel executor na saúde: Integrar os serviços em redes ordenadas pela APS (página 173 do PES); e Ampliar o acesso de qualidade aos serviços de Média e Alta Complexidade (páginas 174 a 180 do PES).

No entanto, salienta-se que não houve adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), no Estado de Pernambuco, contribuindo para uma distribuição inadequada da oferta de média e alta complexidade, ensejando um longo tempo na fila de espera para se conseguir tais atendimentos, sobretudo, as consultas especializadas e os exames, fora os procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, que igualmente ficam comprometidos quanto à tempestividade, especialmente os de natureza eletiva.

Como resultado da 1ª pesquisa eletrônica aos secretários municipais de saúde, só 42,6% destes têm avaliado positivamente o processo de pactuação, conforme Gráfico 10, corroborando que é necessária uma melhor articulação entre município e estado, a fim de evitar uma longa fila de espera para os atendimentos da média e alta complexidade, ofertados pelo estado.



Gráfico 10 – Avaliação do processo de pactuação



Fonte: Diagnóstico da Atenção Básica de Saúde em Pernambuco (survey preliminar aplicado aos gestores municipais de saúde do estado)

Como resultado das pesquisas de campo qualitativas, também foi constatado um gargalo quanto ao oferecimento dos atendimentos da média e alta complexidade pelo estado, a saber: consultas especializadas, exames (especialmente os mais complexos) e procedimentos cirúrgicos. Para melhor compreensão do que foi coletado *in loco* sobre as principais dificuldades encontradas no referenciamento, serão evidenciadas a seguir algumas falas dos diferentes *stakeholders*, elencando-as por papel desempenhado pelo respondente. Ressalta-se que, dos 128 entrevistados, 55 (gestores municipais de saúde ou da Atenção Básica, médicos e enfermeiros) comentaram acerca das questões de rede, especificamente, referenciamento. Para ilustrar, serão colocadas algumas das falas de cada grupo de *stakeholder*.

- Gestor municipal de saúde ou gestor da Atenção Básica:

“A falta do médico da atenção especializada é um problema. Os médicos faltam e também não fazem a contrarreferência.”

(entrevista 2)

“A oferta de exames e consultas especializadas é menor do que a demanda.”

(entrevista 3)

“O acesso é o pior gargalo da Atenção Básica. Acesso à alta complexidade, às especialidades e aos exames da média complexidade.”

(entrevista 5)



“O tempo de espera é elevado para os pacientes conseguirem atendimento em consultas ou exames da média complexidade.”

(entrevista 7)

- Médicos:

“Muitas vezes a realização dos exames e das consultas com os especialistas é demorada. Muitas vezes o paciente recorre ao médico particular.”

(entrevista 19)

“Às vezes demora muito para conseguir vaga na média e alta complexidade.”

(entrevista 20)

“Há uma grande fila de espera para o serviço referenciado, a média e a alta complexidade.”

(entrevista 22)

“Há dificuldade de marcação de consultas e realização de exames.”

(entrevista 23).

- Enfermeiros/técnicos de enfermagem:

“Existe uma baixa quantidade de médicos na média complexidade.”

(entrevista 36)

“Deveria ter mais vagas na média e alta complexidade, porque a demanda é maior que a oferta.”

(entrevista 38)

“Um problema é a alta demanda na média complexidade – especialidades.”

(entrevista 43)

“Há uma baixa oferta de vagas de especializadas e exames.”

(entrevista 45).

Portanto, a precariedade dos instrumentos de pactuação, e a não efetivação do COAP como um instrumento substituto, assim como a limitação e má distribuição da estrutura estadual de média e alta complexidade podem acarretar a restrição do acesso da população a outros níveis de atenção (média e alta complexidade).



Como recomendações para minimizar o problema da oferta insuficiente de exames e consultas especializadas na média e alta complexidade, provocando grande fila de espera, tem-se o disposto a seguir:

- assumir sua atribuição de articuladora do estabelecimento de fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência) da Atenção Básica com os demais níveis de atenção;
- planejar, de forma regionalizada, ampliar e melhor distribuir a estrutura de média e alta complexidade a fim de ofertar vagas em quantidade suficiente para os pacientes oriundos da atenção básica, evitando dessa forma longas filas de espera por consultas e exames na média e alta complexidade.

3.2.1.2 Ausência de registro de contrarreferência dos pacientes

A Atenção Básica tem como fundamento e diretriz a coordenação da integralidade, ao realizar a gestão do cuidado integral do usuário e coordenar o conjunto da rede de atenção. Assim, é importante que exista uma eficaz articulação dentro da rede de atenção de saúde, para que as demandas provenientes da Atenção Básica sejam satisfeitas, sobretudo pela média e alta complexidade ofertadas pelo estado.

O Plano Estadual de Saúde, em seu objetivo estratégico ‘Integrar os serviços em redes ordenadas pela APS’ (página 173 do PES), estabeleceu algumas metas: Implantar redes integradas de atenção à saúde organizadas por linha de cuidado Rede Cegonha até 2014; Implantar redes integradas de atenção à saúde organizadas por linha de cuidado Urgência e Emergência até 2012; Implantar redes integradas de atenção à saúde organizadas por linha de cuidado psicossocial até 2012.

Para que a Atenção Básica cumpra eficazmente seu papel de coordenadora do cuidado oferecido nos demais serviços de saúde, é imprescindível que haja o registro da contrarreferência pela média e alta complexidade a fim de que, ao retornar para a Atenção Básica, o paciente possa ser acompanhado sem desfalque em seu registro.

Foram relatados alguns problemas no tocante ao registro da contrarreferência tanto na segunda pesquisa eletrônica (Avaliação Nacional da Atenção Básica), quanto na pesquisa de campo qualitativa.

Na segunda pesquisa eletrônica, foram realizadas duas perguntas envolvendo o registro da contrarreferência, a saber:

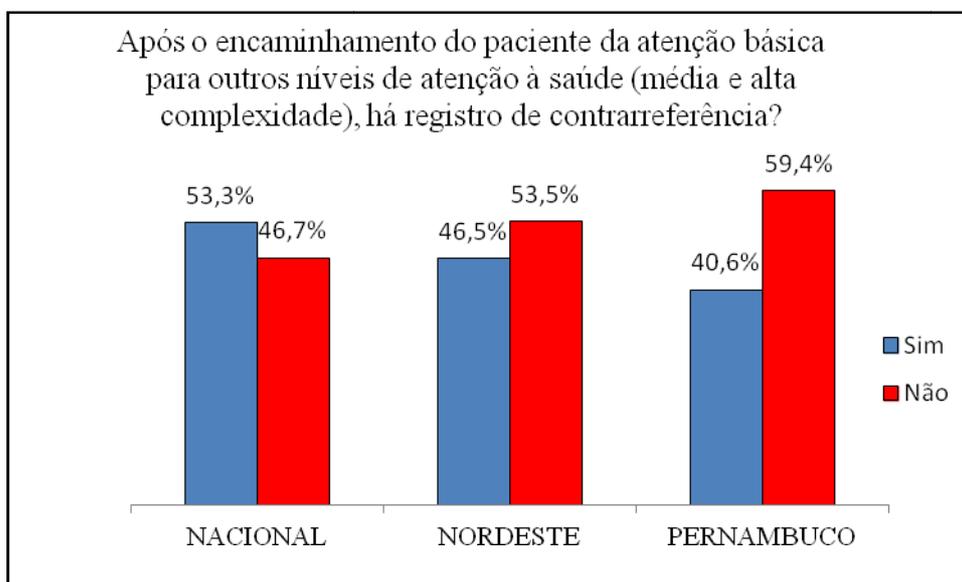
- Após o encaminhamento do paciente da Atenção Básica para outros níveis de atenção à saúde (média e alta complexidade), há registro de contrarreferência?
- Quais seriam os principais motivos para não existir registro de contrarreferência?



59,4% dos gestores municipais de saúde de Pernambuco afirmaram que não ocorre o registro da contrarreferência pelos médicos da média e alta complexidade, dificultando assim o acompanhamento do paciente pela Atenção Básica, conforme se observa no Gráfico 11.

Quanto aos motivos para não existir registro de contrarreferência, foram elencados os seguintes, que estão evidenciados no Gráfico 12: ausência de fluxos de referência e contrarreferência; falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de referência; falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações; falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas centrais de regulação; desconhecimento da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à saúde.

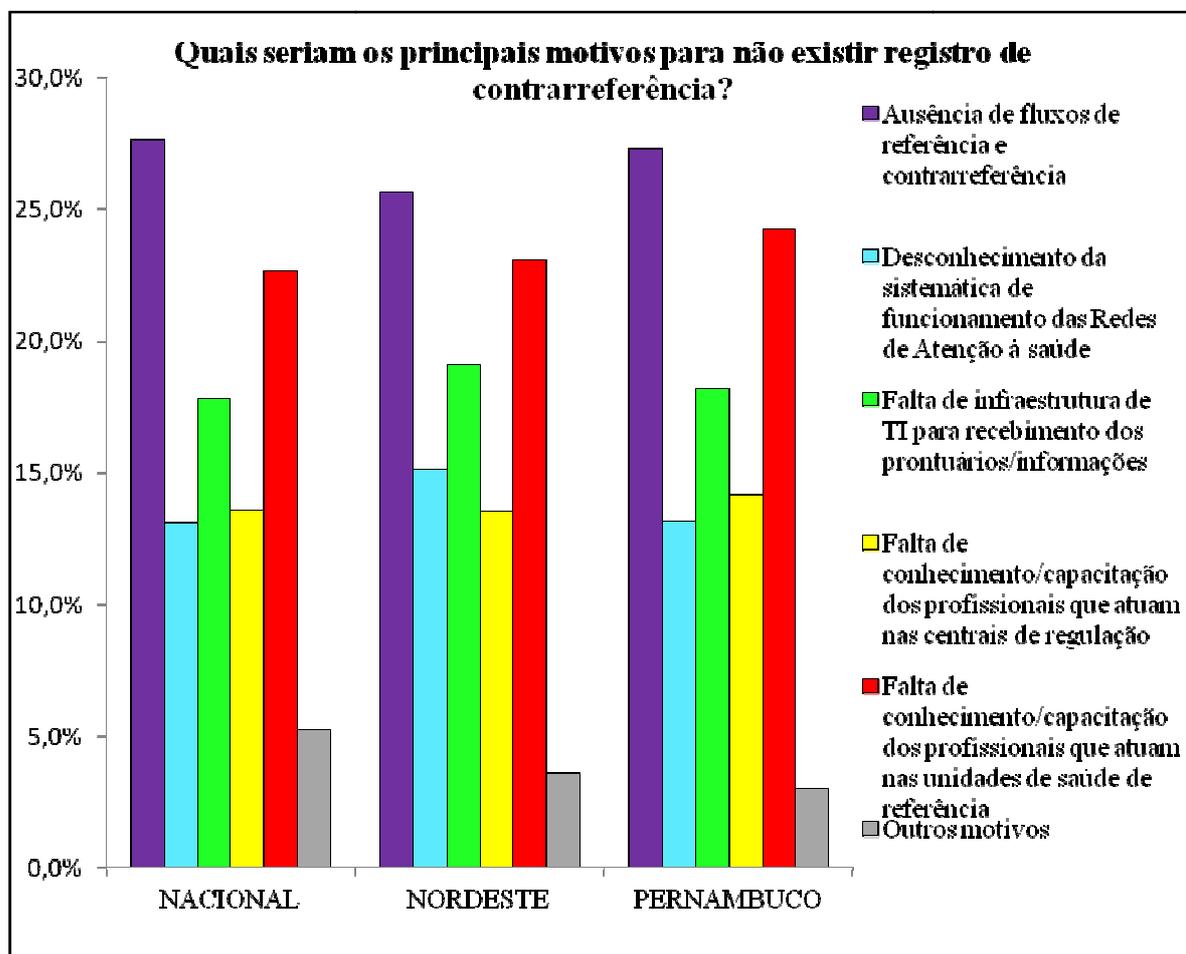
Gráfico 11 – Existência de contrarreferência



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)



Gráfico 12 – Motivos da falta de registro de contrarreferência



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)

Na pesquisa de campo qualitativa, diferentes *stakeholders* teceram comentários sobre a contrarreferência, conforme podem ser vistas a seguir algumas falas:

- Gestor municipal de saúde ou gestor da Atenção Básica:

“A SMS cobra do médico a contrarreferência, mas os médicos não registram a contrarreferência.”

(entrevista 2)

“Não existe contrarreferência.”

(entrevista 5)



“A contrarreferência é a parte mais frágil do atendimento; o que mais tem é o especialista não documentar o atendimento do paciente. Quando dá para o ACS ter alguma informação do que aconteceu, está bem; quando não, o processo recomeça na UBS sem o retorno da consulta com o especialista. A expectativa da gente é que o E-SUS, com o prontuário único, resolva isso, pois a gente vai pelo menos consultar o histórico, e ver a última passagem do cidadão pelo sistema.”

(entrevista 8)

- Médicos:

“O médico encaminha para a regulação. Não tem contrarreferência, não está informatizado - não tem computador.”

(entrevista 13)

“A contrarreferência não é registrada, isto é, não há contrarreferência.”

(entrevista 14)

“A contrarreferência não ocorre nem na média nem na alta complexidade.”

(entrevista 15)

“A principal dificuldade é a falta de registro da contrarreferência. Deve haver uma conscientização dos médicos da média e alta complexidade para fazerem os registros da contrarreferência.”

(entrevista 21)

- Enfermeiros:

“Só há o encaminhamento para a referência. Não há o recebimento do registro da contrarreferência.”

(entrevista 34)

“A UBS não recebe o registro da contrarreferência por escrito. Os médicos da média complexidade não costumam enviar de volta o registro da contrarreferência por escrito.”

(entrevista 36)

“Não há registro de contrarreferência. Os médicos da alta ou média complexidade não emitem laudo explicando.”

(entrevista 37)

“A maior dificuldade é a falta de registro da contrarreferência.”

(entrevista 42)



“Não há o registro formal da contrarreferência. Deveria ter uma rotina com obrigatoriedade de preencher os registros da contrarreferência.”

(entrevista 45)

Diante do exposto, verifica-se como possíveis causas da ausência de registro de contrarreferência dos pacientes: ausência de fluxos de referência e contrarreferência, que pode provocar uma ausência de controle sistemático, que gere dados e indicadores precisos do tempo médio de retorno dos pacientes à UBS, após o referenciamento para outros níveis de atenção; falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde e de referência e nas centrais de regulação, acarretando uma ausência da prática do registro da contrarreferência pelos profissionais da média e alta complexidade; falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações, acarretando uma dificuldade para a integração entre os níveis de atenção; desconhecimento da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à saúde.

Como recomendações para minimizar o problema da ausência de contrarreferência dos pacientes, tem-se o seguinte:

- aprimorar os sistemas de informação, articulando-se com as Secretarias Municipais de Saúde, com vistas à integração entre as ferramentas de referência a contrarreferência;
- criar mecanismo que institucionalize o preenchimento/registro da contrarreferência;
- apoiar os municípios no estabelecimento de controles (tempo médio de retorno por encaminhamento, percentual de encaminhamentos da AB para a média e alta complexidade), monitorar e consolidar os resultados.

3.3 Financiamento

3.3.1 Baixo volume de recursos repassados pelo estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, estabelece que é responsabilidade comum a todas as esferas de governo contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica (item 3.1, IV). Estabelece ainda que compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços (item 3.3, II).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) estabeleceu sua participação neste financiamento através do Decreto nº 30.353/2007 e da Portaria nº



720/2007, que instituíram a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP).

Em 2011 houve uma reformulação da PEFAP, onde foi instituído o Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS). O PEAPS consiste em dois componentes de financiamento, um destinado a todos os municípios do estado e outro apenas aos municípios com IDH menor que o IDH do estado (0,705), correspondendo a um total de 168 dos 184 municípios do estado. Os recursos são repassados mensalmente, fundo a fundo, regulamentados pela Portaria nº 640/2011 da SES-PE. O repasse relativo ao primeiro componente é de R\$ 0,46 por habitante/ano para os 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, correspondendo a 40% do recurso total do PEAPS. Com relação ao segundo componente é destinado R\$ 1,36 por habitante/ano para os municípios com Índice de Desenvolvimento Humano 2000 (IDH 2000) menor que 0,705, correspondendo a 60% do recurso total do PEAPS.

Foi instituído ainda um incentivo por desempenho municipal, regulamentado pela Portaria nº 108/2012 da SES-PE. As avaliações de desempenho são realizadas semestralmente com base no resultado de dez indicadores estratégicos, pactuados entre a SES e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (Cosems-PE).

A Política de Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por meio da Resolução CIB/PE nº 1.755, de 07/11/11.

Segundo o Relatório de Gestão da SES-PE, 2011-2014, ocorreu um aumento de 600% na transferência de recursos do estado aos municípios para atender a política de atenção primária, passando de R\$ 4 milhões em 2008 para R\$ 24 milhões em 2014.

A partir da análise dos demonstrativos contábeis do Balanço Geral do Estado de Pernambuco bem como dos dados do sistema E-Fisco, foram elaborados o quadro e os gráficos a seguir que fazem um comparativo entre as despesas do estado nas subfunções 'Atenção Básica' e 'assistência hospitalar e ambulatorial' e os repasses do Fundo Estadual de Saúde de Pernambuco (FES/PE) para a Atenção Básica dos municípios, no período entre 2011 e 2014(1º semestre).

Quadro 5 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica, com assistência hospitalar e ambulatorial e das transferências do FES/PE para a Atenção Básica dos municípios

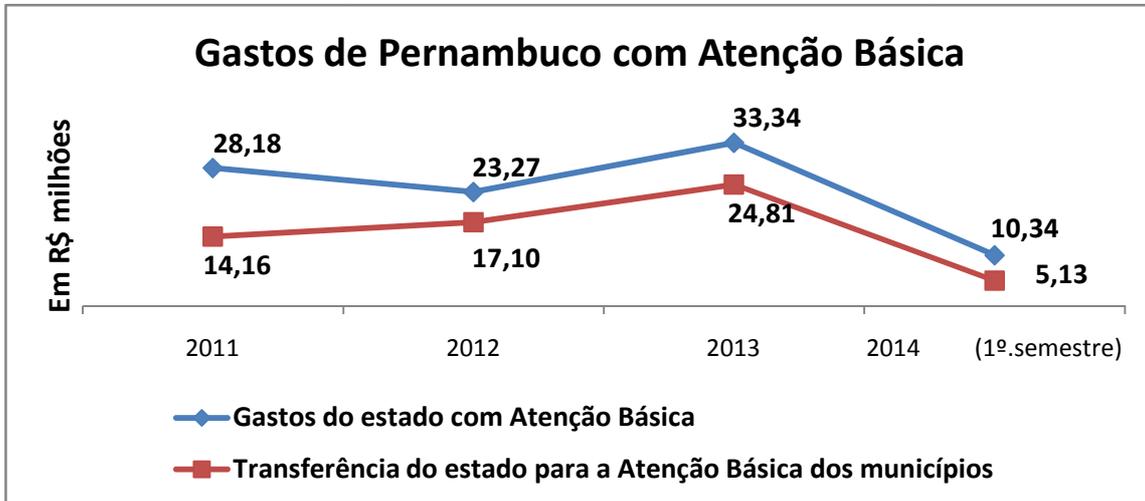
Exercício	Gastos de Pernambuco com Atenção Básica (R\$)	Transferências do FES/PE para a Atenção Básica dos municípios (R\$) (A)	Gastos de Pernambuco com assistência hospitalar e ambulatorial (R\$) (B)	(A/B)
2011	28.181.358,75	14.156.255,56	1.594.163.118,03	1/112
2012	23.271.611,61	17.098.495,61	3.460.841.121,99	1/202
2013	33.342.963,93	24.807.760,63	3.521.963.899,43	1/142
2014 (1º semestre)	10.337.665,13	5.133.097,95	1.987.637.697,54	1/387

Fonte: Balanço Geral do Estado 2011, 2012, 2013 e E-Fisco⁹

⁹ Nos anos de 2011 a 2013 a despesa empenhada pelo estado foi igual à despesa liquidada. No 1º semestre de 2014 foi utilizada a despesa liquidada.



Gráfico 13 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e das transferências do estado para a Atenção Básica dos municípios



Fonte: Balanço Geral do Estado 2011, 2012, 2013 e E-Fisco¹⁰

O gráfico acima retrata os gastos de Pernambuco na subfunção Atenção Básica comparados com os repasses do FES/PE para a Atenção Básica dos municípios. As despesas do estado com Atenção Básica englobam os repasses aos municípios e também as aplicações diretas e transferências a instituições privadas sem fins lucrativos.

A despesa do estado com Atenção Básica sofreu um declínio de 2011 para 2012 e voltou a crescer em 2013, passando de R\$ 28 milhões em 2011 para R\$ 33 milhões em 2013. No primeiro semestre de 2014 a despesa liquidada do estado na subfunção Atenção Básica foi de R\$ 10 milhões.

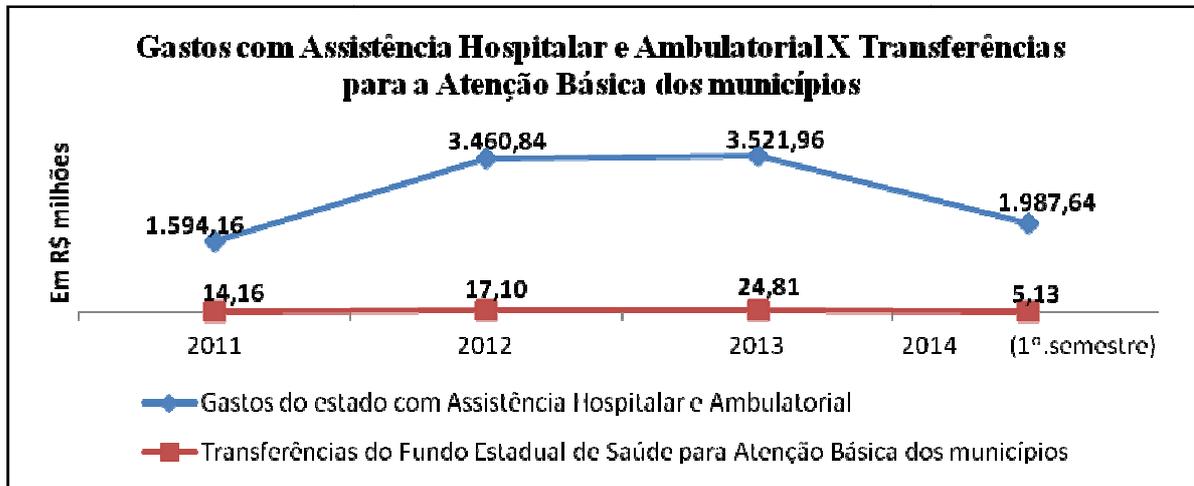
Com relação ao valor repassado pelo FES/PE para a Atenção Básica dos municípios, observa-se uma curva ascendente com os valores passando de R\$ 14 milhões em 2011 para R\$ 24 milhões em 2013. O valor liquidado repassado no primeiro semestre de 2014 foi de R\$ 5 milhões.

O gráfico a seguir faz um comparativo entre o que o Estado de Pernambuco gastou na subfunção ‘assistência hospitalar e ambulatorial’ com os seus repasses para a Atenção Básica dos municípios por meio do FES/PE.

¹⁰ Nos anos de 2011 a 2013 a despesa empenhada pelo estado foi igual à despesa liquidada. No 1º semestre de 2014 foi utilizada a despesa liquidada.



Gráfico 14 – Evolução da despesa de Pernambuco com Atenção Básica e com assistência hospitalar e ambulatorial



Fonte: Balanço Geral do Estado 2011, 2012, 2013 e E-Fisco

Nota: Nos anos de 2011 a 2013 a despesa empenhada pelo estado foi igual à despesa liquidada. No 1º semestre de 2014 foi utilizada a despesa liquidada.

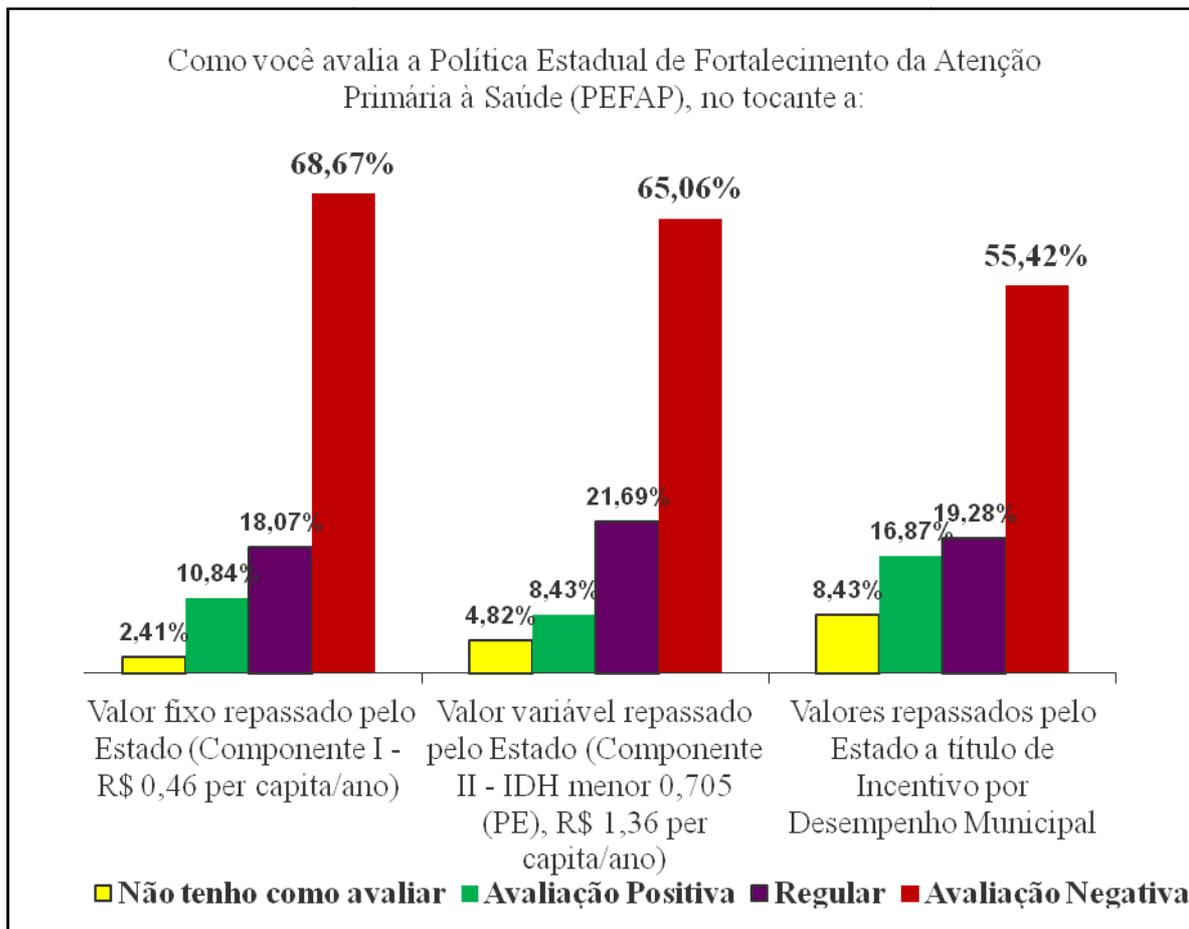
Observa-se que para cada real transferido pelo estado para Atenção Básica dos municípios, o estado gastou na subfunção assistência hospitalar e ambulatorial R\$ 112,61 em 2011, R\$ 202,41 em 2012, R\$ 141,97 em 2013 e R\$ 387,22 no primeiro semestre de 2014 (ver quadro 5 do relatório). Assim, constata-se que os repasses de Pernambuco para a Atenção Básica dos municípios são baixos quando comparados com seus gastos na média e alta complexidade.

Corroborando essa constatação, segue o resultado de dois questionários eletrônicos aplicados aos secretários municipais de saúde abordando a questão do financiamento da Atenção Básica.

O primeiro questionário foi elaborado pelo TCE/PE envolvendo diversas questões relativas à Atenção Básica. Com relação ao tema financiamento, os secretários municipais foram questionados sobre como eles avaliavam a PEFAP, no tocante ao valor fixo repassado pelo estado aos municípios (R\$ 0,46 per capita/ano), valor variável repassado (R\$ 1,36 per capita/ano para municípios com IDH menor que 0,705) e valor repassado a título de Incentivo por Desempenho Municipal. O gráfico abaixo retrata o resultado da pesquisa.



Gráfico 15 – Avaliação dos gestores municipais sobre a PEFAP



Fonte: Diagnóstico da Atenção Básica de Saúde em Pernambuco (survey preliminar aplicado aos gestores municipais de saúde do estado)

Observa-se que a avaliação negativa pelos secretários municipais do valor repassado pelo estado foi preponderante, com 68,67% para o componente I, 65,06% para o componente II e 55,42% para o Incentivo por Desempenho Municipal. Os respondentes avaliaram positivamente os referidos repasses na proporção de 10,84%, 8,43% e 16,87%, respectivamente.

Além dessa primeira pesquisa elaborada pelo TCE-PE, foi aplicado um questionário eletrônico de âmbito nacional com os secretários municipais de saúde que também abordou a questão de financiamento. Com relação à pergunta sobre a concordância ou não do gestor municipal com o volume de recursos repassados pelo estado de Pernambuco para aplicação na Atenção Básica, segue gráfico demonstrando o resultado da pesquisa.



Gráfico 16 – Avaliação dos gestores municipais quanto ao volume de recursos repassados pelo estado para a Atenção Básica dos municípios



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)

Observa-se que 81,6% dos respondentes discordam do volume de recursos repassados pelo estado para a Atenção Básica dos municípios, enquanto apenas 14,2% dos gestores municipais concordam com esses valores.

Assim, conclui-se que, embora no Plano Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco – 2012 a 2015 um dos objetivos estratégicos seja o fortalecimento da Atenção Básica, verifica-se tanto pelos demonstrativos contábeis quanto pelo resultado das pesquisas com os gestores municipais que o Estado de Pernambuco tem repassado poucos recursos para a Atenção Básica dos municípios.

Recomenda-se, desta forma, que seja aumentado o volume de recursos repassados pelo Estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica.

3.4 Boa Prática: Repasses financeiros do Estado de Pernambuco aos municípios com base no desempenho da atenção primária à saúde

Como já citado no item 3.3.1 do presente relatório, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) estabeleceu sua participação no financiamento da atenção básica à saúde através do Decreto nº 30.353/2007 e da Portaria nº 720/2007, que instituíram a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP).

Em 2011, por meio da Portaria nº 640/2011 da SES-PE, houve uma reformulação da PEFAP, onde foi instituído o Piso Estadual de Atenção Primária à



Saúde (PEAPS). Foi instituído ainda um incentivo por desempenho municipal, regulamentado pela Portaria nº 108/2012 da SES-PE, com alterações pelas Portarias nº 83 e 193/2013 da SES-PE.

Segundo a política de incentivo por desempenho municipal, foram estabelecidos dez indicadores estratégicos de desempenho, pactuados entre a SES e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (Cosems-PE). Semestralmente são realizadas avaliações de desempenho e com base no resultado dessas avaliações o estado de Pernambuco efetua o repasse de recursos aos municípios.

De acordo com a Portaria nº 193/2013 da SES-PE, os indicadores escolhidos foram os seguintes:

- 1- Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
- 2- Percentual de óbitos infantis investigados;
- 3- Percentual de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal;
- 4- Percentual de portadores de hipertensão arterial acompanhados;
- 5- Percentual de portadores de diabetes mellitus acompanhados;
- 6- Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina nesta faixa etária;
- 7- Percentual de cura de casos novos de hanseníase;
- 8- Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero;
- 9- Cobertura vacinal com a vacina pentavalente (DPT+HIB+HB) em crianças menores de um ano;
- 10- Percentual de desnutrição em crianças menores de 02 anos.

Para cada um desses indicadores foram estabelecidos parâmetros de avaliação e o valor do repasse estadual ocorre de acordo com o alcance desses parâmetros. O quadro a seguir exemplifica os referidos parâmetro para o indicador “percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados”:

Quadro 6 – Parâmetros relativos ao indicador ‘percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados

FAIXA 3	Municípios com percentual igual a 100%
FAIXA 2	Municípios com percentual maior ou igual a 80%, mas menor que 100%
FAIXA 1	Municípios com percentual menor que 80%, e maior que zero
FAIXA 0	Municípios que não investigaram nenhum óbito

Fonte: Portaria SES/PE 193/2013

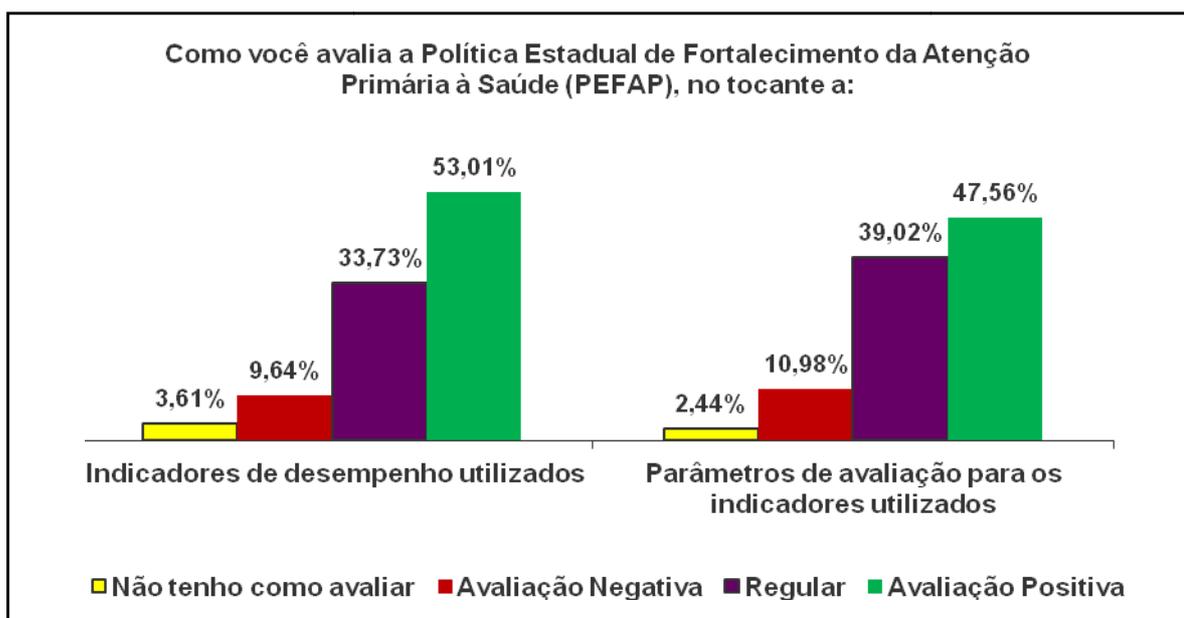
O valor do repasse estadual vai variar de acordo a faixa alcançada pelo município para cada indicador.

Conforme já citado no presente relatório, foi elaborado um primeiro questionário eletrônico pelo TCE/PE, aplicado aos gestores municipais. Dentre as questões abordadas, foi incluída a questão do financiamento da atenção primária, especialmente no tocante a avaliação pelos gestores municipais da Política Estadual de Fortalecimento



da Atenção Primária (PEFAP). Os gestores foram questionados com relação aos indicadores de desempenho utilizados e aos parâmetros de avaliação dos referidos indicadores. O resultado dessa pesquisa está retratado no gráfico a seguir:

Gráfico 17 – Avaliação dos gestores municipais quanto aos indicadores e parâmetros utilizados para aferir o desempenho municipal na atenção básica



Fonte: Diagnóstico da Atenção Básica de Saúde em Pernambuco (survey preliminar aplicado aos gestores municipais de saúde do estado)

Observa-se que a avaliação positiva foi preponderante tanto para os indicadores de desempenho utilizados quanto para os parâmetros de avaliação desses indicadores, correspondendo a 53,01% do total de respostas para os indicadores e 47,56% do total de respostas para os parâmetros.

Assim, configura-se como uma boa prática do estado de Pernambuco a bonificação dos municípios com base em seu desempenho na atenção primária tendo em vista a valorização da meritocracia no processo.

Além do incentivo por desempenho municipal, o estado de Pernambuco também efetua repasses aos municípios por meio do Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS). Conforme já comentado no item 3.3.1 deste relatório, o PEAPS consiste em dois componentes de financiamento, um destinado a todos os municípios do estado e outro apenas aos municípios com IDH menor que o IDH do estado (0,705), correspondendo a um total de 168 dos 184 municípios do estado.

Os recursos são repassados mensalmente, fundo a fundo, regulamentados pela Portaria nº 640/2011 da SES-PE. O repasse relativo componente I é de R\$ 0,46 por habitante/ano para os 184 municípios e para o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, correspondendo a 40% do recurso total do PEAPS. Com relação ao componente II é destinado R\$ 1,36 por habitante/ano para os municípios com Índice de



Desenvolvimento Humano 2000 (IDH 2000) menor que 0,705, correspondendo a 60% do recurso total do PEAPS.

No tocante aos recursos repassados por meio do componente II do PEAPS, que usa como critério o repasse para os municípios com IDH menor que o IDH do estado de Pernambuco (0,705), constata-se que este critério trata de maneira igualitária um número grande de municípios, tendo em vista que 168 dos 184 municípios do estado são contemplados com o repasse, quase coincidindo com a totalidade dos municípios.

Deste modo, o número de municípios que recebem o componente II praticamente corresponde ao número de municípios que recebem o componente I.

O fato do critério utilizado para o repasse do componente II incluir um número tão grande de municípios compromete o Princípio da Equidade, que consiste em tratar os desiguais de maneira desigual. Municípios com nível de desenvolvimento desigual do ponto de vista socioeconômico são igualados com base no referido critério.

Entende-se que poderia haver um aperfeiçoamento da PEFAP, com relação a distribuição dos recursos relativos ao componente II, com a definição de um critério de rateio adicional ao IDH estadual onde municípios com situação socioeconômica mais desfavorável em relação aos demais fossem beneficiados com a repartição dos recursos.

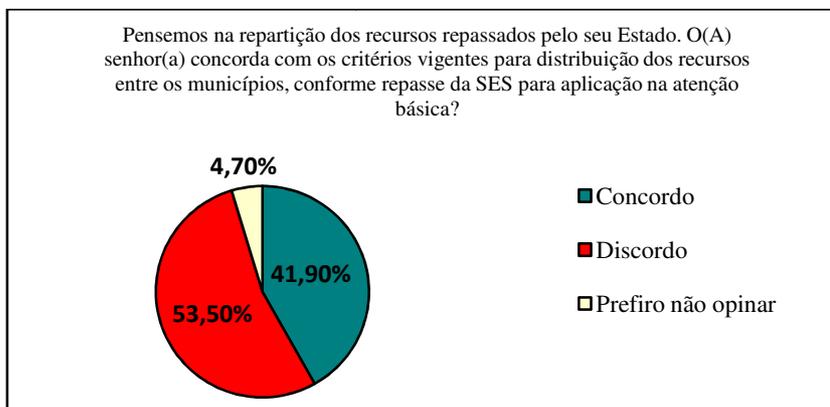
Desta maneira, considerando o grupo dos atuais 168 municípios que recebem o componente II do PEAPS, poderia haver uma estratificação com base em algum indicador adicional, a exemplo do IDH municipal ou IDSUS, onde municípios com condições sócioeconômicas semelhantes fossem agrupados em faixas com consequente rateio dos recursos do componente II entre essas faixas.

Ressalta-se que o componente II continuaria a ser repassado de maneira per capita aos municípios, porém o valor per capita repassado variaria de acordo com a faixa em que o município estivesse enquadrado, sendo maior para os municípios desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico e menor para os que estivessem em melhor situação.

O gráfico a seguir, resultado do segundo questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais, mostra o nível de discordância em relação aos critérios vigentes para distribuição dos recursos do estado aos municípios para aplicação na atenção básica supera levemente o nível de concordância em relação a esses critérios.



Gráfico 18 – Avaliação dos gestores municipais quanto aos critérios vigentes para distribuição dos recursos entre os municípios



Fonte: Avaliação Nacional da Atenção Básica de Saúde (survey nacional aplicado aos gestores municipais do Brasil)

Diante do exposto, conclui-se como uma boa prática a política estadual de valorização da meritocracia, com repasse de recursos aos municípios conforme seu desempenho na atenção básica, refletido por meios do resultado de indicadores de saúde.

Além disso, recomenda-se o aperfeiçoamento do critério de distribuição do componente II do PEAPS, conforme detalhado no corpo deste item, onde haja uma estratificação dos municípios beneficiários em faixas que agreguem municípios com condições socioeconômicas semelhantes, para que os recursos sejam repassados com maior equidade.



CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Por meio do Ofício TC/CCE N° 015/2015, datado de 13/02/2015, foi encaminhada a versão preliminar deste relatório ao Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco (SES), Sr. José Iran Costa Júnior, solicitando o pronunciamento do gestor sobre os resultados da Avaliação das Ações da Atenção Primária à Saúde. Em resposta final, o Sr. José Iran Costa Júnior enviou os comentários acerca da avaliação realizada, por meio de Nota Técnica assinada pela Superintendente da Atenção Primária, Sra. Maria Francisca Santos de Carvalho. O Ofício GAB n° 307/2015 foi protocolado neste TCE no dia 01/04/2015 (PETCE n° 18.919/2015) (fls. 64 a 66).

A seguir estão expostas as análises dos comentários realizados pelo gestor, que respondeu em relação às recomendações propostas no capítulo 6 do relatório, referente às propostas de encaminhamento.

Quanto à recomendação 1, “Desenvolver e implementar plano de capacitação e educação permanente dos gestores da AB, o qual leve em consideração necessidades do público-alvo, as previsões regimentais da PNAB, e os fluxos operacionais do sistema”, a SES informou que o plano de capacitação e educação permanente para os gestores da atenção primária encontra-se em construção, e só será executado no segundo semestre de 2015;

No que tange à recomendação 2, “Disponibilizar, mediante estudo prévio, instrumentos técnicos e pedagógicos que provisionem a educação permanente dos profissionais da AB, com especial ênfase para as necessidades dos gestores, conforme as previsões da PNAB”, a SES afirmou que os instrumentos técnicos e pedagógicos estão sendo elaborados de acordo com o plano de capacitação e educação permanente;

No que se refere às recomendações 3, 4, 5 e 6, que tratam de integração regionalizada, referência e contrarreferência, a SES destacou que, em consonância com o processo de regionalização da atenção e orientada pelo Plano Estadual de Saúde 2012-2015, foi definida a implantação das UPAs, que complementaria parte da necessidade de serviços de atenção especializada que compõem as redes de atenção das regiões de saúde. A SES também salientou que os pacientes são encaminhados pelas Unidades de Saúde da Família, que é a coordenadora do cuidado. Segundo a DES, o acesso ao serviço da UPA se daria de forma exclusivamente regulada pela SES (Central de Regulação Regional), com a utilização de protocolos de acesso. A SES informou ainda que a distribuição proporcional de cota por municípios é de acordo com capacidade instalada, necessidades municipais e oferta de atenção primária, embora não tenham sido fornecidos detalhes de como seria esse planejamento com a finalidade de ofertar vagas em quantidade suficiente para os pacientes oriundos da atenção básica, com o objetivo de evitar longas filas de espera por consultas e exames na média e alta complexidade. A Secretaria Estadual de Saúde enfatizou que o acompanhamento dos pacientes crônicos deve ser feito pela unidade de origem, embora a SES não tenha explicado como seria o acompanhamento, ou se haveria algum sistema para facilitar o controle, por exemplo.



No que diz respeito à recomendação 7, “Apoiar os municípios no estabelecimento de controles (tempo médio de retorno por encaminhamento, percentual de encaminhamentos da AB para a média e alta complexidade), monitorar e consolidar os resultados”, a SES informou que dispõe de um sistema informatizado de regulação ambulatorial para consultas e exames especializados (CMCE), via *web*, que permite ações regulatórias, articulando os municípios do Estado com as Centrais Regionais de Regulação.

Quanto à recomendação 8, “Aumentar o volume de recursos repassados pelo Estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica”, a SES informou que o estado de Pernambuco, através da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária repassou ao todo R\$ 21.358.365,01 em 2014. Salienta-se que, em 2013, o valor, segundo o Balanço Geral do Estado, atingiu R\$ 24,8 milhões. Logo, houve um decréscimo no último ano, sendo que em 2013, a razão entre as transferências do Fundo Estadual de Saúde para a atenção básica dos municípios e os gastos do estado de Pernambuco com a assistência hospitalar e ambulatorial foi de 1 para 142, isto é, para cada real transferido para a atenção primária à saúde dos municípios, são gastos 142 vezes mais em assistência hospitalar e ambulatorial;

No que concerne à recomendação 9, “Aperfeiçoar o critério de distribuição do componente II do Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde, onde haja uma estratificação dos municípios beneficiários em faixas que agreguem municípios com condições socioeconômicas semelhantes, para que os recursos sejam repassados com maior equidade”, a SES comentou que o componente II da PEFAP teve como foco o princípio da equidade, ao se usar o IDH, como ponto de corte. Ressalta-se que mais de 90% dos municípios pernambucanos possuem a nota de seu IDH menor do que a do IDH médio do estado de Pernambuco. Por isso, é importante que se envidem esforços para que seja aperfeiçoado o critério de distribuição, com uma estratificação dos municípios beneficiários em faixas que agreguem municípios com condições socioeconômicas semelhantes, a fim de que os recursos sejam repassados com uma maior equidade.

Os comentários elaborados pelo gestor, prestados os devidos esclarecimentos quanto às considerações presentes no relatório, não suscitam alterações significativas no mesmo. Ficam mantidos, assim, os resultados da auditoria.



CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

A auditoria teve como objetivo avaliar a atuação da Secretaria Estadual de Saúde com relação à atenção primária à saúde.

Na realização desta auditoria, foi necessário subdividir a análise em três questões fundamentais. A primeira questão diz respeito à gestão de pessoas, especialmente a alocação e capacitação: Como as Secretarias de Saúde atuam para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica? A segunda questão se refere a monitoramento e avaliação: O estado possui estrutura, indicadores e suporte de Tecnologia da Informação (TI), de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão? A terceira questão é relativa ao Planejamento: O processo de planejamento da Atenção Básica reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das três esferas federativas?

O primeiro achado de auditoria diz respeito à deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica. O segundo achado concerne às deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, sobretudo no que tange à oferta insuficiente de exames e consultas especializadas na média e alta complexidade provocando grande fila de espera e à ausência de registro de contrarreferência dos pacientes. O terceiro achado refere-se ao baixo volume de recursos repassados pelo estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica.

Os resultados esperados por esta auditoria remetem-se ao alcance de uma gestão pública eficaz, através das recomendações emitidas para uma melhor efetividade das ações relacionadas à Atenção Básica. Para isso, é importante que a Secretaria de Estadual de Saúde efetue as mudanças nos aspectos de elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica, processos de referência e contrarreferência, além do aumento de recursos destinados à Atenção Básica, objetivando alcançar melhoria nos indicadores, metas, e desempenho efetivo na sua atuação quanto à atenção primária à saúde.



CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto, e visando a contribuir para avaliação das ações da atenção primária à saúde, é proposto o encaminhamento das deliberações que seguem.

Recomenda-se à Secretaria Estadual de Saúde:

1. Desenvolver e implementar plano de capacitação e educação permanente dos gestores da AB, o qual leve em consideração necessidades do público-alvo, as previsões regimentais da PNAB, e os fluxos operacionais do sistema;
2. Disponibilizar, mediante estudo prévio, instrumentos técnicos e pedagógicos que provisionem a educação permanente dos profissionais da AB, com especial ênfase para as necessidades dos gestores, conforme as previsões da PNAB;
3. Ampliar e melhor distribuir a estrutura de média e alta complexidade de forma regionalizada, a fim de ofertar vagas em quantidade suficiente para os pacientes oriundos da atenção básica, evitando dessa forma longas filas de espera por consultas e exames na média e alta complexidade;
4. Criar mecanismo que institucionalize o preenchimento/registro da contrarreferência;
5. Aumentar o volume de recursos repassados pelo Estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica;
6. Aperfeiçoar o critério de distribuição do componente II do Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde, onde haja uma estratificação dos municípios beneficiários em faixas que agreguem municípios com condições socioeconômicas semelhantes, para que os recursos sejam repassados com maior equidade.

Ainda:

Determina-se à Secretaria Estadual de Saúde:

- Remeter a este Tribunal de Contas, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, conforme artigo 5º, VII do Resolução TC Nº 02/2005, Plano de Ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis com o objetivo de solucionar ou minimizar as deficiências identificadas nesta auditoria.



Determina-se à Diretoria de Plenário deste Tribunal:

- Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria à Secretaria Estadual de Saúde;
- Encaminhar cópia da decisão ao Departamento de Controle Estadual para subsidiar a elaboração do Relatório de prestação ou tomada de contas, na forma do artigo 6º da Resolução TC nº 14/2004 (alterado pelo artigo 3º da Resolução TC nº 08/2005) e do artigo 8º da Resolução TC nº 14/2004;
- Encaminhar este processo ao Núcleo de Auditorias Especializadas para a realização de monitoramento.

Recife, 24 de abril de 2015.

Adriana Maria Frej Lemos
Técnica de Auditoria das Contas Públicas - Mat.0898

Arthur Leandro Alves Silva
Técnico de Inspeção de Obras Públicas – Mat.0971

Julio Cezar Cavalcanti Alves
Técnico de Inspeção de Obras Públicas – Mat. 0971

Wirla Cavalcanti Revorêdo Lima
Técnica de Auditoria das Contas Públicas – Mat.0923
(Coordenadora)

Visto e aprovado.

João Antônio Robalinho Ferraz
Técnico de Auditoria das Contas Públicas – Mat.1000
(Gerente da Geap)