



RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL

Relatório Preliminar

Processo de Auditoria
6623-02.00/14-4

UNIDADE AUDITADA: SES – Secretaria de Estado da Saúde

ATIVIDADE: Atenção Básica à Saúde– Auditoria Operacional Coordenada

GESTOR RESPONSÁVEL: Sandra Maria Sales Fagundes

PERÍODO DE EXAME ABRANGIDO PELA AUDITORIA: 2013

PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA AUDITORIA 03/07 a 31/12/2013

EQUIPE DE AUDITORIA:

Elenis Bazacas Corrêa

Elson Varela Schemes

Enio Guimarães Pansiera

Gonçalino Mesko da Fonseca

A presente análise fundamenta-se no disposto nos artigos 31 e 70 a 75 da Constituição Federal; artigo 70 da Constituição Estadual; Lei Complementar Federal nº 101/2000; Lei Estadual nº 11.424/2000 (Lei Orgânica do TCE/RS) e Resoluções nºs 544/2000 (RITCE) e 728/2005.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	247
2. VISÃO GERAL	248
2.1. Princípios Fundamentais do SUS.....	248
2.2. Caracterização da AB	249
2.3. Política Nacional da Atenção Básica – PNAB e a Política Nacional de Humanização.	251
2.4. Principais Blocos de Financiamento da Atenção Básica.....	253
2.5. Plano Estadual, Coordenadorias Regionais e Regiões de Saúde	255
2.6. Diversidades Municipais e Regionais	258
3. ESCOPO DA AUDITORIA	262
4. METODOLOGIA	264
5. GESTÃO DE PESSOAL	266
5.1. Alocação e Permanência dos Profissionais de Saúde	266
5.2. Educação Permanente.....	275
6. PLANEJAMENTO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	287
6.1. – Baixa Institucionalização do Monitoramento e Avaliação do SUS no Âmbito do Estado do Rio Grande do Sul.....	292
6.2. - Planejamento, Monitoramento e Avaliação versus Realizações.....	294
6.2.1 - COBERTURA DA ESF.....	297
6.2.2 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA – ICSAB.....	298
6.2.3 – METAS ABERTAS SEM INDICATIVO QUANTITATIVO	300
6.3. Ausência ou insuficiência de estruturas e equipes técnicas específicas das SES/SMS para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica.	301
6.4. - Utilização inadequada dos indicadores no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.	306
6.5. – Ausência ou insuficiência de equipes técnicas, sistemas e estruturas de tecnologia de informação que prejudicam o aprimoramento da gestão.....	309
7. ARTICULAÇÃO.....	314
7.1. Atenção Básica e as Redes de Atenção a Saúde.....	314
7.2. Atenção Básica, Regionalização e Descentralização	316
7.3. Atenção Básica, Regulação e Referência.....	324
8. FINANCIAMENTO.....	328
8.1. Iniquidade Distributiva dos Recursos da Saúde com Reflexos no Acesso aos Serviços. ..	330

9. CONCLUSÃO	340
10. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	343
11. ANEXOS	344
11.1. Nomenclatura, Conceitos e Glossários	344
11.2. Municípios e CRS Visitadas “<i>in loco</i>”	349

1. INTRODUÇÃO

A presente Auditoria Operacional Coordenada foi objeto do Acordo de Cooperação Técnica celebrado em 25 de março de 2014 entre 30 Tribunais de Contas brasileiros, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil e o Instituto Rui Barbosa, o qual tem por objeto estabelecer cooperação técnica para a realização de auditoria coordenada na área de educação. Esse Acordo visa atender ao disposto na Declaração de Vitória/ES, elaborada durante o XXVII Congresso dos Tribunais de Contas do Brasil, ocorrido em 06 de dezembro de 2013.

A auditoria teve a finalidade de 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 avalida, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura, bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas. A Auditoria Coordenada se desenvolve com base em planejamento conjunto, auditorias e relatórios independentes e, ao final é elaborado um sumário executivo com os principais achados das auditorias de cada partícipe.

A execução da Auditoria Coordenada deu-se conforme estabelecido nos padrões internacionais de auditoria operacional da Intosai (International Standards of Supreme Audit Institutions – ISSAI 3000 y 3100) e em Plano de Trabalho anexo ao Acordo de Cooperação Técnica.

Nessa fiscalização, a articulação institucional competiu à Atricon, ao TCU e ao Instituto Rui Barbosa (IRB). A articulação técnica entre as equipes de auditoria dos Tribunais de Contas competiu ao IRB, por intermédio do Grupo Temático de Auditoria Operacional (GAO).

Foram definidos 4 eixos temáticos para a avaliação da Atenção Básica em Saúde no Brasil: Gestão de Pessoas, Monitoramento e Avaliação, Planejamento e Financiamento.

2. VISÃO GERAL

O primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Básica, deve ser o contato preferencial dos usuários do SUS e principal porta de entrada, bem como o centro de comunicação e coordenação da Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu que:

“a Atenção Básica 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 oferta à população da Atenção Básica - AB, ou Atenção Primária à Saúde - APS, é competência primordialmente dos municípios, a quem compete sua operacionalização. Aos estados compete o papel de ser cofinanciador, de apoio institucional, de educação permanente e de avaliação e monitoramento. A União, além de dar as diretrizes da Política Nacional de AB, compete, entre outras ações, garantir fontes de recursos para seu financiamento, na perspectiva de compartilhamento tripartite, bem como se articular com os estados e municípios visando qualificar e consolidar a AB.

Existem duas maneiras principais em que a AB é disponibilizada aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. A atenção tradicional - AT, em que os usuários procuram espontaneamente às UBS para atendimento, e a realizada por meio da Estratégia Saúde da Família - ESF, em que o grupo familiar é objeto de busca ativa e acompanhamento pelos profissionais de saúde, incluindo a capilaridade territorial exercida pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

Essa segunda maneira conta com recursos provenientes dos entes federal e estadual, que se somam no compartilhamento do financiamento da ESF e programas vinculados, como o Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade – PMAQ e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.

A ampliação do acesso a serviços de maior qualidade na APS, pautada por processos humanizadores de acolhimento e encaminhamento das necessidades da população, responde com padrão de maior resolutividade às questões sensíveis a APS, descomprimindo os serviços de ordem ambulatorial e hospitalar, segmentos compreendidos na Média e Alta Complexidade - MAC.

2.1. Princípios Fundamentais do SUS

A Lei orgânica do SUS, Lei Federal Nº 8.080/1990, e a Lei Federal Nº 8.142/1990, estabelecem os princípios para o funcionamento do Sistema Único de Saúde:

Quadro 01 - Princípios do SUS	
Doutrinários	<ul style="list-style-type: none"> - Universalidade - Equidade - Integralidade

Organizativos	<ul style="list-style-type: none"> - Descentralização - Regionalização - Hierarquização - Resolutividade - Participação Social - Complementaridade do setor privado
Fonte: Leis Federais N°s 8.080/1990 e 8.142/1990	

2.2. Caracterização da AB

A AB, também chamada de APS nos termos da Conferência de Alma-Ata¹, 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 coletividades². O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, em documento denominado Atenção Primária e Promoção da Saúde assim expressa a função da APS:

“.....a APS busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.”

Assim, a AB deve orientar-se 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. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Deve ser a porta de entrada, o contato preferencial dos usuários e a coordenadora do cuidado em saúde na perspectiva do sistema de referência e contra-referência.

A principal estratégia para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, Portaria MS N° 2.488/2011, é a ESF, em que cada UBS deve estabelecer o seu território adstrito. Dessa forma, deve planejar e programar de maneira descentralizada suas ações para as coletividades que constituem este território. Estabelece ainda que os serviços não apenas devam garantir acesso aos usuários, mas também promover acolhimento, recebendo, ouvindo e oferecendo uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde de todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Deve haver ainda uma responsabilização entre as equipes de ESF e os usuários adscritos.

A ESF deve caracterizar-se pela manutenção de vínculo (construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização do cuidado) e da longitudinalidade (continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários), de modo que cada usuário adscrito seja obrigatoriamente acompanhado, minimamente, por um ACS, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico e por um cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

¹ No Brasil criou-se a terminologia de Atenção Básica, em substituição ao termo Atenção Primária, como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários da saúde”. Ver Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS: Atenção Primária e Promoção da Saúde, Vol.8, Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007, p.17. A PNAB aprovada pela Portaria 2.488/2011 explicitamente considera estes dois termos como equivalentes.

² PNAB: Portaria MS N° 2.488/2011, p.19.

A implantação da ESF, em relação à AT, exige reorientação do processo de trabalho, com maior rigor na presença dos princípios, diretrizes e fundamentos da AB, ampliando a possibilidade de maior resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Quadro 02 - SUS – BRASIL A SAÚDE DA FAMÍLIA - MODELO DE SAÚDE BASEADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
VALORES Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas no interesse público.	– UNIVERSALIDADE – EQUIDADE – INTEGRALIDADE – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação e critérios para a alocação de recursos.	– TERRITORIALIZAÇÃO – INTERSETORIALIDADE – CARATER SUBSTITUTIVO (baseado na pessoa e não na doença) – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS – BASEADO NAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DAS POPULAÇÕES – VOLTADO PARA A QUALIDADE
ATRIBUTOS (ou elementos ou características da APS) São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas.	Únicos da APS: – PRIMEIRO CONTATO – INTEGRALIDADE – LONGITUDINALIDADE – COORDENAÇÃO Derivados dos anteriores: – Enfoque na pessoa (não na doença) e na família – Valorização dos aspectos culturais – Orientado para a comunidade Não únicos da APS, mas essenciais: – Registro adequado – Continuidade de pessoal – Comunicação – Qualidade clínica
Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS: Atenção Primária e Promoção da Saúde, Vol.8, Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007, p.33	

2.3. Política Nacional da Atenção Básica – PNAB e a Política Nacional de Humanização.

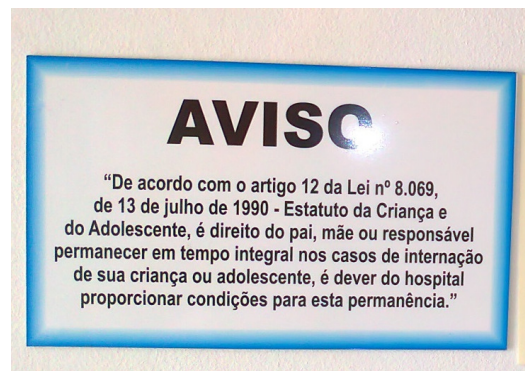
A PNAB, estabelecida na Portaria GM N° 648 de 2006, foi alterada com a edição da Portaria GM N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ambas conservam fundamentos comuns, como o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, o território adscrito, a integralidade, o vínculo e a responsabilização entre as equipes e a população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003, propondo mudanças no modo de gerir o cuidado. Tem como princípios a transversalidade (estando inserida em todas as políticas e programas do SUS), a indissociabilidade entre a atenção e a gestão (incentivando a participação de profissionais e usuários na gestão) e a corresponsabilidade e autonomia das pessoas envolvidas. Entre suas diretrizes estão a acolhimento (construindo relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes e os usuários), a gestão participativa e cogestão (com a pactuação de tarefas e aprendizado coletivo), a ambiência (criando espaços acolhedores e confortáveis), a clínica ampliada e compartilhada (enfrentando a fragmentação do conhecimento e das ações em saúde e qualificando o diálogo entre os profissionais e entre estes e os usuários), valorizando o profissional (aproveitando sua experiência e capacidade de trabalho) e defendendo os direitos dos usuários (informando sobre estes direitos e sobre suas condições de saúde). Sobre este último ponto, cabe mencionar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, nos termos da Portaria N° 1.820/2009 do MS.

Assim, pelo seu caráter transversal, a PNH alcança toda a prestação dos serviços de atenção básica à saúde, objeto deste trabalho. Pelos seus princípios e diretrizes ela harmoniza-se muito mais com a ESF do que com a chamada Atenção Tradicional.

As fotos a seguir, obtidas nas UBS-SF Central e na UBS-SF Promorar, geridas pela SMS de Guaporé, evidenciam a aplicação de princípios como acolhimento e ambiência em UBS, o que empresta institucionalidade na relação usuários/serviços de saúde.





Em visita a uma UBS de Viamão também foi possível visualizar a publicação de painel contendo síntese da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, baseada na Portaria do MS citada, importante instrumento de comunicação com a sociedade.

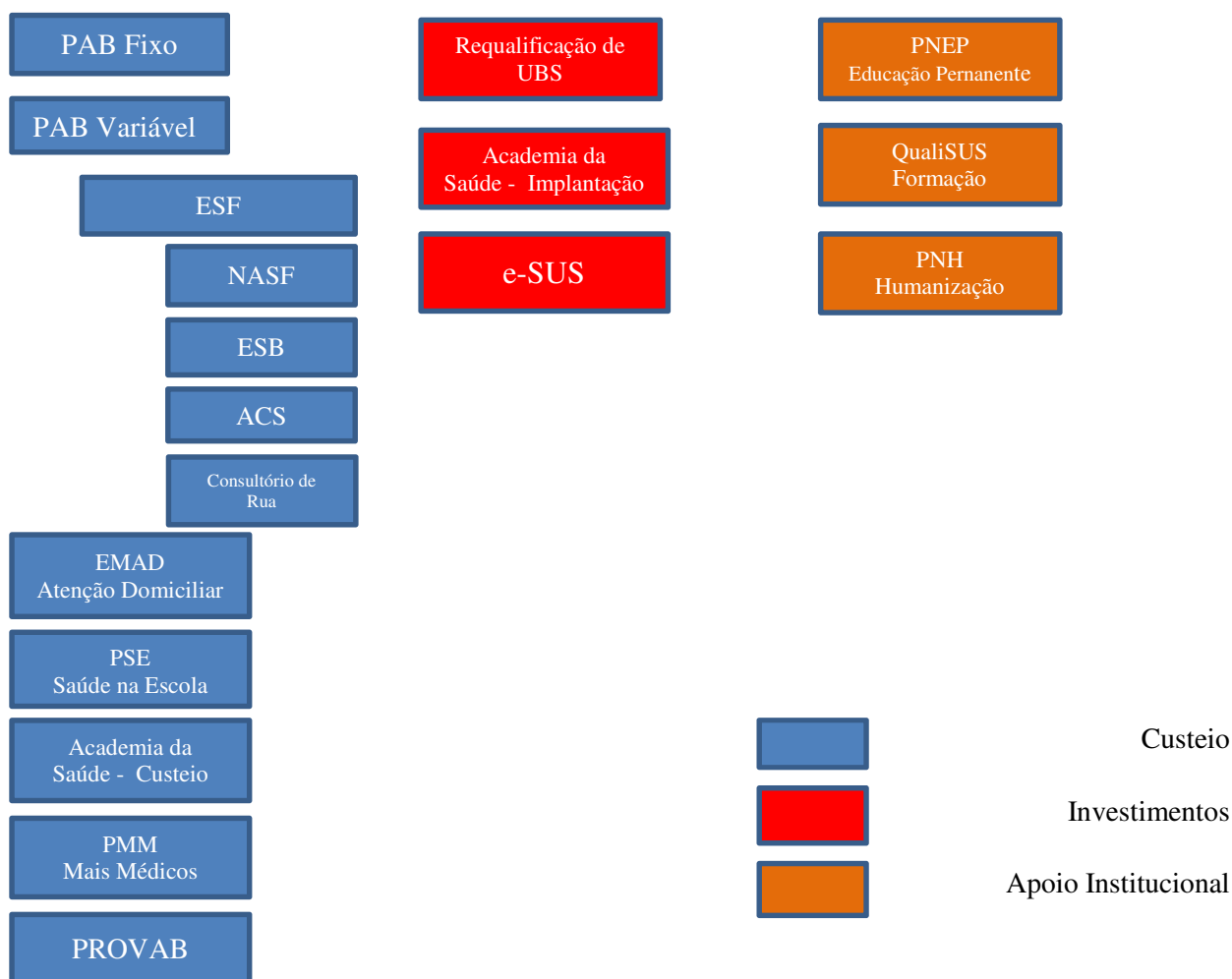


2.4. Principais Blocos de Financiamento da Atenção Básica

A PNAB 2011 estabelece que o financiamento federal é composto por recursos “*per capita*” (Ex. Piso de Atenção Básica - PAB Fixo); por recursos destinados a projetos específicos (ex. requalificação de UBS); para a implantação de estratégias ou programas prioritários (ex. ESF); para investimentos (ex. construção de novas UBS); e recursos condicionados a resultados e avaliações (ex. PMAQ).

A Figura a seguir demonstra parte do Sistema - Blocos de Financiamento

PROGRAMAS FEDERAIS – ATENÇÃO BÁSICA Exemplos de Programas (Relação não exaustiva)

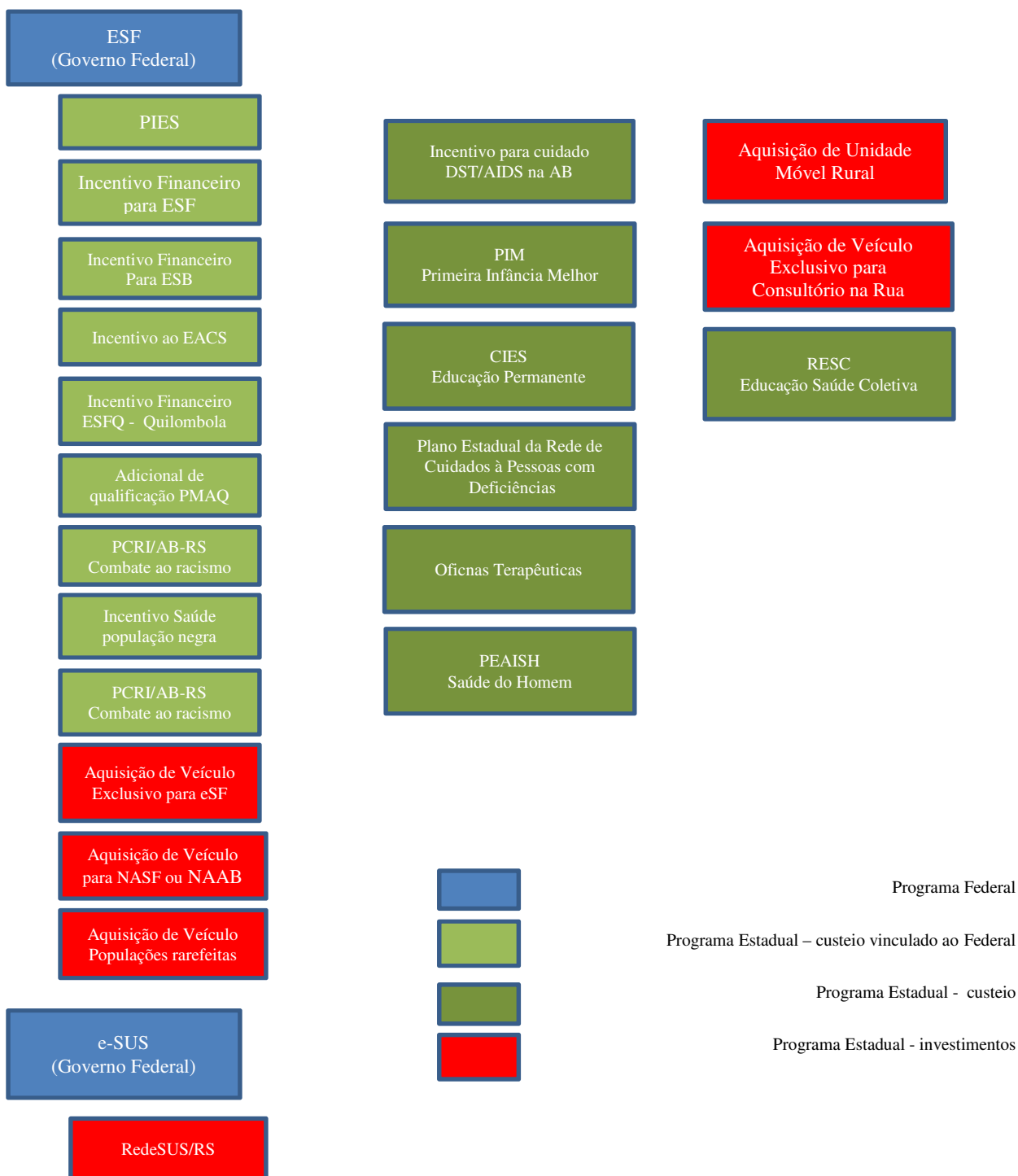


Dessa forma, todos os municípios recebem recursos do PAB Fixo, mas apenas aqueles que aderirem a determinados programas, estratégias ou projetos recebem os demais recursos federais, por meio do PAB Variável e outros recursos voluntários. O principal Programa do Governo Federal para a AB é a ESF, que possui diversos programas a ela vinculados.

O financiamento estadual da AB, notadamente os recursos a serem repassados aos municípios, em geral reproduzem a sistemática federal, reforçando ou a complementando, como é o caso do RedeSUS para infraestrutura de TI nas SMS e UBS e a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde - PIES. A Figura a seguir demonstra parte desse sistema.

PROGRAMAS ESTADUAIS

Exemplos de Programas (relação não exaustiva)



Conforme será visto no item Financiamento desse trabalho, verifica-se que muitos municípios gaúchos não aderiram à ESF por diversos motivos, entre os quais o limite de gastos de pessoal imposto Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como por falta de recursos para as contrapartidas necessárias às contratações dos profissionais que compõem as equipes. Dessa forma, como é possível visualizar nos Quadros de Programas Federais e Estaduais apresentados, estes municípios ficam de fora de uma série de políticas — e respectivos recursos federais e estaduais — vinculados.

2.5. Plano Estadual, Coordenadorias Regionais e Regiões de Saúde

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 teve como base de planejamento as 30 regiões de saúde definidas na Resolução CIB Nº 555/2012. Conceitua-se região de saúde:

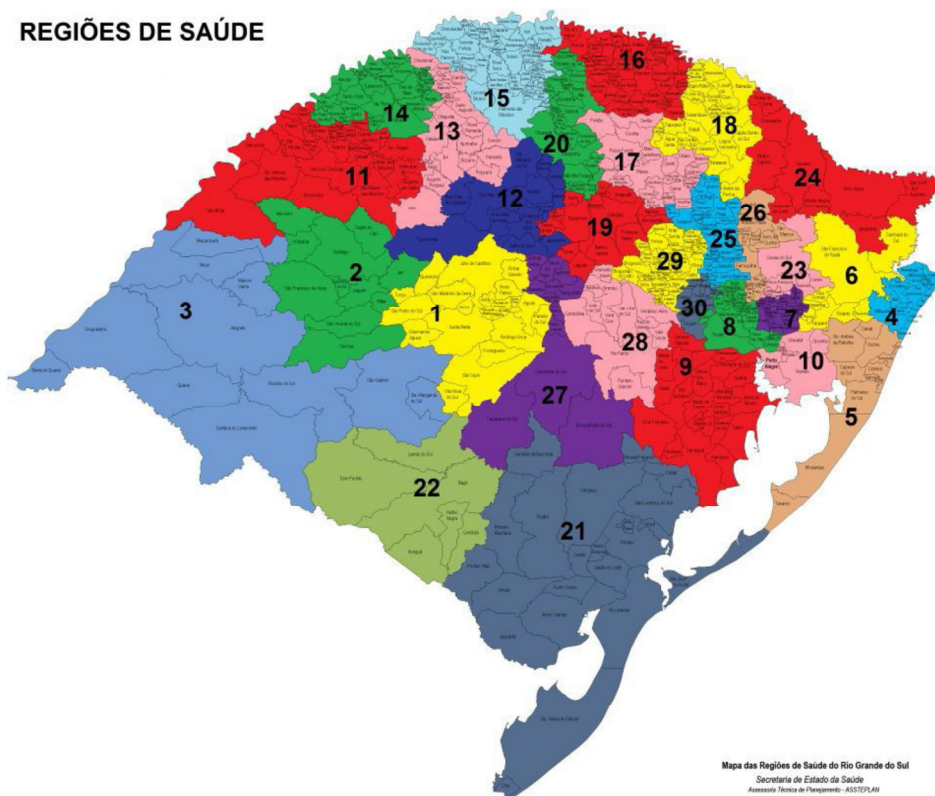
Território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A gestão das regiões de saúde faz-se por meio das Comissões Intergestores Regional-CIR, sendo apoiadas pelas coordenadorias regionais da SES, em número de 19 e vinculadas ao Departamento de Coordenação das Regionais. As Coordenadorias são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde cooperando técnica e operacionalmente com os gestores municipais e prestadores de serviços. Participam das Comissões Intergestores Regionais, realizando trabalho conjunto com outras coordenadorias para a organização das redes temáticas de atenção à saúde, oferecendo apoio institucional aos municípios, tendo em vista a articulação e proposição de ações que tenham como foco o planejamento regional, realizado de forma ascendente, visando traduzir em ações as reais necessidades das populações.

As regiões de saúde, instâncias operacionais dos processos de saúde, apresentam significativa diversidade, tanto em relação ao número de municípios, como em relação ao número de habitantes. Assim, de acordo com o PES, existem regiões como a 24ª que tem adstrito 9 municípios com população de 95 mil habitantes, a 15ª região com 40 municípios e a 6ª região (capital), com mais de dois milhões de habitantes.

Eis a distribuição das regiões da saúde no território do RS:

REGIÕES DE SAÚDE



Por sua vez, a competência das coordenadorias regionais em relação às regiões também apresenta significativas variações. Como exemplo, cita-se a 5ª CRS que coordena a gestão de 4 regiões de saúde, enquanto que a 15ª região está adstrita tanto à 15ª como a 19ª CRS.

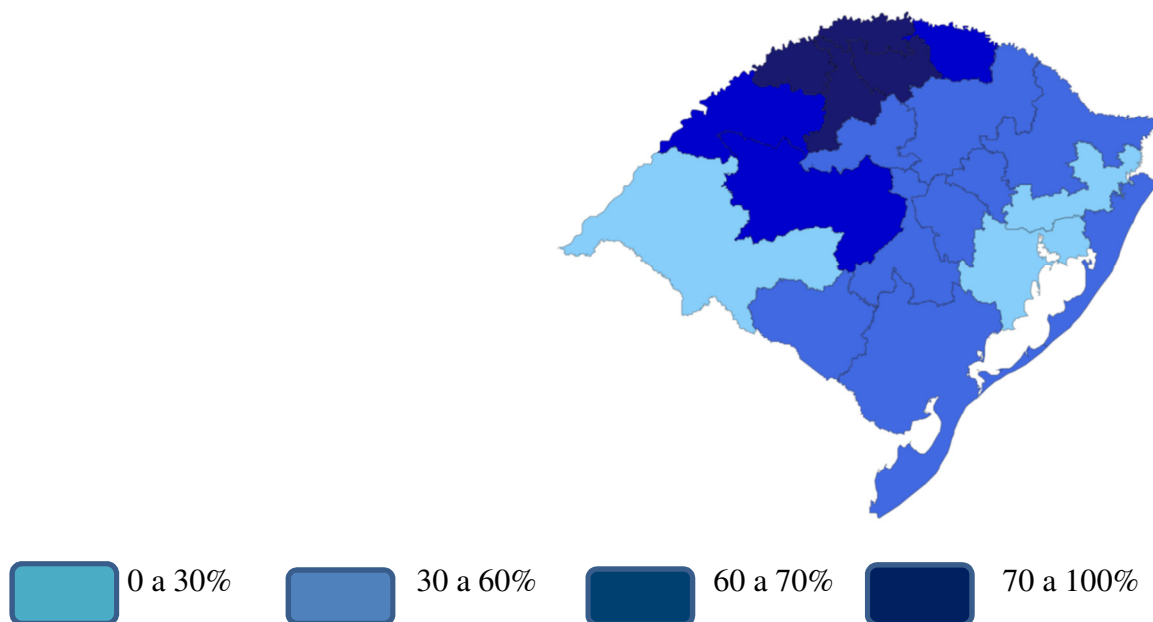
O PES 2012-2015, em sua análise situacional, identifica queda da taxa de natalidade, a partir de 1980, impactando diretamente nos níveis de envelhecimento da população. Estima-se que em nosso país, no período de 2000 a 2020, a população de idosos praticamente duplicará. Desse modo há necessidade de serem estimuladas ações específicas em relação às doenças crônicas por meio da prevenção e do autocuidado no âmbito da Atenção Básica.

Nessa linha, o “Estado do Rio Grande do Sul definiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e para a melhoria do acesso da população gaúcha à Atenção Básica.”. Destaca que a equipe multiprofissional, com a inclusão dos ACS possibilita ampliar a resolutividade da AB, em virtude da busca ativa que tais profissionais operam em suas micro-áreas de atenção, com estreitamento de vínculos e confianças mútuos. Assim, o PES encontra-se alinhado com as diretrizes do Ministério da Saúde.

O PES 2012-2015 identifica que a cobertura da ESF no Estado atingiu, em novembro de 2012, cerca de 40% da população, sendo maior no norte do Estado, em municípios de pequeno porte populacional e pequenas extensões territoriais, e menor no sul, em municípios de baixa densidade populacional.

A figura a seguir, extraída do Sistema de Gestão Estratégica da Saúde - SGE ilustra essa distribuição:

Cobertura ESF 2010



No alinhamento do PES com a política do Ministério da Saúde, e visando o fortalecimento da AB, por meio da ESF, foram recepcionados diversos programas, políticas e estratégias, na perspectiva de suporte técnico e cofinanciamento.

O PES nomina algumas destas políticas:

- PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
- Programa Academia da Saúde
- Programa Nacional de Telessaúde
- NAAB: Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB)
- Programa de Atenção Domiciliar no RS
- Consultório na Rua
- Saúde Bucal na ESF

O PES ainda analisa o indicador denominado de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica em relação ao total de internações (ISAB, ou ICSAB³). Representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da AB - prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas - deveriam gerar, em consequência de seus desdobramentos, a redução das internações hospitalares relacionadas a esses problemas. O ICSAB vem apresentando tendência decrescente no Brasil e no Estado. Entretanto, o Rio Grande do Sul apresenta índices superiores à média nacional. Ressalta-se que, apesar do ICSAB tentar medir a efetividade da AB, por diversos fatores (e.g. disponibilidade e acesso a instalações hospitalares na própria municipalidade, fator que vem alterando a conduta

³ A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária consta da Portaria MS/SAS Nº 221/2008.

médica) não é possível, ao contrário do esperado, verificar uma relação inversa entre ele e a cobertura de ESF.

2.6. Diversidades Municipais e Regionais

Os índices ou indicadores existentes utilizados para avaliar a prestação dos serviços pelo SUS indicam uma notável dispersão estatística entre os municípios do Estado, caracterizando uma iniquidade na prestação dos serviços de AB.

O Índice de Desempenho do SUS- IDSUS é um instrumento multidimensional, desenvolvido pelo MS e que, baseado em 24 indicadores, busca avaliar o acesso e a resolutividade do SUS em cada município, abrangendo a AB, a Média e a Alta Complexidade - MAC:

Quadro 03 Número de Indicadores do IDSUS	
Acesso: Potencial ou Obtido (cobertura)	Atenção Básica: 3
	Média Complexidade: 4
	Alta Complexidade/Urgência e Emergência: 7
Resolutividade	Atenção Básica: 7
	Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência: 3
Fonte: http://idsus.saude.gov.br/grupos.html	

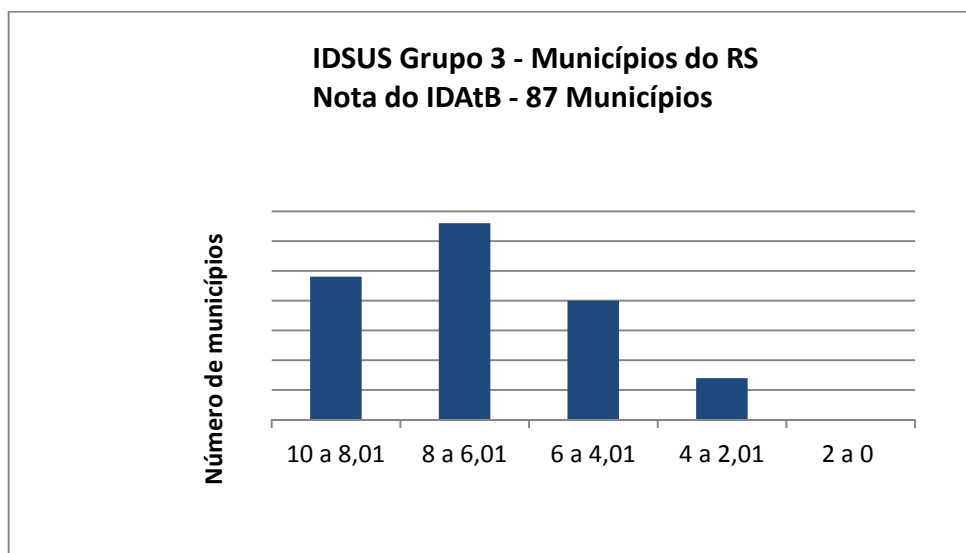
Tendo em vista a heterogeneidade dos municípios brasileiros, eles foram divididos em 6 grupos, com vistas a possibilitar a sua comparação com municípios semelhantes. A divisão destes grupos levou em conta variáveis sócio-econômicas e a estrutura do sistema de saúde. Dessa maneira, foram utilizados três índices para formação dos grupos homogêneos segundo suas semelhanças: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); o Índice de Condições de Saúde (ICS); e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). De maneira geral, os grupos homogêneos guardam certa correlação com o porte populacional dos municípios. Dessa forma, no Rio Grande do Sul, apenas o Município de Porto Alegre foi classificado no Grupo 1, com a grande maioria dos municípios sendo classificada no Grupo 5. O Quadro a seguir detalha a composição destes grupos homogêneos:

Quadro 04 Grupos Homogêneos por Critérios do IDSUS					
Grupo	IDSE	ICS	IESSM	Quant. Municípios - Brasil	Quant. Municípios - RS
6	baixo	baixo	Sem estrutura MAC	2183	17
5	médio	médio	Sem estrutura MAC	2038	382
4	baixo	baixo	Pouca estrutura MAC	587	3
3	médio	médio	Pouca estrutura MAC	632	84
2	alto	médio	Média estrutura MAC	94	10
1	alto	médio	Muita estrutura MAC	29	1
Fonte: http://idsus.saude.gov.br/grupos.html e IDAtB do RS fornecida pela coordenação da Auditoria/TCU					

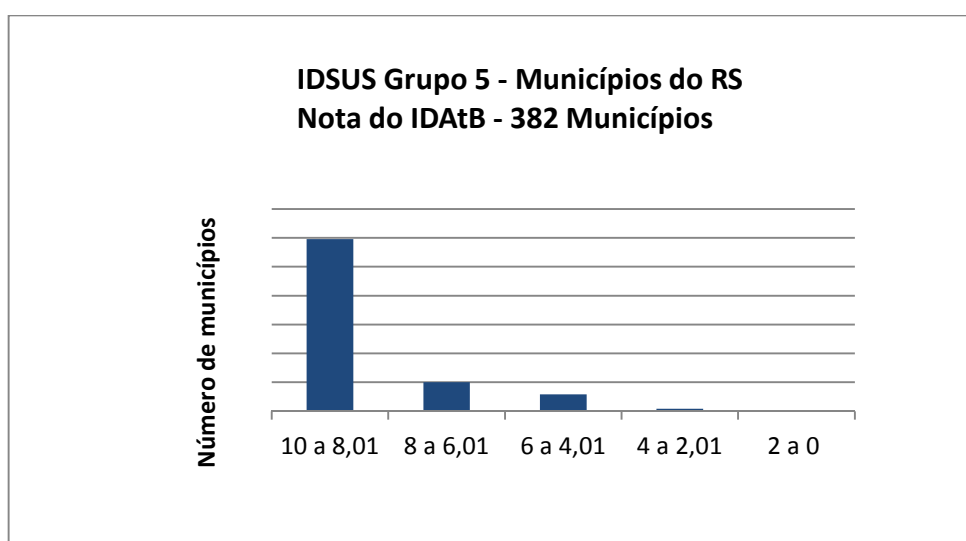
A utilização apenas dos indicadores relativos a AB permitiu criar um índice específico para esta área de atenção, denominado de Índice de Desenvolvimento da Atenção Básica – IDAtB

(2010), que será utilizado neste trabalho, sendo que os melhores municípios obtiveram um índice de 10, e o pior município do RS, o índice de 1,70. O município de Porto Alegre, único do Estado situado no Grupo 1 no critério do IDSUS, obteve um IDAtB de 5,46.

Os gráficos a seguir detalham a distribuição do IDAtB para os grupos 3 e 5, os mais representativos no caso do RS.



No Grupo 3 do IDSUS, correspondente a municípios com médio desenvolvimento sócio-econômico, médias condições de saúde e pouca estrutura de MAC, enquadram-se 87 municípios do RS. A maior nota do IDAtB nesse grupo foi 9,49 obtida pelo Município de Faxinal do Soturno, sendo que 24, equivalentes a 28% do total, obtiveram IDAtB acima de 8,01. Nenhum município obteve nota abaixo de 2, e 7 municípios com nota entre 2,01 a 4. O IDAtB médio foi de 6,71.



No Grupo 5 do IDSUS, correspondente a municípios com médio desenvolvimento sócio-econômico, médias condições de saúde e sem estrutura de MAC, se enquadram 382 municípios do RS. A maior nota do IDAtB foi 10,00, obtida pelos Municípios de Lagoa dos Três

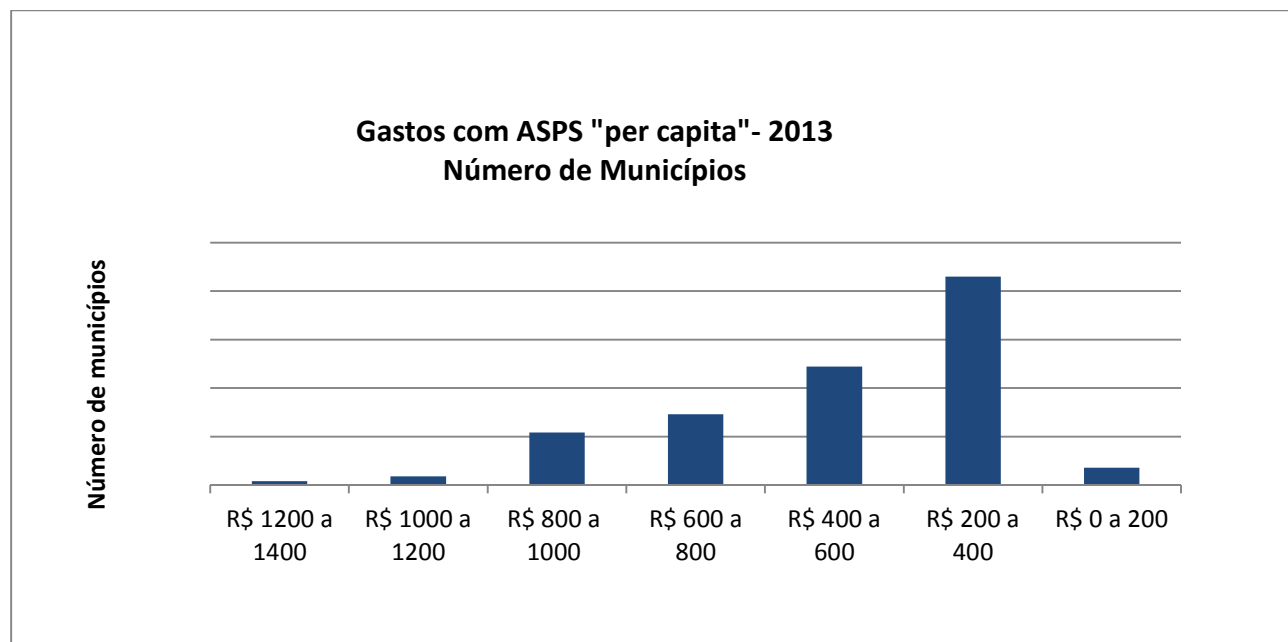
Cantos e Salvador das Missões. Destacam-se 298 municípios, de um total de 382, equivalentes a 78%, que obtiveram IDAtB acima de 8,01. Apenas 1 município obteve nota abaixo de 2, e 4 municípios obtiveram nota entre 2,01 a 4. O IDAtB médio foi de 8,53

Assim, o IDAtB mostra que, de maneira geral, municípios pequenos, que não possuem estrutura de MAC, apresentam boas condições de acesso e resolutividade na AB. Nos municípios que apresentam alguma estrutura de MAC — que em geral possuem maior população, é importante frisar — o IDAtB apresenta queda.

Ainda que o IDSUS venha a ser objeto de controvérsias mesmo quando se comparam grupos homogêneos —, seja pelos indicadores utilizados, seja pela ponderação entre eles, seja pela realidade epidemiológica distinta entre municípios de um mesmo grupo, seja por não considerar a maior ou menor cobertura dos sistemas de saúde suplementar, apenas para citar alguns pontos — ele caracteriza a existência, no Estado do RS, tanto de municípios com o índice muito alto como municípios com índice muito baixo. Essa assimetria e iniquidade na prestação dos serviços de AB foram, como se verá adiante, constatadas nas visitas realizadas “*in loco*” pela Equipe de Auditoria.

Outra iniquidade na comparação de diferentes municípios do RS pode ser verificada a partir dos recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS, *per capita* aplicados por cada um. A partir do estudo denominado Devolutividade Iníqua⁴, realizado por Auditor deste TCE, percebe-se significativa diferença entre os valores aplicados no âmbito de cada município.

A Tabela⁵ a seguir demonstra, resumidamente, esta realidade:



Percebe-se claramente que um pequeno número de municípios — 14 — gastou, em 2013, mais de 1.000 reais *per capita* com ASPS. No outro extremo, também um pequeno número — 18 —

⁴ Estudo disponível em [www.tce.rs.gov.br: Publicações;Estudos e Pesquisas; Artigos: Devolutividade Iníqua](http://www.tce.rs.gov.br/Publicações;Estudos e Pesquisas; Artigos: Devolutividade Iníqua)

⁵ Tabela Excel disponível em www.tce.rs.gov.br. Audiência Pública realizada em 6 de novembro de 2014. Apresentação de Luis Fernando Doerr. (<http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/institucional/esgc>).

gastou abaixo de 200 reais *per capita* com ASPS. A grande maioria dos municípios gaúchos gastou, em 2013, entre 200 e 600 reais de ASPS *per capita*. Essa iniquidade em termos de receita e possibilidade de gastos, será analisada mais detalhadamente no item Financiamento deste trabalho.

3. ESCOPO DA AUDITORIA

A finalidade da Auditoria Coordenada é identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde, independentemente dos programas implementados em cada unidade avaliada, com foco na estrutura, acesso, atendimento e resolutividade, bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

Parte-se das seguintes premissas:

- a) a AB/APS é o nível de atenção à saúde de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população, desde que bem estruturada, devendo ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação e coordenação da Rede de Atenção à Saúde, consoante dados do Ministério da Saúde e estudos acadêmicos;
- b) o modelo ESF visa à reorganização da AB, configurando-se como estratégia prioritária pelo Ministério da Saúde na expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no Brasil;
- e) historicamente, a maioria da população brasileira busca o atendimento ambulatorial/hospitalar como primeiras e principais opções de atendimento médico (modelo de organização de saúde chamado de hospitalocêntrico), fruto do entendimento de que nos pronto-socorros e hospitais o atendimento será mais tempestivo e resolutivo. Esta realidade está sendo objeto de enfrentamento por parte das políticas de AB e das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs;

A análise de trabalhos de auditoria realizados anteriormente por órgãos de controle externo e interno, e com fundamento em relatos obtidos por meio de entrevistas com especialistas, remete a um rol de achados como: instalações inadequadas, fragilidades nas relações de trabalho e nas capacitações de pessoal, cobertura deficiente das equipes da ESF, divulgação e institucionalidade deficientes da AB, fragilidades no planejamento e nos processos de monitoramento e avaliação, insuficiências e desequilíbrios na distribuição dos recursos para o financiamento tripartite e deficiência no controle social.

Preliminarmente, e de maneira genérica, foi identificado pela coordenação da auditoria, que a deficiência de gestão é causa comum da maioria destes problemas, seja ela no nível federal, estadual/distrital ou municipal, e na deficiência de articulação entre os entes. Considerando que a Constituição Federal, a Lei 8.080/90 e a Política Nacional de Atenção Básica (pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT) definem as competências de cada ente no que diz respeito às ações da AB à saúde, manifesta-se como oportuna a inferência de que os mecanismos de gestão ainda não estão totalmente alinhados com tais competências, decorrendo nas disfunções apresentadas.

Visando a realização de um amplo diagnóstico das causas primordiais dos problemas que afligem à população usuária dos serviços de AB, o critério-base da auditoria é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instrumento que norteia as responsabilidades de agir de cada uma das esferas de governo do país. O foco do trabalho direciona-se na efetividade das ferramentas de macrogestão do Estado e dos municípios, orientadas ao atendimento das competências ali

expostas, em especial nas ações de monitoramento e avaliação dos resultados esperados dos serviços de AB prestados, buscando alcançar níveis de qualidade satisfatórios.

4. METODOLOGIA

Foram adotados os padrões internacionais de auditoria operacional da INTOSAI (International Standards of Supreme Audit Institutions) ISSAI 3000 e 3100. O planejamento das auditorias foi realizado em conjunto com as entidades participantes do Acordo de Cooperação Técnica, mas os relatórios produzidos pelas equipes de auditoria são independentes. Observou-se ainda o regramento estabelecido na Resolução Nº 1.004/2014 deste Tribunal de Contas.

Destaca-se inicialmente que, apesar da prestação dos serviços de AB ser operacionalizada pelos municípios, seu sucesso depende da articulação destes com os Estados e com a União, cada ente com sua competência estabelecida, notadamente na PNAB. Assim, além da realização de diligências e pesquisas nas secretarias municipais de saúde, foi auditada a Secretaria Estadual da Saúde - SES — objeto deste processo — pela sua importância na coordenação estratégica e apoio institucional às ações dos 497 municípios do Estado.

O planejamento da auditoria, realizado de forma conjunta pelos 30 Tribunais de Contas participantes, foi baseado em quatro eixos principais:

- Gestão de Pessoal: alocação e capacitação
- Monitoramento e Avaliação: estrutura, indicadores e suporte de TI
- Planejamento e Articulação
- Financiamento

A metodologia utilizada nos trabalhos de auditoria para avaliação da AB utilizou os seguintes instrumentos para coleta de dados:

- 1) Pesquisa bibliográfica e artigos acadêmicos, bem como publicados nos sites oficiais do Ministério da Saúde (DataSUS, CNES, FNS etc.), SES, Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMES, entre outros.
- 2) Pesquisa de trabalhos de auditoria realizados anteriormente, com destaque para o Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde do TCU (ACÓRDÃO Nº 693/2014 – TCU – Plenário; Relatório de Auditoria Operacional realizado por este TCE, na Estratégia Saúde da Família no município de Pelotas em 2007 (Processo Nº 7102-02.00/07-1); e Relatório de Inspeção Extraordinária realizado por este TCE na SES, com foco no Sistema de Regulação (Processo 12819-02.00/13-4).
- 3) Pesquisa da legislação e normativas em saúde, com destaque para a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS Nº 2.488/2011) e o Plano Estadual de Saúde - PES, bem como resoluções da CIB/RS.
- 4) Entrevistas com gestores estaduais e profissionais de saúde da SES, notadamente da Coordenadoria Estadual de Atenção Básica-CEAB do Departamento de Ações em Saúde-DAS; entrevista com gestores e profissionais da 2ª Coordenaria Regional de Saúde-CRS, em Porto Alegre, e da 18ª CRS em Osório. Participação em reunião do colegiado da AB e reunião de secretários municipais dos municípios da Costa Doce da 2ª CRS; participação nas Mostras da Saúde: Regional Sul, realizada em Pelotas em 16 de setembro; Metropolitana, realizada em 25 e 26 de setembro de 2014 em Porto Alegre.

- 5) Pesquisa, por meio de questionário eletrônico (padrão para os TCs participantes da Auditoria Coordenada), dirigido aos secretários municipais de saúde, sistema operacionalizado pelo TCE de Pernambuco, e que contou com 347 respostas no RS.
- 6) Pesquisa, por meio de questionário eletrônico (padrão para os TCs participantes da Auditoria Coordenada), dirigido aos gestores regionais das CRS da SES, sistema operacionalizado pelo TCE de Pernambuco, e que contou com 16 respostas.
- 7) Visitas a 11 secretarias municipais de saúde e 25 UBS, selecionadas a partir do Índice de Atenção Básica (IDAtB), componente do Índice do SUS (IDSUS). Foram selecionados 5 municípios com IDAtB elevado, para identificação das boas práticas, e 6 municípios com IDAtB baixo, para identificação dos principais problemas. Foram entrevistados (questionário padrão para os TCs participantes da auditoria coordenada) 11 secretários municipais e assessores, gestores de UBS, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, conselheiros municipais e usuários do SUS. Foram ainda verificadas as condições de infraestrutura destas UBS (Anexo 2).

5. GESTÃO DE PESSOAL

5.1. Alocação e Permanência dos Profissionais de Saúde

A AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação e coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

No âmbito do SUS, a administração municipal deve garantir a AB em saúde, ou seja, quem presta efetivamente os serviços de saúde ao usuário é o Município.

A Lei Federal Nº 8.080/90 estabelece as regras e as condições para o funcionamento do SUS em todo o território nacional, disciplinando a forma de atuação de cada esfera de governo (nacional, regional ou local) bem como a articulação das ações destas esferas entre si e com a iniciativa privada, que atua de forma complementar ao sistema público de saúde.

Segundo o art. 30, inciso VII, da Constituição Federal e artigo 18 da Lei Federal Nº 8.080/90, compete ao município o dever de organizar as ações e serviços de saúde, sendo responsabilidade deste a execução das ações e serviços públicos de saúde, com colaboração técnica e financeira da União e do respectivo estado. Cabe ao Estado promover a descentralização dos serviços para o Município (Lei Federal Nº 8.080/90, art. 17, inciso I).

Preconiza o art. 18, inciso I, da Lei Federal Nº 8.080/90, que cabe ao município planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde de todo o gênero levadas a efeito em seu território, gerindo e executando os serviços públicos de saúde neste mesmo local.

Segundo a PNAB, compete às Secretarias Municipais de Saúde (3.4):

V - Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União;

...

IX - Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de atenção básica, em conformidade com a legislação vigente;

...

XII - Programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

...

XIV - Organizar o fluxo de usuários visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

...

XVI - Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pela organização e execução das ações saúde em unidades próprias localizadas em seu território.

Para tanto é necessário que o gestor municipal da saúde tenha conhecimento da realidade no que se refere às condições dos recursos humanos disponíveis para a prestação de serviços públicos de saúde no município. Através de um diagnóstico da real situação dos recursos humanos da saúde, o gestor municipal terá conhecimento das deficiências e potenciais na gestão de pessoas para a melhor atender as necessidades de cuidado da população.

Nos questionários eletrônicos enviados aos gestores municipais de saúde, indagando se a Secretaria Municipal de Saúde possui algum levantamento das necessidades de alocação de pessoal para as UBS, obteve-se o percentual de 57% de respostas afirmativas. Isso demonstra que não está totalmente assimilada na cultura dos gestores municipais a realização de diagnóstico contendo as especificidades locais, a fim de planejar e orientar a alocação de profissionais da saúde, tendente a absorver as necessidades da população com serviços de qualidade.

Com relação à existência de mecanismos que permitam acompanhar a rotatividade dos profissionais das UBS, obtiveram-se cerca de 82,4% de respostas negativas, considerando-se que a rotatividade é a taxa de substituição de trabalhadores antigos por novos.

A rotatividade também pode ser conceituada como a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente. Segundo Robbins, toda organização tem alguma rotatividade, que pode ser positiva, à medida que funcionários não essenciais deixam a organização. Entretanto, a rotatividade normalmente implica perda de pessoas estratégicas, gerando fator de ruptura e, conseqüentemente, prejudicando a eficiência organizacional. (Robbins SP. Comportamento Organizacional. 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.)

A rotatividade não é causa, mas consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização. Dentre os fenômenos externos, está a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica e oportunidades de empregos no mercado de trabalho. Dentre os fenômenos internos, estão a política remuneratória, a política de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas ambientais de trabalho, o moral do pessoal, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal, os critérios e programas de treinamento de recursos humanos, a política disciplinar da organização, os critérios de avaliação de desempenho e o grau de flexibilidade das políticas da organização.

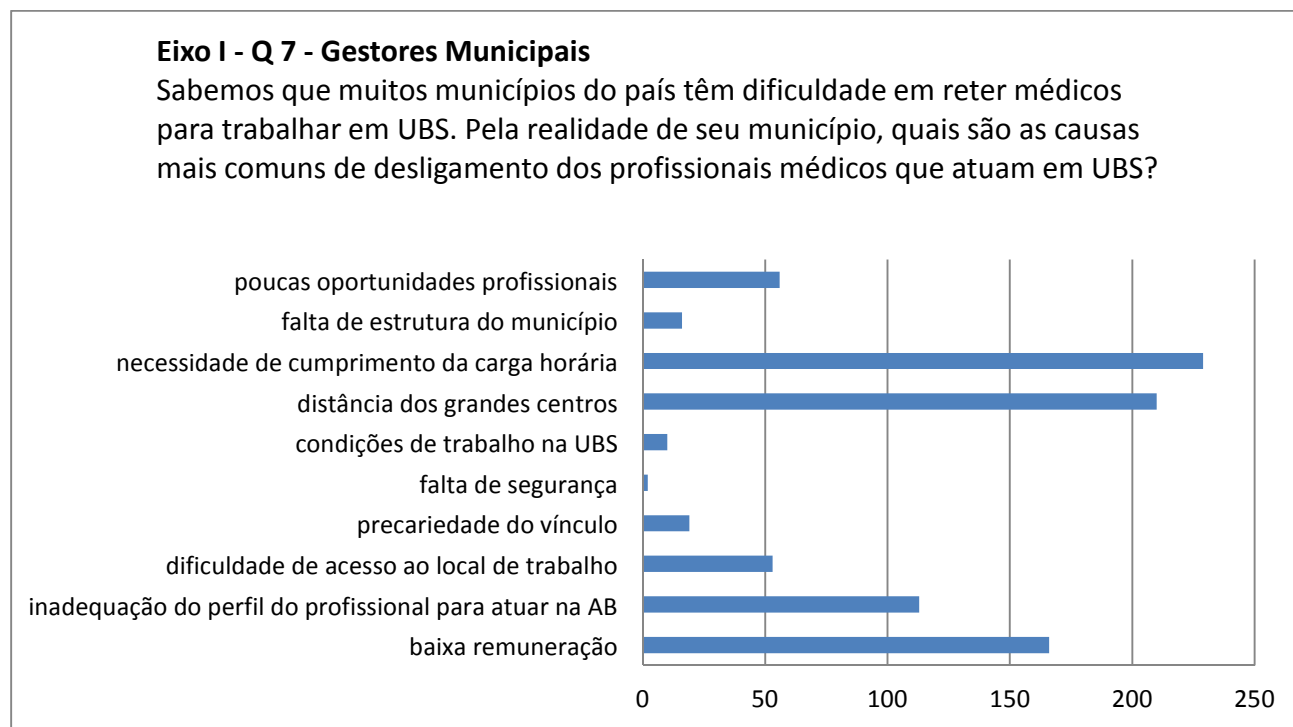
Quando a perda de recursos humanos ocorre independentemente dos objetivos da organização, é preciso localizar os motivos, a fim de poder atuar sobre eles e diminuir o volume da perda. (Chiavenato I. Recursos humanos. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2000.)

O diagnóstico, segundo Oliveira (2006), é um dimensionamento ou uma avaliação que se faz sobre o estado atual da organização, com o intuito de se determinar às condições necessárias para se chegar a um novo estado, mais desejável do que o atual. OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas. São Paulo: Atlas, 2006.

O diagnóstico pode ser aplicado para ratificar ou retificar a presença de uma situação organizacional, assim como, para conhecer sua evolução no decorrer do tempo, instrumento necessário à compreensão da complexidade do trabalho realizado pelos profissionais de saúde e

para avaliar o que deverá ser realizado em benefício do sistema público de saúde municipal.

Questionado aos gestores municipais quais são as causas mais comuns de desligamento dos profissionais médicos que atuam em UBS, obtiveram-se as respostas demonstradas no gráfico abaixo:



Nas respostas obtidas por meio do questionário eletrônico, verifica-se que a maioria das causas de desligamento dos profissionais médicos é relacionada à necessidade de cumprimento de carga horária (66,0%) e a distância dos grandes centros urbanos (60,5%). A distância dos grandes centros urbanos também está vinculada ao afastamento dos profissionais médicos para a realização de residências e de especializações.

Outras causas de tensionamento nas relações de trabalho com os profissionais médicos dizem respeito à baixa remuneração (com 47,8% de respostas), à inadequação do perfil do profissional para atuar na AB (com 32,6%), poucas oportunidades profissionais (16,1 %) e dificuldade de acesso ao local de trabalho (15,3%).

Nas respostas livres, aparecem outras causas como a competitividade entre os municípios, em virtude de oferta de remuneração mais atraente, provocando a disputa de profissionais médicos, e a falta de retaguarda hospitalar para atendimento de média e alta complexidade.

Ao longo dos anos 90, houve flexibilização na gestão de recursos humanos do SUS. Foram previstas diversas modalidades de vinculação, como é o caso das Leis Federais N°s 9.637 e 9.790, ambas de 1998, que permite a transferência para a iniciativa privada (organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público) da prestação dos serviços públicos de saúde, sob a alegação de eficiência, modernidade e eficácia. Esta flexibilização foi seguida por parte dos

estados e municípios brasileiros, e, quando aplicada inadequadamente, tem provocado processo de precarização das relações de trabalho no SUS, conforme destacado em Relatório do TCU objeto do Processo TC 032.624/2013-1, Acórdão Nº 693/2014 – TCU - Plenário.

“Essa precarização do vínculo empregatício prejudica o desenvolvimento das atividades das equipes porque contribui para a instabilidade e desmotivação dos profissionais e, por via de consequência, interfere negativamente na fixação do profissional na equipe. Importa ressaltar que o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população garante a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Nesse sentido, é um dos fundamentos da política de Atenção Básica.”

A Política Estadual de Atenção Básica, estabelecida na Resolução CIB/RS Nº 678/2014, estabelece como ação estratégica para valorização profissional dos trabalhadores da AB no RS a realização de “ações visando a desprecarização de vínculos e incentivo da criação de carreiras para todos os trabalhadores do SUS-RS buscando consolidar a Atenção Básica nos municípios.”, bem como a “promoção da desprecarização de vínculos e de condições de trabalho dos trabalhadores da Atenção Básica.”.

O aumento do número de pessoas que se encontram em condições de trabalho precário no SUS tem sido objeto de preocupação, nos últimos anos, por parte de gestores e lideranças dos profissionais do setor. Por trabalho precário nesse contexto, entende-se não apenas aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, desprovido da devida cobertura por normas legais, mas também ausência de perspectiva de carreira profissional, relativo a aspectos remuneratórios e de condições de trabalho. O que é sabido é que a precariedade do trabalho alcança desde o ACS até o médico especialista.

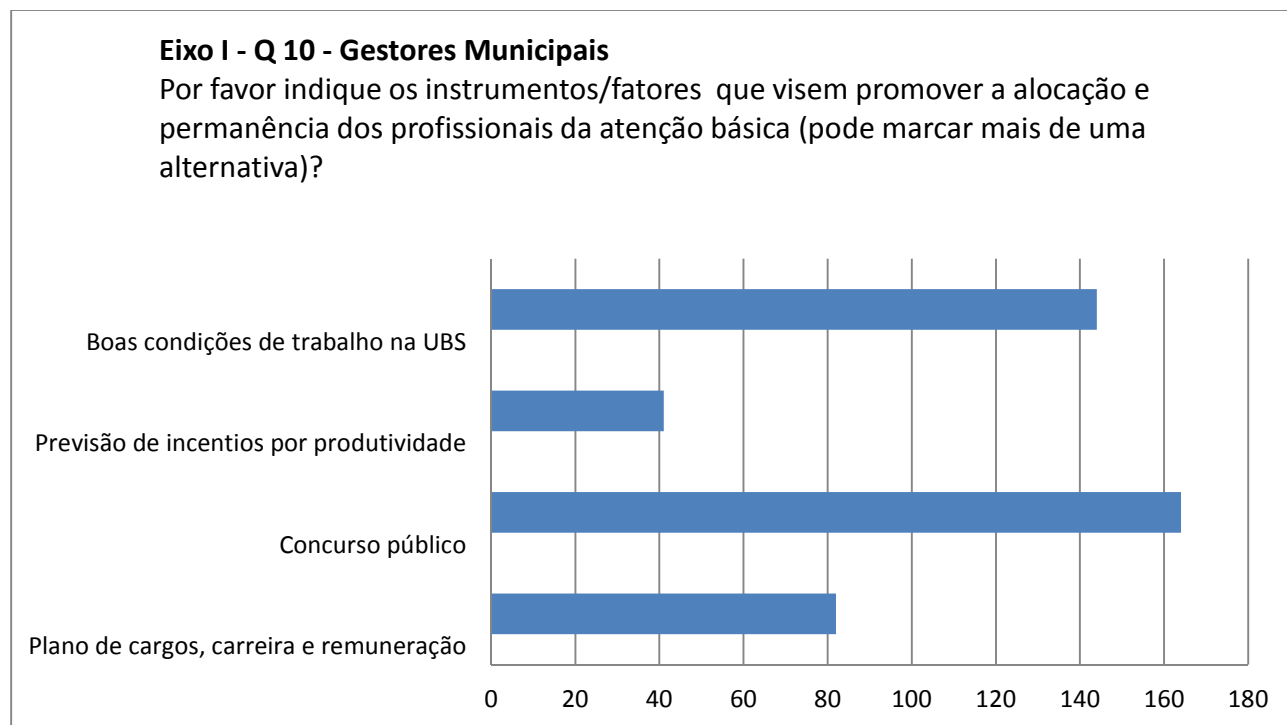
No âmbito do SUS é comum existir uma ampla diversidade de vínculos profissionais que envolvem as mais diversas modalidades: regime estatutário, contratações de profissionais por meio de terceirizações, OS/OSCIPS, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, prestação de serviços por meio da CLT, bem como descentralizações por meio de fundações públicas e privadas. Todas essas modalidades de relação de trabalho coexistem muitas vezes nas mesmas administrações, sendo geradoras de desmotivação dos profissionais, prejudicando os processos de trabalho, e, em última análise, afetando os resultados dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Diversos doutrinadores referem que existem, de fato, desequilíbrios operacionais entre a estabilidade e a flexibilidade nas relações de trabalho inerentes ao setor de saúde, decorrentes de toda a complexidade que envolve o segmento. O que de fato verifica-se nos municípios gaúchos é a tendência, no âmbito da AB, da adoção da flexibilização das relações de trabalho ocorrendo como forma de superação dos entraves jurídicos existentes, decorrentes de restrições orçamentárias e das limitações advindas da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e do limite remuneratório conforme art. 37 inciso XI da Constituição Federal, principalmente com relação aos médicos, não podendo exceder o subsídio mensal do prefeito.

Além da precarização dos vínculos de trabalho prejudicar a fixação de profissionais, as deficiências de infraestrutura e falta de insumos necessários ao trabalho também são citados como fatores que influenciam negativamente no desempenho dos profissionais da AB.

Nos questionários eletrônicos enviados aos gestores municipais de saúde, indagando se no município havia instrumentos/fatores que visavam promover a alocação e permanência dos

profissionais da AB, obteve-se o percentual de 52,4% de respostas afirmativas. E, quando solicitada a indicação dos instrumentos/fatores adotados pelo município para atingir aquele objetivo, obteve-se o seguinte gráfico:



Note-se que cerca de 90% dos secretários municipais de saúde entendem que o concurso público é o principal fator/instrumento que oportuniza a alocação e a permanência, em razão da estabilidade que a relação de trabalho proporciona. Entretanto, no caso específico dos profissionais médicos, a forma do vínculo não tem se revelado como fator importante ao seu desligamento, mas, sobretudo, a limitação remuneratória e as condições de trabalho insuficientes, consoante se verifica por meio do Gráfico da Questão 7.

Recolhem-se as informações trazidas pelos gestores como de conteúdo divergente e contraditório, quanto à importância do concurso público/vínculo em relação à atração/desligamento dos profissionais médicos. Com efeito, muitos concursos públicos têm se prestado para legitimar situações que não se perfectibilizam, ganhando *status* de “aparência de legalidade”, a partir do quê se pretextam outras formas de provimento de pessoal.

De outro lado, nas entrevistas realizadas com os ACS verificou-se que, na sua maioria, foi identificada a carência de equipamentos básicos para a realização de suas rotinas diárias, tais como carteira de identificação, uniforme adequado, meios de transporte, telefone funcional, filtro solar e até equipamentos básicos e necessários para a execução do trabalho, como bolsa, pasta e balanças portáteis, etc., constituindo fator de insatisfação profissional e prejuízo no trabalho.

A literatura evidencia que os Sistemas Universais de Saúde que se fundamentam na Atenção Básica produzem melhores resultados em relação a impactos sobre o estado de saúde das populações atendidas e que, implantada de forma universal, a AB pode resolver de 80 a 85% dos

problemas de saúde da população, vez que atua mais precocemente sobre a rede de causalidade das doenças.

O consultor em saúde pública, Eugênio Vilaça Mendes, analisa de forma muito abrangente a situação da Atenção Primária à Saúde (APS) na literatura, e conclui afirmando que:

“As avaliações produzidas pelos numerosos estudos, realizadas em grande número de países e regiões, permitem concluir que há evidências robustas, na literatura internacional, sobre os resultados positivos da APS nos sistemas de atenção à saúde. Com base nessa revisão, pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para APS em relação aos sistemas de baixa orientação para APS, são: mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar consequentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde na prevenção de doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.”

A literatura nacional e internacional, portanto, já está repleta de estudos que analisam e avaliam o impacto da AB, utilizando diversas metodologias. Os resultados positivos trazem substancial volume de evidências científicas que consolidam o consenso de que a AB, cuja principal estratégia no Brasil é a ESF, é a forma mais adequada de organização da porta principal de entrada ao Sistema de Saúde.

Uma das dificuldades encontradas para atingir a cobertura universal da AB/ESF no Brasil é que o número de médicos por mil habitantes é menor do que o observado em muitos outros países, inclusive da América do Sul, o que é insuficiente para atingir as metas desejadas. A oferta de empregos nos últimos anos excedeu o número de novos médicos formados e, como consequência, os gestores municipais não têm conseguido contratar os médicos que precisam.

Visando alocar profissionais médicos em periferias de grandes cidades, municípios com menor infraestrutura, ou em áreas mais remotas, área de população indígena, onde há dificuldade de provimento, o Ministério da Saúde tem lançado programas a exemplo do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB. Poderão participar do PROVAB profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que tenham concluído a graduação e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe no início das atividades profissionais.

Quem participa do Programa recebe uma bolsa federal de Educação pelo Trabalho, custeada pelo Ministério da Saúde, proveniente do recurso do Piso de Atenção Básica Variável e tem suas atividades supervisionadas por uma Instituição de Ensino de referência no País. Além disso, os profissionais cursam pós-graduação em Saúde da família, requisito para ingresso e permanência no Programa. Os médicos bem avaliados, com nota de avaliação superior a 7,0, ainda ganham pontuação adicional de 10% nas provas de residência médica, assegurada pela Resolução Nº 03/2011 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

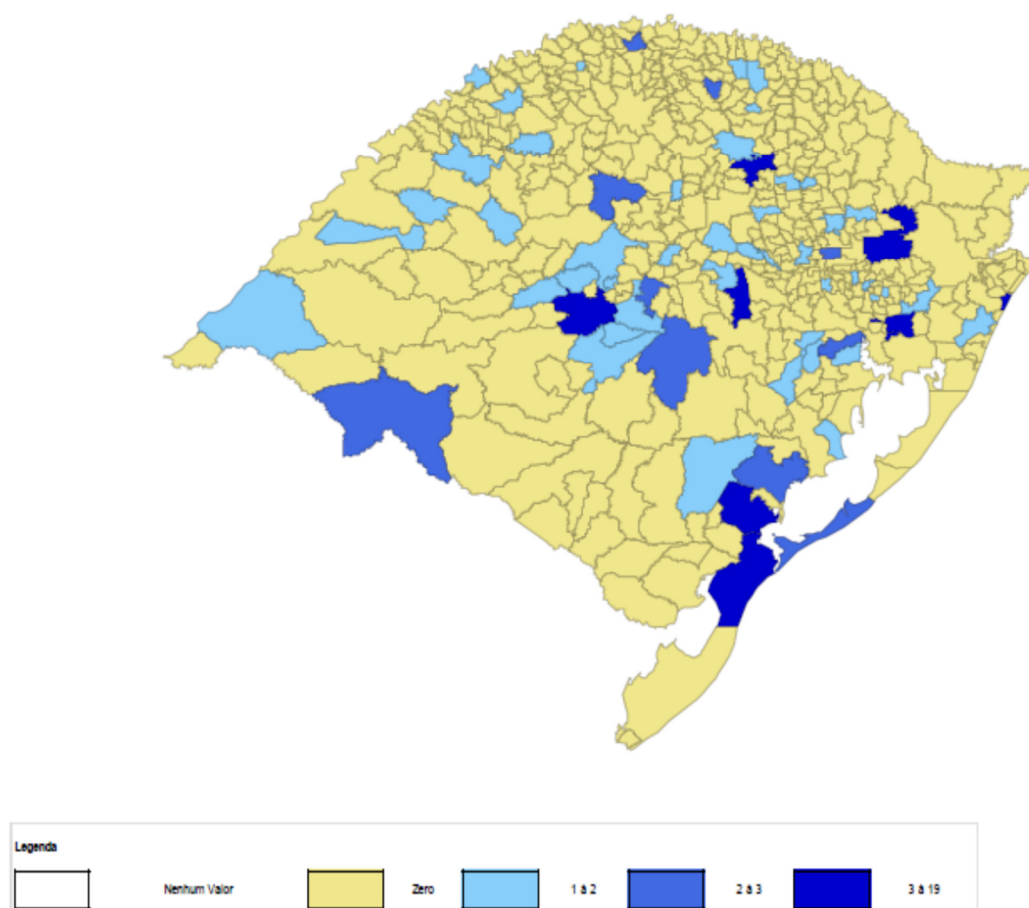
O PROVAB é uma forma de integração ensino-serviço, pois oferece aos participantes a

oportunidade de conhecer diferentes realidades e de exercer a profissão onde a população mais necessita.

As articulações entre União, estados e municípios têm papel fundamental na execução do Provab. Os municípios são responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das atividades de médicos, que são supervisionados por Instituições Supervisores, vinculadas às Universidades e Secretarias de Saúde.

A despeito de se reconhecer a existência de vazios assistenciais, em plano nacional, adverte-se que a adoção de expedientes como o PROVAB minimiza os propósitos propugnados pela Lei Federal Nº 8.080/1990 e Portaria MS/GM Nº 2.488/2011, haja vista a não fixação dos profissionais em seus postos em médio e longo prazo, subtraindo a possibilidade de formação de vínculo na relação médico/paciente. Portanto, é uma solução de caráter transitório.

A seguir exibe-se gráfico que demonstra, no âmbito do Estado, a quantidade de médicos participantes do PROVAB:



Fonte: Sistema SGE. Secretaria Estadual de Saúde. Quantidade de médicos contratados PROVAB. Competência 2014.

Importante, também, referir o Programa Mais Médicos - PMM, definido pelo Ministério da Saúde como uma importante iniciativa que prevê o amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Este Programa integra o maior investimento em infraestrutura das unidades de saúde com a necessidade de aumento do quantitativo de médicos atuantes na AB de regiões onde há escassez desses profissionais⁶. PMM não é um programa prioritariamente assistencial, suas atividades assistenciais são transitórias e se limitam a AB.

O PMM foi criado por meio da Lei nº 12.871/2013. Sua criação atendeu não só a dever constitucional do Estado brasileiro de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde, mas à solicitação de apoio federal feita diretamente ao Governo por prefeitos de diversos municípios brasileiros em janeiro de 2013. Na tentativa de implantar em seus municípios a AB/ESF, os prefeitos encontraram dificuldades em contratar médicos, sobretudo nos pequenos municípios e nas periferias de grandes cidades do país.

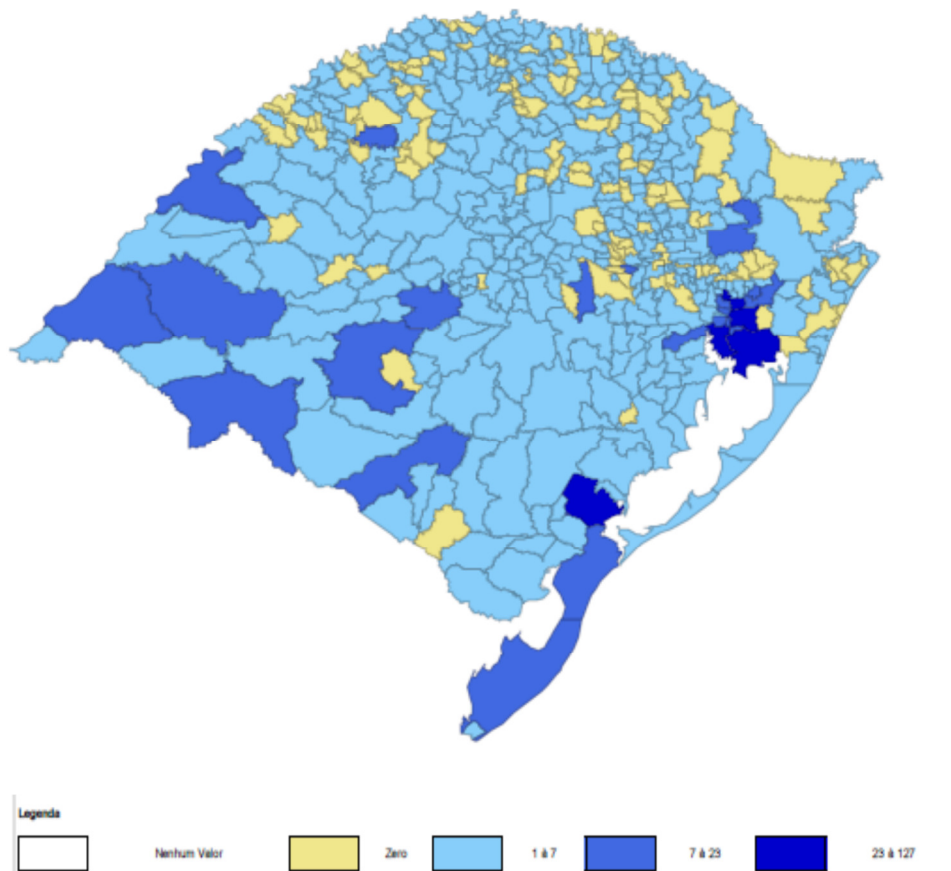
Assim, o PMM integra o conjunto de políticas públicas voltadas para a ordenação de recursos humanos para a saúde. Representa uma ação governamental intersetorial e articulada de órgãos públicos da saúde e da educação, nos três níveis da organização político-administrativa do país. É coordenada, em plano federal, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com participação na execução pelos estados e municípios, por meio das secretarias de saúde, universidades públicas e privadas.

Para implantação do PMM foram escolhidos municípios que se enquadram nos critérios definidores das regiões prioritárias para o SUS que, por sua vez, foram definidas através da Portaria MS/MEC/MDS Nº 1369/2013. Para cada município que se enquadrava nos critérios de inclusão, o gestor municipal, de maneira voluntária e explícita, solicitou adesão ao PMM, formalizou compromisso de implantá-lo e assumiu responsabilidades definidas no Programa.

As entrevistas realizadas com gestores e usuários do PMM revelaram bom grau de aceitação no Estado do Rio Grande do Sul, haja vista que os profissionais representam a presença de médico em locais que havia vazios assistenciais.

A seguir gráfico demonstrando, no âmbito do Estado, a quantidade de médicos participantes do Programa Mais Médicos:

⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Mais Médicos : orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013



Fonte: Sistema SGE – Secretaria Estadual da Saúde. Distribuição de médicos que participam do Programa Mais Médicos. Competência 2014.

Nesse contexto, face à prerrogativa institucional e estratégica desempenhada pela Secretaria Estadual de Saúde, por imposição da Portaria Ministerial Nº 2.488/2011, entende-se que cumpre à esta instância da rede de atenção à saúde, a partir de diagnóstico aprofundado da realidade, formular políticas, em articulação com o Ministério da Saúde e municípios, tendentes a conferir padrão que harmonize as relações de trabalho, oferta de serviços inerentes à AB em quantidade e qualidade (modelo ESF), consentâneos com as necessidades de cada município., **recomenda-se à SES:**

A - adotar providências no sentido de formular políticas públicas e regulamentos que busquem resolver o problema da precariedade dos vínculos de trabalho e a permanência dos profissionais na Atenção Básica, que afetam diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde;

B - promover a articulação com o governo federal e os municípios, para discutir, programar e aperfeiçoar a política de financiamento da Atenção Básica, por meio das comissões intergestores vinculados à Saúde;

C - apoiar institucional e tecnicamente os municípios com vistas à elaboração de levantamento e diagnóstico atualizados das necessidades de alocação de pessoal para a Atenção Básica, devendo ser considerado o perfil epidemiológico, a população coberta por equipes e a composição das equipes multiprofissionais. Nesse sentido, destaca-se a necessidade da SES revisar sistematicamente os dados dos profissionais de saúde inseridos pelos municípios no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

5.2. Educação Permanente

Considerando a velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a multiplicidade e diversidade de profissionais e de serviços, a universalização da cobertura populacional para atender a integralidade na atenção à saúde, faz com que se torne muito complexo a atualização permanente dos profissionais da saúde.

Com a finalidade de enfrentar esse desafio e fortalecer os serviços de saúde é necessário que haja o aperfeiçoamento da organização dos serviços, bem como a reorganização das práticas de saúde por meio do investimento na capacitação dos profissionais técnicos e gestores, buscando a garantia da proteção integral à saúde dos usuários.

Desde sua promulgação, a Constituição Federal atribui como uma das competências do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e “incrementar na sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico”, conforme artigo 200, inciso III e V.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/1990), nos arts. 12 e 13, indica a criação de comissões intersetoriais com a finalidade de articular programas e políticas de interesse para a saúde, entre elas os recursos humanos e a ciência e tecnologia. E, nos termos do art. 14, afirma que “deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre serviços de saúde e instituições de ensino profissional e superior”, com a finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS.

A construção de um SUS com qualidade e resolutividade, que atenda às necessidades dos indivíduos e populações, passa pela qualificação da gestão, da atenção, do controle social e da educação popular em saúde.

O Ministério da Saúde, ao propor um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do SUS, encontra soluções de execução nacional para uma Política de Educação Permanente em Saúde, para garantir oferta efetiva significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais da saúde e para diferentes segmentos da população.

A mudança na estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde de formação dos profissionais de saúde se iniciou na América Latina anteriormente à implantação da Política de Educação Permanente no Brasil. Na década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços,

introduziu o debate para a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas de saúde. A partir da constatação de que o planejamento das ações em saúde tinha íntima relação com o planejamento dos recursos humanos disponíveis, a OPAS iniciou pesquisas nos países latino-americanos com o intuito de desenvolver alternativas efetivas na formação dos profissionais de saúde.

A proposta de educação permanente, disseminada pela América Latina como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, admite que o conhecimento tenha origem na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados.

Segundo o Ministério da Saúde, a Educação Permanente é uma proposta de ação estratégica na qual os universos da formação e do trabalho se encontram, mostrando-se uma solução ideal para a problematização da qualificação do profissional, e no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e se desenvolve a partir dos problemas diários que ocorrem no *lôcus* de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe.

É importante abrir aqui um parêntese, a respeito dos conceitos de educação continuada e educação permanente em saúde. Muitas vezes, em saúde pública, utilizam-se os dois termos como sinônimos, podendo ser atribuídos tanto aos programas pontuais de capacitação inicial para o trabalho ou atualização científica e tecnológica, como para serviços incluídos nos organogramas oficiais das instituições de saúde.

A educação continuada pode ser definida como um conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do profissional, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. Assim, a educação continuada está voltada para a aquisição de conhecimento específico, com cursos previamente estruturados para aquisição ou aprimoramento de uma técnica, visando melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha. (Silva et al, 1989 – Nunes, 1993). Compreende as atividades de ensino com finalidade mais restrita de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais.

Por outro lado, a educação permanente envolve as mudanças das estratégias de organização e do exercício da atenção que passam a ser problematizadas, compreendendo uma lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar.

A proposta de educação permanente em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, estrategicamente, prevê transformar e qualificar as ações e os serviços, os processos formativos, as práticas pedagógicas e de saúde.

Para tanto, a proposta educativa está destinada à aprendizagem no trabalho, onde aprender e ensinar se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Nessa, se propõe um processo educativo, que tem como base a aprendizagem significativa.

Diante da necessidade de profissionais qualificados, a proposta de educação permanente, que considere as especificidades regionais com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço que se oferece à população, constitui-se num instrumento pedagógico de transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos profissionais no plano individual e coletivo.

Portanto, a educação permanente busca transformar as práticas profissionais existentes através de respostas construídas a partir da reflexão dos profissionais, gestores, usuários e demais atores sociais. Transcendem a simples transmissão de conhecimentos e saberes técnicos, característicos da educação continuada, que não garantem as transformações necessárias nas formas de atenção, gestão e educação. O processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem.

Nesse sentido, é preciso ter presente que a educação permanente conceituada como aprendizagem no trabalho, proposta pelo Ministério da Saúde, está baseada em aprendizagens significativas implicando reconhecer e compreender a subjetividade e complexidade, para, a partir disso, agir sobre processos de trabalho e desenvolver ações factíveis. Mas, é preciso deixar claro, que tanto a educação continuada como a permanente são necessárias para o aperfeiçoamento e qualificação do SUS, e, para tanto, ambas devem estar conjugadas.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, “*o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho*”.

A PNAB estabelece que todas as esferas de governo são responsáveis pelo desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizando os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes.

Cabe às secretarias estaduais de saúde disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde, bem como, articular instituições, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de AB e das equipes de saúde da família - eSF. Compete às secretarias municipais desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de AB e das eSF.

Por outro lado, cabe a todos os membros das equipes de AB, como enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem e médicos, contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

A política de educação permanente tem como princípio basilar qualificar os profissionais da saúde, com o intuito de melhorar a assistência prestada e modificar a atenção de um modelo biologicista de doença para um modelo higienista/preventivista/social.

A concepção da política teve início com a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, onde o Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Por meio dela, foram introduzidos os espaços regionais de planejamento e gestão que tomam forma nos Colegiados de Gestão Regional — denominados de Comissão Intergestores Regional (CIR) a partir da Resolução CIB/RS Nº 405/2011 — dos quais participam todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde. Outro aspecto introduzido diz respeito à ênfase na Educação Permanente. A integração entre as ações de educação e trabalho com a política

de saúde foi pontual, embora a Lei Nº 8.080/90 (art. 14) tivesse determinado a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS.

O primeiro momento da política ocorreu em 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), na estrutura do Ministério da Saúde, com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

O momento principal da Política de Educação na Saúde teve início em 2004, por meio da Portaria nº 198/04, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos profissionais para o setor. A partir da referida portaria foram configurados os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para o SUS, concebidos como instâncias interinstitucionais e loco regionais de articulação. Ocorre, neste período, a ampliação do público-alvo das atividades de capacitação dos Polos, não mais voltados exclusivamente para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, mas passando a abranger todos os demais integrantes do Sistema de Saúde.

Em sua concepção atual, o êxito da Política Nacional de Educação Permanente depende fortemente da estruturação das CIR e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), envolvendo a descentralização da política de saúde com ações de fortalecimento dessa política via qualificação dos profissionais da saúde. Mais ainda, configurando o papel articulador dos estados na conformação e capacidades das CIR e dos CIES.

No Estado do Rio Grande do Sul, a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde cabe as CIR, com o apoio das CIESSs, instituídas em diferentes Coordenadorias de Regionais de Saúde (CRSs). A Rede de Educação em Saúde Coletiva no Estado do Rio Grande do Sul foi instituída pela Resolução CIB/RS Nº 590/2013.

As CIR são a instância de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formada pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e com a representação do gestor estadual. Tem como atribuição construir coletivamente, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, para a educação na saúde.

Com relação à administração do setor saúde, os municípios estão divididos em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), que têm o objetivo de implementar as políticas públicas em âmbito regional. A cada CRS corresponde uma CIES.

As áreas de abrangência de cada CIESS no Estado do Rio Grande do Sul, distribuídas em sete macrorregiões concernentes às CRSs, estão demonstradas no Quadro 1.

Quadro 05 Área de Abrangência das CIES no Rio Grande do Sul		
Macrorregião	CRS/CIES	Município
I - Metropolitana	1ª CRS	Porto Alegre
	2ª CRS	Porto Alegre
	18ª CRS	Osório
II – Centro-Oeste	4ª CRS	Santa Maria
	10ª CRS	Alegrete
III - Missioneira	9ª CRS	Cruz Alta
	12ª CRS	Santo Ângelo
	14ª CRS	Santa Rosa
	17ª CRS	Ijuí
IV - Norte	6ª CRS	Passo Fundo
	11ª CRS	Erechim
	15ª CRS	Palmeira das Missões
	19ª CRS	Frederico Westphalen
V - Serrana	5ª CRS	Caxias do Sul
VI - Vales	8ª CRS	Cachoeira do Sul
	13ª CRS	Santa Cruz do Sul
	16ª CRS	Lajeado
VII - Sul	3ª CRS	Pelotas
	7ª CRS	Bagé

Conforme o Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, as atividades de formação, qualificação e de educação permanente são de responsabilidade do gestor estadual, sendo desenvolvidas por meio da Escola de Saúde Pública (ESP), em parceria com os municípios e com outras instituições de ensino superior, técnico e tecnológico. A implementação dos projetos ocorre de forma descentralizada pela ESP, contando com uma rede de suporte educacional existente nas regiões, macrorregiões e nos municípios.

Por meio do Decreto Nº 43.069/2004 foi incluída na Estrutura básica da SES/RS a Escola Técnica em Saúde, o que possibilitou a criação da Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul - ETSUS/RS, através do Decreto nº 45.560/2008, que ainda estão em fase de estruturação nas diferentes regiões do Estado.

Desde que foi implantada a ETSUS vem cumprindo as etapas legais estabelecidas para credenciamento e aprovação dos cursos pelo Conselho Estadual de Educação (CEED). A criação da escola recebeu parecer favorável do CEED em janeiro de 2008.

Ficou estabelecido, a partir do parecer jurídico AJ/SES nº 303/2010, que sendo a ESP/RS um departamento, já previsto no Decreto Estadual nº 44.050/2005, a ETSUS constitui-se como uma divisão interna da ESP/RS, devendo ser acrescentada ao referido Decreto. Essa alteração legal não foi realizada, porém tal fato, segundo o mesmo parecer, “*não a torna administrativamente independente, pois não há sentido administrativo manter-se dois setores desta Pasta diferentes atuando na mesma área, mas sim integrarem-se plenamente*”. Nesse sentido, a ETSUS constitui-se como uma das coordenações/divisões da ESP/RS intitulada Coordenação de Educação Profissional. Para o funcionamento como escola autorizada pelo Ministério da Educação, a ETSUS precisa credenciar-se no CEED, mas antes é preciso organizar instalações, equipamentos e corpo técnico-pedagógico habilitado para exercer as atividades docentes.

Os programas, projetos e ações de educação profissional executados/coordenados pela ESP/RS, atendem prioritariamente, as demandas regionais de formação técnica de nível médio em saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Na educação profissional, a ESP/RS destaca-se, além da formação de Agentes Comunitários de Saúde, pelos Cursos de Qualificação em Redução de Danos, Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso e Auxiliar de Saúde Bucal realizados com recursos federais (Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS, Política de Educação Permanente em Saúde - EPS, Agentes Comunitários de Saúde - ACS).

As Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs) possuem papel de responsabilidade pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento do sistema regional de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, operacional e de diálogo com os municípios, com o objetivo político de organizar os sistemas e serviços de saúde, segundo os princípios do SUS. Nas CRS existem os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), instâncias descentralizadas da Escola de Saúde Pública.

O NURESC é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos profissionais do SUS em Saúde Coletiva, através da educação continuada, junto aos Municípios e CRS, firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

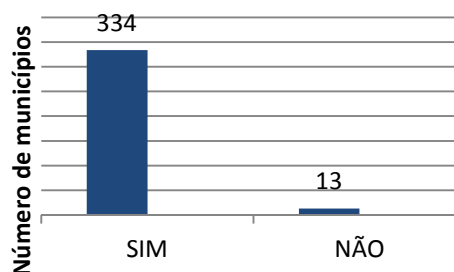
Cabe à Comissão Intergestores Bipartite – CIB, elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (Portaria nº 1996/GM/MS).

Considerando as diretrizes e princípios da AB, os aspectos destacados anteriormente e as evidências da auditoria realizada, tanto no questionário eletrônico como nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, verifica-se que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde não está plenamente consolidada nos âmbitos estadual e municipais.

Destaca-se o fato de que o Estado não tem documentação que trate unicamente da Política e do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Consta no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 a Diretriz que prevê o “ *incentivo às ações de educação e pesquisa em saúde, tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul , fortalecendo a Escola de Saúde Pública como polo de formação de trabalhadores, gestores e de conselheiros da saúde*”.

Também é atribuição da Escola da Saúde Pública do Estado promover e estimular ações articuladas com as Secretarias Municipais de Saúde e os Conselhos de Saúde, oferecendo assessoria técnica e orientação para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde coletiva. Assim, verifica-se, por meio das respostas aos questionários eletrônicos, que cerca de 89,3% dos Secretários Municipais de Saúde entenderam que há articulação da Secretaria Estadual de Saúde com as secretarias municipais, com a finalidade de formação e educação permanente de gestores e profissionais da saúde, e cerca de 96,3% confirmam que a Secretaria Estadual da Saúde disponibilizou capacitações para os municípios nos últimos três anos.

Eixo I - Q 13 - Gestão de Pessoas
A SES disponibilizou capacitações para o seu município nos últimos 3 anos?



Entretanto, a grande maioria das entrevistas realizadas com os mais diversos profissionais da saúde revelou que os cursos oportunizados estão vinculados à implantação de programas e estratégias do governo federal e estadual, porém sua dinâmica restringe-se a leitura de decretos e de apostilas referentes às matérias. As críticas reveladas na pesquisa eletrônica, quanto aos cursos disponibilizados pela Secretaria da Saúde dizem respeito a: periodicidade da disponibilização dos cursos (30% dos respondentes informaram que a periodicidade é apenas anual para gestores); inexistência/desconhecimento da programação anual dos cursos que serão disponibilizados, impossibilitando o planejamento e organização dos serviços prestados nos municípios e a participação dos profissionais da saúde e gestores; inexistência de cursos específicos sobre a prestação de contas para gestores (relativo a gastos dos programas e recursos federais e estaduais); e falta de informações precisas sobre cada curso, como objetivos, público alvo, conteúdo programático, etc. Destaca-se, entretanto, que muitos secretários municipais de saúde informaram que nas reuniões nas CRS e nas CIR determinadas questões são discutidas e esclarecidas, servindo de instrumento indispensável na articulação com os municípios, o que deve ser entendido como exemplo de educação permanente.

Para cumprir as diretrizes propostas para o Estado é importante o fortalecimento político, pedagógico, físico e administrativo da Escola de Saúde Pública do Estado, principalmente com relação ao ETSUS/RS, possibilitando a ampliação e qualificação da formação dos profissionais da saúde da AB. As dificuldades apresentadas para efetivação das ações por parte da Escola de Saúde Pública, compreendendo desde o credenciamento da ETSUS/RS, fator que causa transtornos na formação dentro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a falta de recursos humanos e materiais, inclusive nas unidades das CRS impactam negativamente na qualificação do atendimento e na formação dos profissionais da saúde e gestores que atuam na AB.

Com base na Portaria MS/GM Nº 1996/2007, cabe as CIR, que sucederam os colegiados de gestão regional, definir e construir o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde para cada região, e às CIES apoiar e cooperar tecnicamente com as CIR para a construção dos planos na sua área de abrangência. Nas entrevistas realizadas pela Equipe de Auditoria verificou-se que o processo de concretização dos Planos Municipais de Educação Permanente em Saúde, assim como do Plano Regional da Educação Permanente em Saúde, ainda não se efetivou adequadamente.

Cabe aqui salientar que é atribuição da Comissão Intergestora Bipartite – CIB a elaboração e a pactuação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, cumprindo ao Conselho Estadual de Saúde definir as diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, bem como a aprovação destes instrumentos.

Destaca-se que cabe às CRS – por meio dos NURESC – o papel de orientar e apoiar os municípios a levantarem seus problemas, discutir o perfil epidemiológico municipal para formatar as demandas de formação em educação permanente e concretizar o plano municipal. As CIES possuem um papel preponderante na condução dos planos regionais de educação permanente em saúde. Evidencia-se sua importância na implementação da educação permanente em saúde, principalmente na articulação interinstitucional e nas diversas formas de apoiar e intervir no processo de construção coletiva de propostas, estabelecendo rodas de sensibilização e pactuação para a ativação nas práticas de educação permanente em saúde.

A deficiência ou inexistência do diagnóstico das necessidades de formação e de educação permanente para gestores da AB e para profissionais de saúde junto aos municípios ficou demonstrada na pesquisa, onde praticamente 50% dos secretários municipais informam que não há levantamento das necessidades de capacitação nos municípios.

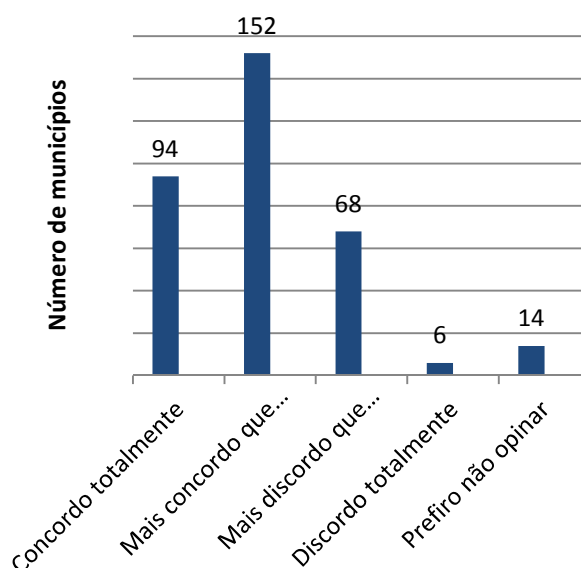
A educação permanente, para o gestor estadual, sempre se dará em dois níveis. O primeiro está voltado à qualificação de seu próprio pessoal, relacionado às funções desenvolvidas e à complexidade de atividades de competência da Secretaria Estadual. Essa complexidade de gestão do sistema exige, necessariamente, três grandes competências: negociação, gestão da informação e apoio técnico. No segundo nível, deve atuar no sentido de transferir tecnologias, compreender e identificar as dificuldades específicas dos municípios.

Além dessas competências, algumas outras devem ser aprimoradas como a gestão e regulação de sistemas regionais de saúde – capacidade para identificação de necessidades, planejamento, avaliação e controle em âmbito regional; identificação e disseminação de novas tecnologias e boas práticas gerenciais, além do já referido apoio técnico aos municípios.

Outro dado obtido no questionário eletrônico refere-se à percepção quanto a aplicabilidade dos cursos oferecidos pela Secretaria Estadual da Saúde para os gestores e profissionais da saúde que atuam na AB. Verificou-se o baixo percentual de 28,14% de respostas sinalizando que os cursos/capacitações oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde são perfeitamente aplicáveis às necessidades do trabalho. Dentro das justificativas apresentadas para a aplicabilidade consta que os cursos são ministrados por profissionais que não dominam totalmente a matéria com relação à prática no trabalho; são por vezes ofertados com pouca antecedência; distante da realidade dos pequenos municípios e sem considerar o perfil epidemiológico.

Eixo I - Q 18 - Gestão de Pessoas

Qual sua opinião quanto à afirmação: "Os cursos/capacitações oferecidos pela SES para os gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica de meu município são PERFEITAMENTE APLICÁVEIS às necessidades de traba



Contudo, quando questionado se a Secretaria da Saúde disponibiliza instrumentos técnicos e pedagógicos que orientem e facilitem o processo de formação e educação permanente, cerca de 70 % das respostas foram afirmativas, com destaque a três destes: protocolos (49,2%); panfletos (79,7%); materiais didáticos, como apostilas, cartilhas, etc (89,0%).

Destaca-se o Serviço *TelessaúdeRS* como uma importante ferramenta técnica e pedagógica disponibilizada aos profissionais da saúde da AB.

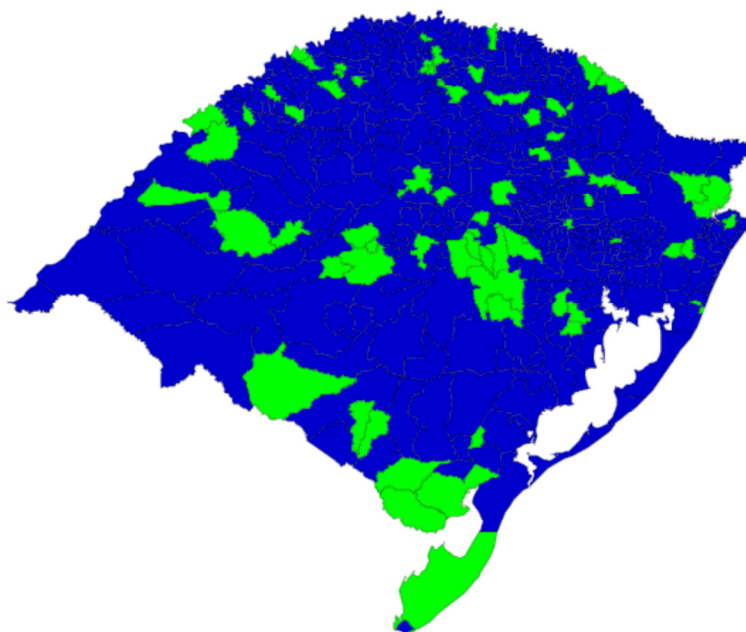
A criação da Comissão Permanente de Telessaúde (Portaria GM/MS Nº 561/2006) deu início às discussões para facilitar a estruturação de telemedicina e telessaúde no país. Em janeiro de 2007, foi instituído, no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde, com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde, e, sobretudo, de educação permanente de saúde da família. Visa à educação para o trabalho, que resulte na qualidade do atendimento da Atenção Primária (Portaria GM/MS Nº 35/2007). Além disso, essa ferramenta pretende integrar as equipes de Saúde da Família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em Atenção Primária, diminuindo o custo de saúde mediante a qualificação profissional, reduzindo a quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes, bem como pelo aumento de atividades na prevenção de doenças.

O programa prevê a implantação de infraestrutura de informática de telecomunicação para o desenvolvimento contínuo à distância dos profissionais das equipes de saúde da família, a partir da utilização de multimeios (biblioteca virtual, videoconferência, canais públicos de televisão,

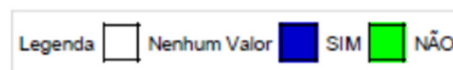
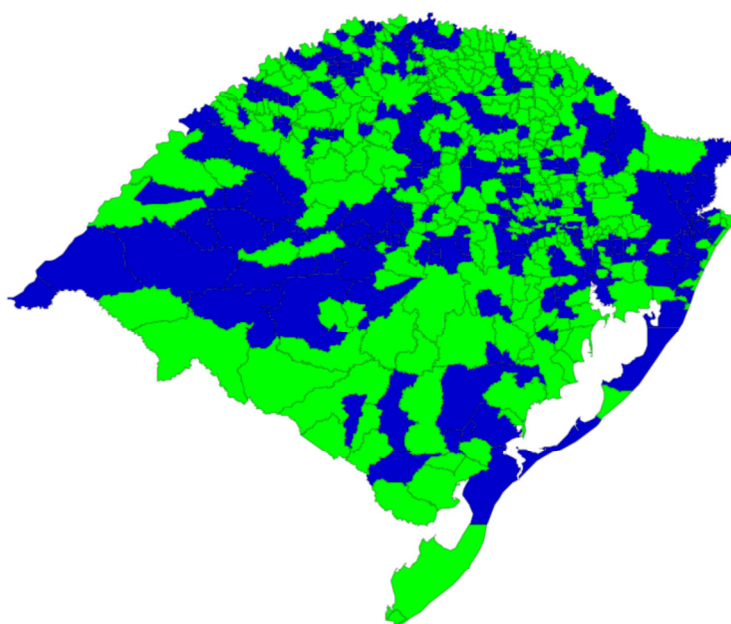
vídeo streaming e chats); a estruturação de um sistema de consultoria e segunda opinião educacional entre especialistas em medicina de família e comunidade e preceptores de saúde da família, profissionais da AB e instituições de ensino superior, e disponibiliza capacitação para o uso das tecnologias de informação e comunicação.

O TelessaúdeRS é oriundo do convênio firmado entre a UFRGS e a Secretaria Estadual. Suas ações são realizadas devido ao apoio técnico e financeiro da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Atenção Básica, ambos do Ministério da Saúde (DAB/MS), nos termos da Portaria GM/MS Nº 2.546/11. O TelessaúdeRS compreende o núcleo de Telessaúde, a Teleconsultoria, a Segunda Opinião Formativa, a Teleeducação e o Telediagnóstico. É dirigido a todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde da família.

Nos mapas apresentados abaixo mostramos abrangência de atuação das capacitações realizadas pelo TelessaúdeRS no âmbito do municípios gaúchos.



Municípios onde ocorreram as capacitação in loco pela Equipe do TelessaúdeRS. Competência 2014. Fonte: Sistema de Gestão Estratégica da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.



Municípios onde ocorreram as capacitação à distancia (WEB) pela Equipe do TelessaúdeRS. Competência 2014. Fonte: Sistema de Gestão Estratégica da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

Outra atuação de destaque é a realização das Mostras da Atenção Básica, realizadas no Estado desde 2005. A Secretaria Estadual de Saúde, com o propósito de promover a troca das experiências e conhecimentos acumulados, busca fomentar, por meio das mostras de saúde, espaço de reflexão, intercâmbio de vivências, discussão e divulgação das estratégias implementadas de qualificação da AB e valorização dos profissionais da saúde e gestores. O potencial dessa ferramenta de educação permanente é evidenciado no contingente de profissionais de saúde envolvidos na implantação do modelo de atenção à saúde.

No decorrer dos anos, experiências inovadoras e conhecimentos relevantes têm sido acumulados pelos serviços de saúde e instituições de ensino e pesquisa, com os relatos de experiências, estudos ou pesquisas, a partir do esforço de profissionais de saúde, gestores e pesquisadores. A diversidade das lições aprendidas e o aumento da produção científica nessa área constituem importante estímulo para o debate acerca dos limites e possibilidades da AB como eixo estruturante da organização da atenção à saúde no SUS.

Deve-se mencionar também que a PNAB prevê, como atribuição da SES, o apoio institucional aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da AB. No Estado do RS a PEAB, estabelecida na Resolução CIB/RS Nº 678/2014, também prevê a realização do apoio institucional. Entre os espaços de encontro, destacam-se os Colegiados Regionais de Atenção Básica, voltados para os profissionais de saúde e gestores municipais.

Espaços de discussão e reflexão como as mostras em saúde são essenciais para o fortalecimento da AB, constituindo oportunidades singulares de socialização de elementos teóricos, no intuito de melhorar a qualidade na prestação dos serviços ofertados.

Diante do exposto, e visando a contribuir para a melhoria do desempenho da AB, recomenda-se à Secretaria Estadual da Saúde:

D - envidar esforços para a elaboração dos Planos de Educação Permanente em Saúde (estadual e regionais), assim como orientar e apoiar os municípios na construção dos Planos Municipais de Educação Permanente em Saúde;

E - adotar medidas buscando a promoção das capacitações, com a coordenação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), dando prioridade para a realização dos eventos por regiões, procurando oferecer logística que facilite a locomoção e acesso aos gestores e profissionais de saúde;

F – realizar, por meio dos colegiados, mediados pelas CRS e ESP, levantamento das necessidades de capacitação de gestores e profissionais de saúde, garantindo suas participação na identificação destas necessidades.

G – realizar planejamento anual dos cursos de formação e capacitação em saúde, com a devida divulgação dos cronogramas, com antecedência razoável para o conhecimento de gestores e profissionais de AB dos municípios;

H - criar instrumentos de avaliação tendentes a mensurar a qualidade e aprendizado dos conteúdos ofertados nas capacitações, bem como mecanismos de disseminação do conhecimento.

Entende-se que os esforços para garantir a devida oferta de educação permanente deverão acusar reflexos positivos nas condições de trabalho, com vistas à maior qualidade e resolubilidade dos serviços prestados na atenção básica de saúde, em benefício dos usuários do SUS.

6. PLANEJAMENTO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A análise quanto ao planejamento, monitoramento e avaliação em saúde, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, foi desenvolvida face às verificações sobre as ações da SES tendo como parâmetro o formato proposto no Plano Estadual de Saúde (PES), período 2012-2015 *versus* as realizações verificadas em campo, documentos, consulta ao Sistema de Gestão Estratégica (SGE)⁷, entrevistas e respostas lançadas no questionário eletrônico padrão dirigido aos gestores municipais.

O planejamento compreende “o processo pelo qual se definem os caminhos a serem tomados para chegar à situação que se deseja. Significa, portanto, definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais para que se chegue à condição definida como desejável.”⁸

O Decreto Presidencial Nº 7.508/2011 e a Lei Complementar Nº 141/2012 inserem o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão. Sendo este um processo ascendente e integrado, do nível local ao federal, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e estabelecendo indicadores de desempenho com as respectivas metas.

A Portaria MS/GM Nº 2.135/2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, dispõe no parágrafo único do artigo primeiro que:

... O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

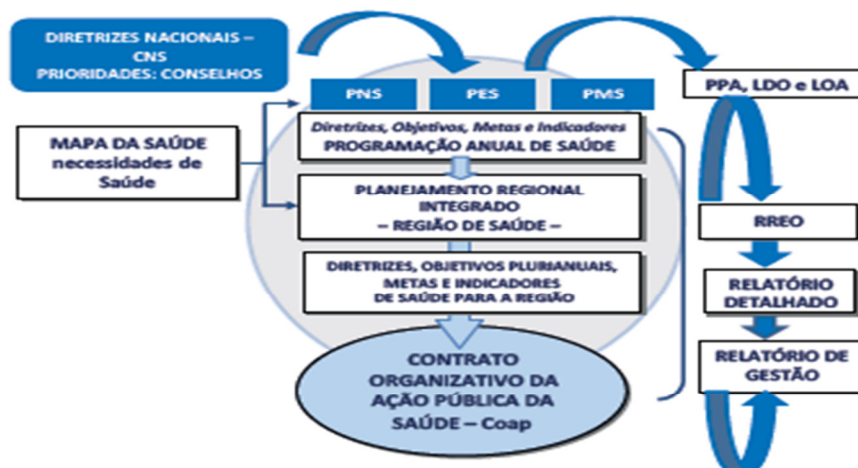
- I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.*
- II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).*
- III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.*
- IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.*
- V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;*
- VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;*
- VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.*

A Figura a seguir destaca a necessidade de que o planejamento da saúde seja feito de forma integrada entre as esferas de gestão, realizado no âmbito regional, partindo do

⁷ Sistema de Gestão Estratégica da Secretaria de Estado da Saúde (SGE/SES-RS) é um ambiente virtual pelo qual a Secretaria Estadual disponibiliza suas informações gerenciais. Pode ser acessada pelo público em geral, pelo site da internet: <http://ti.saude.rs.gov.br/sge/>;

⁸ FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008. Planejamento e Programação em Saúde. Captado em 18/12/14, no site www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp.pdf.

reconhecimento das dinâmicas presentes nos territórios e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região; e observa as diretrizes, objetivos e metas estabelecidos nos planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos respectivos conselhos de saúde.



Fonte: Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIG/SGEP/MS).

Planejamento não deve ser confundido com a mera produção de planos, programações e relatórios. A elaboração destes instrumentos somente surtirá efeitos se eles forem elaborados de forma coletiva e participativa, de tal sorte que os envolvidos se sensibilizem e se comprometam com a transformação de certa realidade insatisfatória.

Não basta a um plano enunciar que as taxas de mortalidade infantil devem ser reduzidas. Até aí, esta é a expressão subjetiva de um desejo. É necessário que o plano, em seu diagnóstico, identifique as razões de taxas altas de mortalidade e que sejam elaboradas estratégias para enfrentar estas causas.

Outro exemplo: é comum encontrarem-se “planos” que propõem a realização de um determinado número de consultas e outros procedimentos (em geral, propostas de aumento significativo) ou novos investimentos em recursos – físicos, humanos ou financeiros – sem que em nenhum momento seja considerado de que forma as ações propostas modificarão a situação atual – e menos ainda que impacto terão sobre as condições de saúde da população ou grupos a que se destinam.

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

- identificar problemas – atuais e futuros;
- identificar os fatores que contribuem para a situação observada;
- identificar e definir prioridades de intervenção objetivando programar soluções;
- definir estratégias/cursos de ação que podem ser seguidos para solucionar os problemas;
- definir os responsáveis pelo desenvolvimento destas ações;
- definir os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que

se propôs realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados.

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

A avaliação “é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo mais racional e efetivo.”⁹. Nessa linha, a PEAB estabelecida pela Resolução CIB/RS Nº 678/2014 coloca a Avaliação e Monitoramento como Eixo Estruturante. Cita-se:

Os processos de avaliação e monitoramento são indispensáveis para uma gestão pública em saúde eficiente, com acompanhamento e análise da produção oriunda de serviços e ações, permitindo uma reorientação estratégica em suas práticas. Auxiliam a compreender se realmente ocorreram as mudanças previstas na implementação de determinados programas ou políticas e, na ocorrência, se estas realmente são fruto das ações e projetos de financiamento realizados. Facilitam tomadas de decisão e julgamentos, uma vez que coligem e analisam sistematicamente informações, visando elevar o impacto dos programas e ações em saúde. Contemplam um conjunto de processos de trabalho sistemáticos e continuados que visam o acompanhamento e análise de dados e indicadores de saúde proveniente de ações e serviços de saúde, das diversas políticas e ações implementadas ou em processo de implementação, identificando dados em tempo hábil para viabilizar uma tomada de decisão mais assertiva e de maior impacto.

O monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde é uma responsabilidade das equipes das secretarias estaduais e municipais de saúde¹⁰. Busca-se, por um lado, “(a) avaliar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; (b) acompanhar os efeitos das ações em saúde; (c) identificar e superar dificuldades; enfim, (d) retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades”¹¹; por outro, entende-se que avaliar é uma forma de participação na construção e aperfeiçoamento do SUS. É a oportunidade dos diferentes atores participarem da configuração almejada ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social.

Relaciona-se a seguir a Pactuação Estadual de Metas para o período de 2013 – 2015, segundo Diretrizes e Objetivos do PES 2012-2015:

Quadro 06									
Diretriz 1 - Atenção à Saúde									
Objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Básica									
Nº	Tipo	Indicador	Unid.	Série histórica					
				2008	2009	2010	2011	2012	2013

⁹ Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE. Uma Proposta Conceitual e Metodológica. Manual de Orientações Técnicas. Porto Alegre, Jan. 2007.

¹⁰ Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004. 76p. (CONASS Documenta; 7).

¹¹ Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. Avaliação como estratégia de mudança da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. ABRASCO, 2006.

1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	%	62.96	64.62	64.16	64.48	67.6	66.92
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)	%	29.94	28.86	29.00	27.80	27.61	26.61
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	%	50.92	55.7	60.61	62.22	67.27	63.59
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS	N. Absol	...	...	...	...	1368	1260

Objetivo 5 - Implantar Redes Temáticas e Linhas de Cuidado

Rede Cegonha

Nº	Tipo	Indicador	Unid.	Série histórica					
				2008	2009	2010	2011	2012	2013
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	%	46.27	44.3	41.9	39.72	38.00	37.40
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.	%	71.32	71.20	72.80	70.70	71.1	71.98
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.	Razão	0.52	0.56	0.53	0.62	0.63	0.03
23	U	NÚMERO DE OBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.	N. Absol	82	75	78	67	92	57
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS	%			87.18	97.01	85.87	95.30
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	%	-	9.68	79.65	88.14	83.8	72.20
1	RS	PROPORÇÃO DE MENORES DE TRÊS ANOS DE IDADE ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	%	3.79	4.63	4.44	4.80	4.36	4.36

Rede de Atenção Psicossocial

29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	/100.000	0.81	0.9	1.17	1.38	1.44	1.24
----	---	---	----------	------	-----	------	------	------	------

Linhas de Cuidado

Saúde da Criança

Nº	Tipo	Indicador	Unid.	Série histórica					
				2008	2009	2010	2011	2012	2013
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	/1000	12.76	11.54	11.2	11.44	10.7	10.47
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS	%	-	24.95	72.54	77.86	77.99	86.06

Saúde da Mulher

18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	Razão	0.55	0.54	0.53	0.53	0.51	0.51
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	Razão	0.18	0.12	0.14	0.16	0.31	0.35

Saúde do Idoso

30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	/100.000			386.60	386.00	380.40	398.70
----	---	--	----------	--	--	--------	--------	--------	--------

Saúde Bucal

4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.	%	34.65	36.62	36.7	38.33	39.41	47.71
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	%	1.27	1.89	2.85	3.21	1.96	1.92

6	E	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS	%			8.85	16.67	9.27	8.28
DST/AIDS									
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	N. Absol	330	423	465	645	842	939
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	N. Absol	121	113	101	107	44	79
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3	%	...	...	...	...	34.50	23.00
44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS (para municípios e regiões constantes do Instrutivo Estadual)	N. Absol	85.090	99.743	103.804	120.691	127.879	142.501
Saúde do Trabalhador									
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.	%	10.48	12.7	20.77	27.82	26.21	38.63
2	RS	Nº DE NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DETECTADOS ATRAVÉS DO SIST E DO SINAN (p/ todos os municípios)	nº absol			29.678	36.712	41.695	
3	RS	PERCENTUAL DE ÓBITOS RELACIONADOS AO TRABALHO INVESTIGADOS (p/ todos os municípios)	%			93.00	116.00	101.00	

Quadro 07 Diretriz 2 - Gestão em Saúde									
Objetivo 6 - Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS									
Nº	Tipo	Indicador	Unid.	Série histórica					
				2008	2009	2010	2011	2012	2013
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE	N. Absol						1
Objetivo 8 - Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS									
Nº	Tipo	Indicador	Unid.	Série histórica					
				2008	2009	2010	2011	2012	2013
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS	N. Absol	...	...	...	...	...	1.00
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS	%	-	1.41	1.81	3.63	4.84	4.23
Objetivo 13 - Promover e Qualificar a Gestão do Trabalho em saúde									
Nº	Tipo	Indicador	Unid.	Série histórica					
				2008	2009	2010	2011	2012	Realizado 2013
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS	%						

Quadro 08 Diretriz 3 - Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva									
Objetivo 14 – Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde									
Nº	Tipo	Indicador	Unid.	Série histórica					

				2008	2009	2010	2011	2012	Realizado 2013
57	U	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS	%						
FONTE: PES 2012-2015 e site da SES.									

É importante reconhecer os esforços da SES para a implantação do Monitoramento e Avaliação no Estado, devendo-se destacar a publicação do manual denominado MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE - Uma Proposta Conceitual e Metodológica em 2007 e o desenvolvimento e disponibilização para consulta pública do Sistema de Gestão Estratégica – SGE, consolidando informações de diferentes fontes e permitindo sua visualização por município, região de saúde ou CRS, no final de 2014.

6.1. – Baixa Institucionalização do Monitoramento e Avaliação do SUS no Âmbito do Estado do Rio Grande do Sul.

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. Institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas, o que requer pressupostos:

- **Técnicos** - definição de critérios, indicadores e instrumentos;
- **Culturais-organizacionais** - referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação e
- **Políticos** - relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde.

Definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da AB é responsabilidade da SES, segundo define a Portaria Ministerial Nº 2.488/2011. Ademais, segundo o Plano Estadual de Saúde (PES)¹²:

O processo de planejamento no âmbito da Gestão Estadual do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará induzir o processo de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, e promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento no nível estadual, será levado em conta o processo de planejamento regional e as diversidades existentes nas Regiões de Saúde do Estado, de modo a contribuir para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde e a melhoria do acesso, para a resolubilidade e para o aumento da qualidade, tanto da gestão, quanto das ações e serviços prestados à população gaúcha. Assim, o sistema de planejamento buscará implementar e difundir a cultura de planejamento, formulando metodologias e modelos para os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação. Além disso, deverá estimular a governança regional, por meio da implementação de estratégias de

¹² Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde - PES, 2012/2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013.

cooperação entre o Estado e os municípios.

O Plano Estadual de Saúde contemplou a institucionalização do monitoramento e avaliação do SUS (Quadro 06), porém não previu pressupostos de qualidade (técnicos, culturais, organizacionais, políticos, matemáticos, temporários e capacidade de gerar impacto positivo no setor) de tais planos. Ressalta-se que o indicador proposto para avaliar a institucionalização do monitoramento e avaliação é o percentual de planos de saúde enviados aos respectivos conselhos.

Quadro 10		
Definição de metas com vistas à Institucionalização do Monitoramento e Avaliação:		
Metas 2012-2015:	Quantidades/Metas	
	Realizado Implantado	Pendente
Manter 20 Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em atividade.	x	
Publicar 11 Instrumentos de Gestão do SUS.	x	
Plano de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.	Pendente	Pendente

Não existe ferramenta específica para elaborar o Plano Municipal de Saúde (PMS) ou a Programação Anual de Saúde (PAS), mas é plausível criar mecanismos para se padronizar o processo, deixando-o de forma pragmática, atendendo ao disposto nos artigos 3º e 4º da Portaria MS/GM Nº 2.135/2013.

Desse modo, os planos de saúde e as programações anuais devem considerar:

PLANOS DE SAÚDE

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

- a) estrutura do sistema de saúde;*
- b) redes de atenção à saúde;*
- c) condições socio sanitárias;*
- d) fluxos de acesso;*
- e) recursos financeiros;*
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;*
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;*

II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - o processo de monitoramento e avaliação.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

I - a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.

II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e

III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS;

Existe uma grande importância da gestão operacional para as implantações das ferramentas de gestão e dos projetos. A relevância dos conselhos é destacada ao se verificar que

todos os instrumentos estampados no Quadro 11 devem passar por eles e possuir documento de aprovação, nos prazos determinados pela legislação.

Quadro 11 Cronograma de elaboração e aprovação dos instrumentos de gestão			
Instrumento	Periodicidade	Elaboração/ homologação	Revisão
Plano de Saúde (PS)	Quadrienal	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão seguinte.	Anual
Programação Anual de Saúde (PAS)	Anual	Até dezembro do ano anterior ao ano de execução.	-
Relatório Anual de Gestão (RAG)	Anual	Envio do RAG do ano anterior ao Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano em curso. Aprovação do Conselho Municipal de Saúde até 31 de maio do ano em curso.	-
Plano Diretor de Regionalização (PDR)	Quadrienal	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão seguinte.	Pode ser feita anualmente
Plano Plurianual (PPA)	Quadrienal	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso (até 31 de agosto). Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão seguinte.	Anual
Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	Anual	O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias deve ser encaminhado ao Poder Legislativo até 15 de abril do ano anterior à execução.	-
Lei Orçamentária Anual (LOA)	Anual	O projeto de Lei Orçamentária Anual deve ser encaminhado ao Poder Legislativo até 31 de agosto do ano anterior à execução.	-

Destaca-se que os conselhos de saúde possuem representatividade social nas três esferas governamentais, como consequência do modelo de democracia participativa e da diretriz de participação da comunidade nas ações e serviços públicos do SUS, previstas respectivamente no artigo 1º, parágrafo único, e artigo 198, inciso III, da Constituição Federal. Possuem representatividade de segmentos do governo; de prestadores de serviço privados conveniados, ou sem fins lucrativos; de trabalhadores de saúde e de entidades de usuários, atuando com caráter deliberativo e definindo critérios norteadores para a implementação da gestão das políticas públicas de saúde, de forma sintonizada com os interesses da coletividade. Como importante instrumento do processo de implementação do SUS, a Emenda Constitucional 29, que vinculou impostos e transferências constitucionais para aplicação de recursos em saúde, determinou que o acompanhamento e fiscalização dos recursos dos respectivos fundos de saúde sejam por eles exercidas.

6.2. - Planejamento, Monitoramento e Avaliação versus Realizações

A PNAB e o PES, em linhas gerais, definem que o gestor estadual é responsável pela coordenação e pelo desenvolvimento de estratégias de planejamento, monitoramento e de avaliação do SUS no âmbito do Estado. Dessa forma, deve contribuir com o processo de institucionalização do planejamento para a tomada de decisão dos gestores e condição necessária para avançar no

acompanhamento sistemático das políticas de saúde, tendo em vista a melhoria, a eficiência e a qualidade das ações desenvolvidas no setor saúde.

O Decreto Presidencial Nº 7.508/2011 desafia o gestor estadual a incentivar a produção de ações participativas de planejamento nas regiões de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário induzir estratégias de gestão que viabilizem a construção de novas metodologias de planejamento, monitoramento e de avaliação do SUS no cenário estadual. Também é importante qualificar os instrumentos de gestão do SUS, pois além de exigência legal, tratam-se de ferramentas que contribuem com os processos de gestão, controle e avaliação.

A SES elaborou o PES onde foram traçadas diretrizes, objetivos e metas, bem como definiu os indicadores de monitoramento para cada conjunto de metas traçadas para o período 2012-2015, definindo cinco projetos prioritários a serem acompanhados continuamente pelo Sistema de Monitoramento Estratégico da Sala de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SGE/SES), a saber:

- *Aqui tem Saúde - Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família;*
- *Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor;*
- *Ampliação e qualificação da Rede de Urgência e Emergência;*
- *Hospitais Públicos Regionais; e*
- *Política de Tecnologia da Informação no SUS do Rio Grande do Sul.*

O PES apresenta no primeiro capítulo a análise situacional contemplando as condições de saúde da população gaúcha, o desenho do território e a organização da atenção à saúde no Estado; discute a gestão do SUS, com ênfase no planejamento, monitoramento e avaliação, financiamento e investimentos, participação social, infraestrutura e tecnologia da informação, bem como a educação e a pesquisa em saúde coletiva. O segundo capítulo contém os objetivos, as metas e os indicadores de monitoramento propostos a partir dos problemas evidenciados na análise situacional em cada uma das três diretrizes estabelecidas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação e pesquisa em saúde coletiva.

Para a análise situacional, a partir do recorte territorial da região de saúde, a SES elegeu os indicadores que compuseram o diagnóstico. Os dados colhidos foram analisados e organizados em dezesseis objetivos, distribuídos em três grandes diretrizes¹³:

- Diretriz 1 - atenção à saúde;***
- Diretriz 2 - gestão em saúde;***
- Diretriz 3 - educação e pesquisa em saúde coletiva.***

Tal organização procurou evitar a fragmentação historicamente encontrada na proposição das políticas de saúde. Por fim, foram definidas as metas para os objetivos construídos a partir dos problemas evidenciados na análise situacional. Junto a isso, as discussões realizadas nas plenárias do Conselho Estadual de Saúde (CES) colaboraram para o desenho das políticas propostas e para a qualificação do Plano Estadual de Saúde.

Por questões operacionais, no espaço de tempo da execução da auditoria não seria possível avaliar a integralidade dos planos dos governos do Estado e dos Municípios do Rio Grande

¹³ Nesse item que aborda o M&A serão analisadas as diretrizes atenção à saúde e gestão e infraestrutura do SUS. O tema educação será analisado no item alocação e permanência deste relatório. O item pesquisa não será analisado, pois não é o foco do trabalho.

do Sul para a AB. Assim, respeitadas as peculiaridades dos Municípios, o PES 2012-2015 será considerado como instrumento de gestão aplicável em todo o território gaúcho e, a partir do qual, serão aferidas as ações de planejamento, monitoramento e avaliação e realizações das SES/SMS.

A título de delimitação do trabalho, decidiu-se aferir o Projeto denominado “RS na PAZ” e o “Objetivo 1 – Fortalecer a Atenção Básica”, que está dentre os objetivos da “Diretriz 1 – Atenção à Saúde”, ambos constantes no PES. Tais escolhas foram baseadas no critério de que os indicadores eleitos são praticamente os mesmos tanto no programa, quanto no objetivo selecionado e, principalmente, porque esses dizem respeito diretamente à proposta da auditoria: qualidade dos serviços prestados na atenção básica.

O Projeto RS na PAZ objetiva reduzir a violência no Estado, com foco na faixa etária entre 12 e 24 anos. É uma iniciativa transversal do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, composta por órgãos públicos e por treze secretarias de estado, coordenada pela Secretaria de Segurança Pública tendo em vista à redução da criminalidade, com a articulação de ações policiais e ações sociais nos territórios de maior vulnerabilidade. A Secretaria de Estado da Saúde, como integrante do Programa, desenvolve ações intersetoriais de promoção de saúde e cultura de paz, prevenção de violências e redução de riscos nos 50 municípios com maior índice de mortalidade por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito).

A ação integral em saúde, com recorte nas linhas de cuidado, promove a saúde, a Cultura de Paz e a prevenção às violências, definindo as suas ações estratégicas por intermédio do RS na PAZ com SAÚDE.

O fortalecimento da Atenção Básica baseia-se na Política Estadual da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família e atua como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Assume o papel de coordenadora do cuidado e de ordenadora da rede, por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão. As equipes que atuam na Atenção Básica, com o desenvolvimento da atenção integral, pretendem impactar a situação de saúde da população face aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Para isso, buscam ampliar o acesso, a equidade, a coordenação do cuidado, o vínculo e a continuidade da atenção, assim como a integralidade, a corresponsabilização e a humanização.

A diretriz norteadora da atenção em saúde é o fortalecimento, ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no Estado, articulando os diferentes níveis de assistência a partir da atenção básica, promovendo a integração das ações e dos serviços de saúde, por meio de linhas de cuidado com o seu aprimoramento, melhorando assim o acesso aos serviços de saúde no Estado e consolidando a regionalização da saúde.

Pesquisas têm demonstrado que a AB “pode resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os usuários atendidos pelas equipes da saúde da família registram maior satisfação com o SUS, e, em razão disso, que os indicadores de saúde são melhores nos territórios onde essa estratégia está implantada”.¹⁴

¹⁴ PES/SES-RS. 2012-2015.

6.2.1 - COBERTURA DA ESF

Avaliar consiste em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, um padrão ou um conjunto de valores e definir até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido. Assim, tomando-se o padrão norteador, que é o PES, verifica-se que embora já decorridos 3 dos 4 anos de sua execução, boa parte das demandas planejadas visando à expansão da cobertura da ESF (que é usada como indicador do objetivo Fortalecer a AB e do projeto RS na PAZ), ainda se encontra pendente de realização, conforme se pode verificar nos Quadros 10 e 11.

Os três indicadores do projeto RS na PAZ acrescidos do indicador “*número de pontos do Telessaúde Brasil Redes Implantados*”, serviram também para monitorar o objetivo Fortalecer a Atenção Básica da diretriz Atenção em Saúde.

Conforme dados divulgados no SGE/SES, a cobertura populacional da ESF em 2014, atingiu o percentual de 51,02%. A baixa expansão da cobertura da ESF em 2014 (previsto 64%) decorre de que, nos municípios mais populosos, há elevado percentual da população descoberta: Porto Alegre 56,65%, Caxias do Sul 71,44%, Pelotas 45,54%, Canoas 51,39% e Viamão 87,13%. Cumpre destacar que em apenas 32 dos 497 municípios gaúchos ainda não foi implantada a ESF.

Quadro 13	
Planejado versus realizado	
Meta prevista no PES 2012-2015	Realizado até o final do ano de 2014
Implantar 1.006 equipes de saúde da família totalizando 2.364 equipes, 63% de cobertura para 2014 e 70% em 2015	499 novas equipes implantadas (2012-2014) 1.731 equipes no total 51,02% de cobertura populacional
Implantar a ESF em 100% dos municípios gaúchos.	Implantado em 464 municípios Não implantado em 32 municípios
Implantar 12 consultórios na rua	4 consultórios de rua implantados

Fonte: SGE/SES, em 10/01/2015.

Assim, destaca-se que o PES estabeleceu como meta para a ESF uma cobertura populacional de 70%, o que deveria ser atingido com a implantação de 1.006 novas equipes, correspondendo a um total de 2.364. A evolução da cobertura populacional é demonstrada no Quadro a seguir.

Quadro				
Evolução da Cobertura Populacional Anual da ESF - %				
2010	2011	2012	2013	2014
36,34	36,50	40,27	42,24	51,02

Fonte: SGE (dados: novembro/2014; atualizado: janeiro/2015)

Verifica-se que nos três primeiros anos de vigência do PES 2012-2015, a cobertura populacional passou de 36,50% para 51,02%, correspondente a um aumento de 14,52% p.p .. Dessa forma, a meta de cobertura da ESF equivalente a 70% da população, estabelecida no PES para o final de 2015, dificilmente será alcançada.

A Administração Estadual tem envidado esforço para ampliar a cobertura populacional pelas equipes de saúde da família mediante o aumento de recursos financeiros, pessoal e suporte operacional conforme destacado ao longo desse Relatório. O Programa Mais Médicos, desencadeado pelo Governo Federal no ano de 2013, vem cumprindo sua função, preponderante, de

garantir médicos em locais que apresentavam vazios assistenciais. Note-se, entretanto, que a criação e/ou ampliação do número de equipes saúde da família (eSF) ocorreu em escala menor à expectativa depositada no concurso de 1.081 médicos do Programa Mais Médicos e 163 médicos vinculados ao PROVAB, consoante dados em 2014. O setor ainda se ressentia de melhores resultados nas condições de saúde da população, o que pode ser observado, por exemplo, com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB.

6.2.2 - INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA – ICSAB.

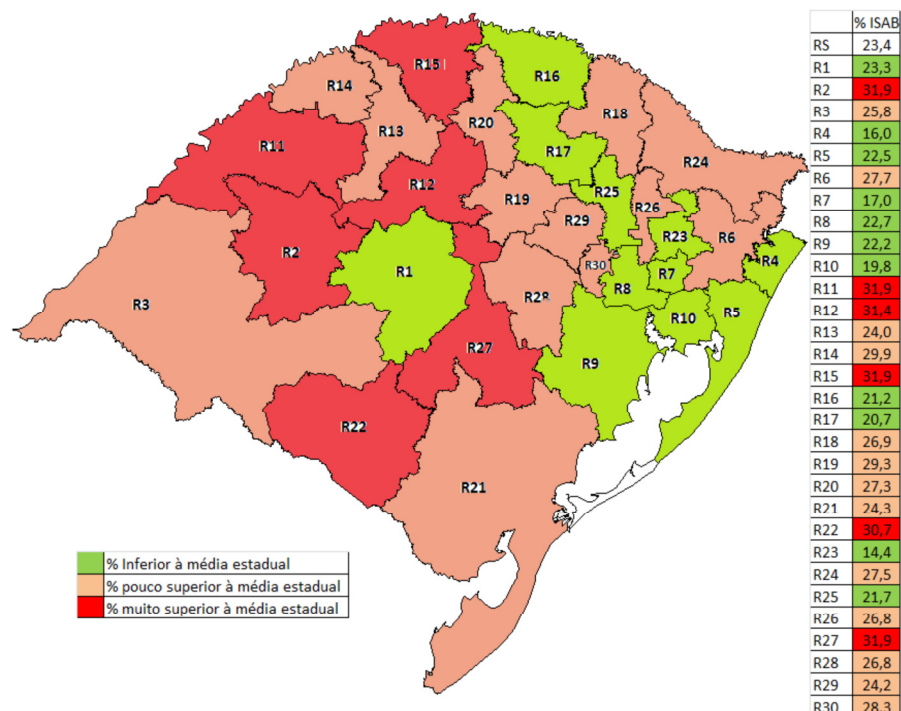
Segundo o Plano Estadual de Saúde as maiores proporções de ICSAB (ou ISAB) em relação ao total de internações “*encontram-se em regiões de saúde de menor densidade populacional, em municípios de menor porte e com maior número de pequenos hospitais. Infere-se que, além de deficiências na qualidade e cobertura na atenção básica, a alta proporção de ICSAB no Estado também é impactada pelo modelo hospitalar vigente, caracterizado pelo número significativo de unidades hospitalares de baixa resolutividade*”¹⁵ (grifou-se).

Esta afirmação pode ser verificada nas duas próximas figuras, ambas constantes no PES 2012-2015, as quais revelam maiores taxas e proporções de ICSAB em regiões com maior percentual de leitos em pequenos hospitais.

Região de Saúde de Residência		% ISAB	Taxa Média Anual de Internações Sensíveis AB (1000 hab)	% Cobertura ESF** 2011	Nº de Hospitais*	Nº de Hospitais* com menos de 50 leitos	% de Leitos em Hospitais* com menos de 50 leitos totais
TOTAL		23,4	15,7	34,3	320	151	15,5
R1	Verdes Campos	23,3	12,4	37,3	16	7	11,0
R2	Entre-Rios	31,9	24,1	44,5	6	3	31,6
R3	Fronteira Oeste	25,8	17,3	12,9	7	0	0,0
R4	Belas Praias	16,0	9,7	39,5	2	0	0,0
R5	Bons Ventos	22,5	14,5	50,7	5	2	19,2
R6	Vale do Paranhana e Costa Serra	27,7	19,5	22,6	9	5	36,8
R7	Vale dos Sinos	17,0	10,5	19,3	8	1	3,9
R8	Vale do Café e Metropolitana	22,7	15,9	19,7	10	2	3,9
R9	Carbonífera / Costa Doce	22,2	13,9	25,1	8	5	36,4
R10	Capital e Vale do Gravataí	19,8	13,0	20,0	26	3	1,3
R11	Sete Povos das Missões	31,9	22,7	60,4	9	4	23,1
R12	Portal das Missões	31,4	22,5	40,7	9	7	46,5
R13	Região da Diversidade	24,0	16,3	67,6	15	11	42,0
R14	Fronteira Noroeste	29,9	22,7	80,0	18	11	40,5
R15	Frederico – Palmeira	31,9	24,7	75,5	22	13	35,5
R16	Alto Uruguai Gaúcho	21,2	16,0	72,8	16	11	39,0
R17	Passo Fundo	20,7	16,3	47,5	13	7	13,8
R18	Lagoa Vermelha	26,9	17,6	53,0	11	7	46,1
R19	Soledade	29,3	20,7	55,1	7	5	38,2
R20	Carazinho	27,3	18,8	70,3	12	8	41,2
R21	Região Sul	24,3	16,3	28,9	24	8	7,5
R22	Pampa	30,7	20,3	47,9	5	2	13,9
R23	Caxias e Hortências	14,4	7,7	23,6	7	1	3,1
R24	Campos de Cima da Serra	27,5	21,6	48,1	2	1	22,4
R25	Vinhedos e Basalto	21,7	14,0	33,6	8	3	13,8
R26	Uva e Vale	26,8	17,5	45,9	6	3	35,2
R27	Jacuí Centro	31,9	24,4	43,9	8	3	17,9
R28	Região Vinte e Oito	26,8	19,3	32,7	9	3	14,0
R29	Vales e Montanhas	24,2	16,0	67,5	17	14	58,8
R30	Vale da Luz	28,3	20,5	23,4	5	1	9,1

* Excluídas as unidades com 5 ou menos leitos SUS cadastrados no CNES (set/2012)
 ** Cobertura calculada pela proporção entre pessoas cadastradas pela ESF e população total.

¹⁵ PES/SES 2012-2015.



Uma constatação a ser destacada é que as ICSAB tendem a associar-se, diretamente, à qualidade das condições de vida da população como um todo. É o que revela o Quadro 16, eis que, indiferente às proporções de coberturas às populações, os municípios com IDSUS superior apresentaram taxa média de ICSAB inferior à média do Estado e os municípios que ostentam IDSUS inferior, a média das ICSAB foi superior à média do Estado e muito maior que a média constatada nos municípios do primeiro rol:

Quadro 16 - Demonstrativo 21						
Desempenho dos indicadores - Municípios Visitados - 2013						
MUNICÍPIO Visitado	CPEAB		ICSAB		CACSBF	
	No Município	Média no Estado RS	No Município	Médias	No Município	Média no Estado RS
Faxinal do Soturno (s)	60,55	RS 51,02%	22,86	RS 26,61%	78,01	RS 63,59%
Guaporé (s)	69,31		20,28		76,34	
Lagoa dos Três Cantos (s)	100		20,90		100	
São Pedro da Serra (s)	100		38,18		100	
São Sepé (s)	80,15		18,73		76,54	
Arroio Grande (i)	-		36,42		68,85	
Butiá (i)	53,50		25,94		87,34	
Guaíba (i)	-		24,33		35,09	
Santana da Boa Vista (i)	84,30		49,47		68,88	
São Jerônimo (i)	-		25,95		32,08	
Viamão (i)	14,07		26,20		38,01	
Fonte: SGE/SES/RS, ano base 2013. OBS 1.: (s) superior e (i) inferior = Município com IDSUS superior ou inferior conforme padrões definidos pelo IDSUS. OBS. 2: CPEAB – Cobertura populacional por ACS OBS. 3: CACSBF - Cobertura de Acompanhamento das Condiicionalidades – Bolsa Família OBS. 4: O PES adota a sigla ISAB para as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Básica						

O número de internações por condições sensíveis à AB vem apresentando uma queda suave, porém constante, como é demonstrada no Quadro a seguir:

Quadro				
Evolução da Cobertura Populacional Anual da ESF - %				
2010	2011	2012	2013	2014
26,87	25,67	25,35	24,35	-
Fonte: SGE/DataSUS				

A proporção de ICSAB, ao contrário do esperado, “*não tem relação inversa com a cobertura de ESF - Estratégia de Saúde da Família. Além disso, há outros fatores que afetam as taxas de internações em geral, os quais não se revelam facilmente mensurados e controlados, como a qualidade do dado, podem distorcer a informação.*”¹⁶. Dessa forma, altas taxas de ICSAB não são, necessariamente, indicativas de necessidade de ações imediatas, mas um sinal de alerta para proceder-se a uma investigação mais aprofundada, o que tende a pressupor uma institucionalização mais efetiva do SUS.

6.2.3 – METAS ABERTAS SEM INDICATIVO QUANTITATIVO

No Projeto RS na PAZ as informações disponibilizadas pela SES à Equipe de Auditoria, quanto ao planejado e o executado, não indicam elementos básicos como quantidades de ações propostas e respectivas realizações ocorridas em cada um dos 50 Municípios selecionados para a aplicação do projeto. Ademais, ou as metas foram parcialmente cumpridas, ou sequer foram desencadeadas (Quadro 14):

Quadro 14		
Meta do Plano Estadual de Saúde, para o Projeto RS na PAZ		
Metas 2012-2015 do PES:	Quantidades/Metas	
	Realizado/Implantado	Pendente
Construir a política estadual de promoção à saúde com cultura de paz e com prevenção das violências, integrando a vigilância em saúde e a participação de outras instâncias públicas e da sociedade civil organizada.	Parcial Foi construído o programa articulador jovem de saúde com a finalidade de promover a mobilização e o protagonismo social da juventude gaúcha, para o diálogo com rede básica de saúde, através de representação direta na elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde, contribuindo para o enfrentamento das violências em seus territórios.	1
Aprovar a política estadual de promoção à saúde e à cultura de paz com a prevenção das violências na comissão intergestores bipartite e no conselho estadual de saúde.	0	1
Construir linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.	0	1
Aprovar a linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.	0	1
Realizar, na sequência, o início da	Parcial	1

¹⁶ PES/SES 2012-2015.

sensibilização e o apoio institucional aos municípios para adesão e para a implementação da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e de suas famílias em situação de violência(s).	12,5% de adesão (3/24 municípios já aderiram ao programa) - Sensibilização dos 24 municípios listados na Resolução CIB nº 311/2014 para adesão ao programa articulador jovem de saúde.	
Realizar educação permanente para as equipes e para os profissionais de saúde da atenção básica das secretarias municipais de saúde dos municípios que aderirem à linha de cuidado.	Parcial Foram realizados encontros de formação e educação permanente com trabalhadores, gestores e juventude: - 3 oficinas de diálogo com a juventude nos territórios de paz de Porto Alegre; - 6 Encontros Macrorregionais RS na PAZ + saúde/juventude negra; - I Encontro estadual RS na PAZ + saúde/juventude negra: construindo a política de saúde e de enfrentamento às violências junto à juventude gaúcha.	parcial

Fonte: SGE/SES/RS. 2015.

6.3. Ausência ou insuficiência de estruturas e equipes técnicas específicas das SES/SMS para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Nesse item analisa-se o sistema de controle, enquanto ferramenta de gestão, fundamentado nas dimensões do planejamento, execução, monitoramento e avaliação, instituição de indicadores de desempenho, correções de rumos, medição de resultados e aferimento da efetividade da atenção básica no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul.

No art. 31 da Constituição Federal encontra-se a determinação de que o controle interno deve executar a fiscalização do município.

A gestão do SUS pressupõe que cada ente realize efetivo planejamento, de modo a organizar seu próprio sistema, observando a realidade local, com vistas ao fortalecimento e consolidação das diretrizes do sistema.

A Lei Federal Nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, define as atribuições comuns dos entes federados, *in verbis*:

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

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

(...)

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

(...)

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

Nos termos da Portaria MS/GM Nº 2.488/2011, que implantou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são obrigações comuns a todas as esferas de governo:

• **Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a atenção básica;**

• *Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da atenção básica, como parte do processo de planejamento e programação.* (grifou-se).

Monitoramento e avaliação são temas destacados na Portaria MS/GM Nº 1.645/2011, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, *in verbis*:

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

- *I - **autoavaliação**, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde;*
- *II - **monitoramento**, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB.* (grifou-se).

Por tratar-se de uma política pública de caráter técnico que visa resultados nem sempre materializáveis, mas mensuráveis, a AB é norteada por sólido suporte normativo, cuja supervisão será mais efetiva quanto maior for a precisão do monitoramento e avaliação. Para o atendimento da legislação é necessário que a atenção básica seja efetivamente organizada, com início (planejamento), meio (execução gerencial) e fim (medição dos resultados). São processos desenvolvidos de acordo com padrões definidos pelo Ministério da Saúde, *in verbis*:

Proposta “Avaliação”, o desenvolvimento da qualidade dá-se de maneira processual, iniciando pelas condições de estrutura e infra-estrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e práticas e avançando até aquelas ações mais complexas, tanto nos processos de trabalho quanto no impacto sobre as condições de saúde da população assistida.

Nos instrumentos de auto-avaliação, o conceito de estágios de qualidade perpassa a proposição de cada um dos padrões, que estão assim colocados:

***Padrões do Estágio E** - Qualidade Elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF);*

***Padrões do Estágio D** - Qualidade em Desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);*

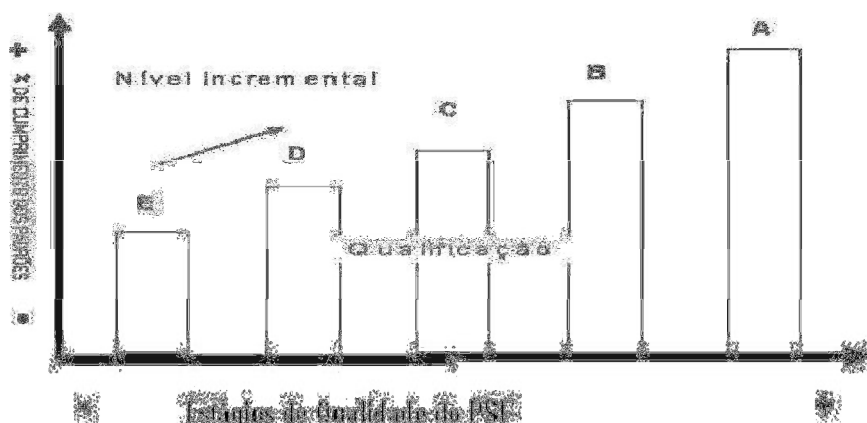
***Padrões do Estágio C** - Qualidade Consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações);*

***Padrões do Estágio B** - Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);*

***Padrões do Estágio A** - Qualidade Avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e,*

principalmente, nos resultados).¹⁷

Esses conceitos podem ser esquematizados na figura a seguir:



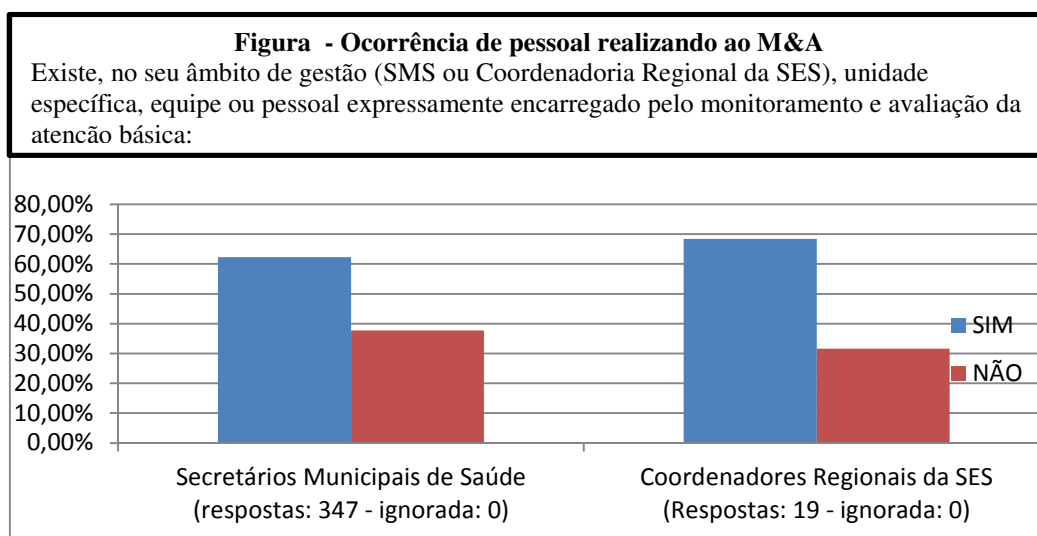
É necessário que os atores introjetem o “*olhar avaliador*” para que a avaliação seja orgânica aos processos de trabalho cotidianos, desde o profissional da unidade local de saúde, até a esfera federal. Cada ação ou intervenção proposta deve contemplar a sua avaliação, como e porquê esta ação vai ser avaliada, o que “*requer, ainda, esforços fundamentais na criação de instrumentos e estratégias de integração das iniciativas de avaliação existentes nas diversas esferas do SUS, no desenvolvimento de capacidade técnica e na construção de parcerias com vistas à qualificação necessária a esse processo*”¹⁸ (Ministério da Saúde, 2003a).

A partir da tabulação dos questionários eletrônicos encaminhados revelou-se que o sistema de monitoramento e avaliação ainda carece de melhores condições de suporte técnico-operacional e de recursos humanos para desempenhar seu objetivo na estrutura do SUS.

Observa-se que 37,75% dos gestores municipais e 31,58% dos gestores regionais de saúde apontaram que nos seus respectivos âmbitos de atuação não há pessoal com tempo integral para exercer as atividades de monitoramento e avaliação.

¹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Resumo Executivo. 2010.

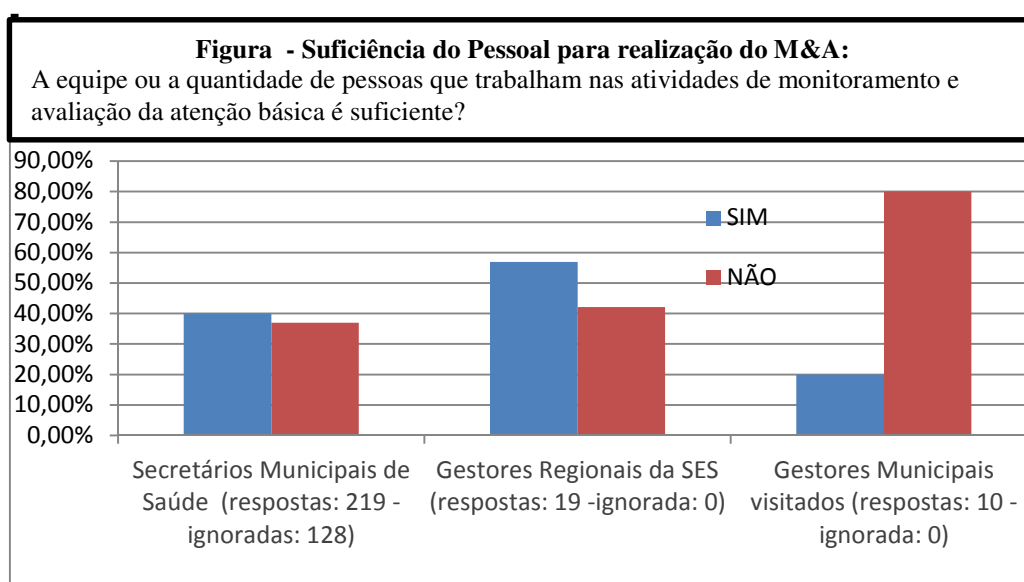
¹⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2003a). Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].



Fonte: Questionário eletrônico TC.

Outro fator a ser destacado é que 36,99% dos gestores municipais e 42,10 dos gestores regionais da SES, respondentes dos questionários eletrônicos e 80% dos gestores municipais entrevistados *in loco*, apontaram que suas respectivas equipes não são suficientes para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação.

Neste caso chama atenção o resultado obtido em relação aos Municípios visitados, cujo percentual de gestores que afirmou que seus recursos humanos não são suficientes para cumprir as atividades alusivas ao monitoramento e avaliação é mais que o dobro daqueles que fizeram idêntica afirmação no questionário eletrônico.



Fonte: Questionário eletrônico TCE e visitas "*in loco*".

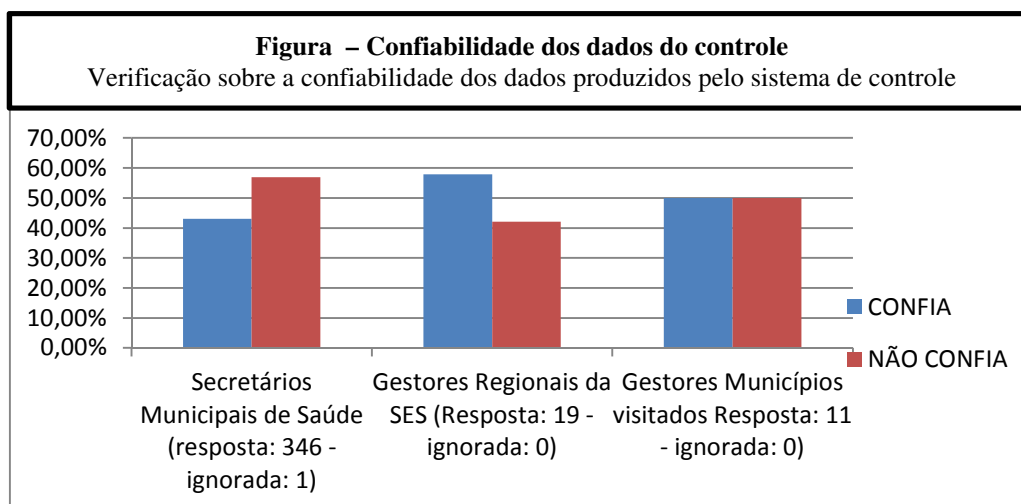
A carência de recursos humanos surge como um entrave à boa execução dos serviços e à qualidade dos dados produzidos. Na prática os serviços atinentes ao monitoramento e avaliação ou

não são executados ou são executados de maneira insuficiente. Isso decorre, inclusive, de certa ausência da SES junto aos Municípios. Aliás, 40% dos gestores municipais visitados *in loco* afirmaram que a SES não participa, bem como não contribui no processo de planejamento do município em relação à AB. Os gestores destacaram que a estrutura existente na SES é insuficiente e que seria necessário ter equipes mais bem estruturadas nas regionais para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação.

As razões para as deficiências havidas no sistema de monitoramento e avaliação tendem a estar relacionadas à:

- a) Inexistência de priorização por parte dos gestores e profissionais de saúde das SES/SMS acerca da busca da efetividade nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação;
- b) Insuficiência de capacitação dos profissionais das CRS/SMS para realizar os procedimentos de monitoramento e avaliação da AB;
- c) Ausência de critérios de dimensionamento que possam dar suporte aos gestores (SES e SMS) no processo de alocação de pessoal para equipes de monitoramento e avaliação
- d) Informalidade ou inadequação das estruturas organizacionais das SES/SMS destinadas ao monitoramento e avaliação de indicadores da Atenção Básica.

Frise-se que 56,94% dos gestores municipais, 42,11% dos gestores regionais da SES que responderam o questionário eletrônico e 50% dos gestores municipais visitados *in loco*, afirmaram que não desenvolvem procedimento para verificar acerca da confiabilidade dos dados produzidos pelo sistema de controle, conforme gráfico a seguir.



Destaque-se que 28,53% dos gestores municipais respondentes do questionário eletrônico e 30% dos visitados *in loco* afirmaram que não utilizam os indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica para realização do seu planejamento.

Não é possível assegurar que a não utilização e a não publicização dos resultados do

monitoramento e avaliação decorram da noção dos gestores relacionada à falta de confiabilidade desses instrumentos. Contrário *sensu*, é razoável a conclusão de que a avaliação deve ser desenvolvida a partir de dados confiáveis e voltados para nortear as ações futuras dos governos.

Recomenda-se à SES:

I - Intensificar ações e capacitações para fortalecer a cultura de monitoramento e avaliação junto aos municípios e no âmbito da própria Secretaria;

J - Dotar a Secretaria com pessoal capacitado e suficiente, com base em critérios de dimensionamento pré-definidos, para o desenvolvimento das ações de monitoramento e avaliação da Atenção Básica da saúde;

K - Fortalecer as estruturas regionais no que se refere a recursos financeiros, pessoal especializado e apoio logístico para atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica e apoio institucional nos municípios.

6.4. - Utilização inadequada dos indicadores no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite, na 1ª Reunião Ordinária – 2013, ocorrida em 28 de fevereiro de 2013, pactuou como uma das premissas norteadoras da seleção das diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o período 2013 – 2015: *“respeitar a autonomia do ente federado com relação à inclusão de outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes nacionais.”*

Todos os níveis de governo devem estruturar-se, guardadas suas proporcionalidades e atribuições, visando ao efetivo monitoramento e avaliação. Não basta a simples estrutura formal/legal, exige-se efetivo aporte estrutural, operacional e técnico. Não basta a mera quantificação, impõe-se que os dados sejam analisados e aferidos face à qualidade, confiabilidade e referência, bem como que sejam consolidados, utilizados nos planejamentos e publicizados visando à sabatina do controle social.

A partir da tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde e gestores estaduais das regionais de saúde; da análise qualitativa de entrevistas com gestores da SES e das SMS dos municípios visitados; observação direta e inspeção *in loco*; e da análise documental realizada, evidenciou-se:

- 94,4% dos SMS informaram que utilizam os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde; 75,6% afirmaram que utilizam os indicadores estabelecidos pela SES e 3,20% preferiram não informar. Nessa questão podia marcar mais de uma resposta.

- entre os gestores municipais que utilizam indicadores para monitoramento e avaliação da AB, 16% informaram que a avaliação dos resultados da AB é

feita mensalmente; 30,8% realizam essa atividade quadrimestralmente; 11,20% fazem análises trimestrais; 10,8% conduzem análises semestrais; e 29,6% analisam os resultados da AB apenas anualmente;

- 26,8% das SMS não divulgam resultados obtidos na Atenção Básica do município e, entre aqueles que divulgam, são utilizados canais de baixo alcance, como os murais (34,9%).

A falta de divulgação dos resultados da AB atenta contra os princípios da eficiência e publicidade, conforme disposto no *caput* do art. 37 da Constituição Federal.

Como já relatado no item anterior, 56,94% dos gestores municipais e 42,11% dos gestores regionais da SES, que responderam o questionário eletrônico, e 50% dos gestores municipais visitados *in loco*, afirmaram que não desenvolvem procedimento para verificar acerca da confiabilidade dos dados produzidos pelo sistema de controle.

Nos municípios visitados não foram constatados documentos capazes de comprovar a suficiência de indicadores para aferir a gestão e a qualidade dos serviços prestados na AB. Ademais, não restou comprovada a utilização de indicadores nas ações de planejamento voltado para AB.

Ressalve-se a situação constatada na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), sediada no Município de Osório, que abrangendo duas regiões: a 5ª Região de Saúde (Bons Ventos) e a 6ª Região de Saúde (Belas Praias), ambas no litoral norte do Estado. Na Coordenadoria foi criado um sistema de monitoramento próprio e aplicável aos Municípios da região de acordo com a realidade de cada ente federado. Foi criado um ambiente denominado Sala de Gestão cujos principais enfoques são:

Sala de Gestão da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde

- *É um espaço físico e virtual onde uma equipe técnica analisa sistematicamente informações de saúde, para caracterizar uma determinada população;*
- *Trabalha informações epidemiológicas, financeiras, socioeconômicas, demográficas, de recursos humanos e outras consideradas prioritárias para a tomada de decisão da gestão;*
- *Permite uma visão integral e intersetorial da saúde de um território, atuando como instrumento de apoio à gestão para tomada de decisão;*
- *Auxilia nas decisões de priorização de investimentos em saúde, subsidia a elaboração de projetos, planos e programações de saúde;*
- *Possui as funções de planejar e avaliar as ações em saúde, apoiar a definição dos programas e políticas que melhorem a saúde, avaliar a qualidade e o acesso aos serviços, apoiar a vigilância em saúde pública, dirigir a resposta dos serviços de saúde em situação de emergência e difundir informações á comunidade;*
- *Utilizar o potencial dos indicadores de saúde na melhoria/qualificação da gestão de saúde do Litoral Norte;*
- *Monitorar o desempenho da região na área da saúde;*
- *Tomar decisões apoiada em dados técnicos;*
- *Permitir o acompanhamento de indicadores que expressem o desempenho do município;*

- *Aproximar temporalmente a avaliação dos indicadores, permitindo repactuação no âmbito regional e municipal (com as equipes);*
- *Comparação com outros municípios com características semelhantes propiciando a troca de experiência entre os gestores;*

Após a escolha negociada dos indicadores foram criados os respectivos critérios requeridos no indicador: periodicidade mensal, disponibilidade em sistema de informação de fácil acesso, facilidade de leitura e acompanhamento pelos técnicos, adequação à realidade dos municípios e governabilidade do gestor municipal para intervir. Dos 29 indicadores inicialmente propostos foram selecionados 23, sendo que, por razões técnico-operacionais foram descartados outros 4, restando para a análise 19 indicadores. As informações produzidas na Sala de Gestão Estratégica são apresentadas em tabelas, gráficos, mapas, documentos técnicos ou relatórios estratégicos.

O trabalho realizado na 18ª CRS revelou-se numa boa prática de grande valia, eis que, sem perder de vistas os indicadores definidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, houve adequação para a realidade local, houve aproximação entre a Coordenadoria e os gestores municipais no afã de exercer efetivos controles, fortalecendo a institucionalização do monitoramento e avaliação do SUS.

Recomenda-se à SES:

- L - Aprimorar os mecanismos de levantamento de dados para compor os indicadores, incluindo sistemática para verificar a confiabilidade dos dados;**
- M - Promover a divulgação dos resultados das ações de saúde gerados no processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;**
- N - Ampliar o apoio técnico aos municípios para o uso de metodologia de indicadores voltados ao monitoramento e avaliação da AB;**

A título de sugestão à SES, que analise acerca da viabilidade técnico-operacional para que o modelo da Sala de Gestão desenvolvido na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde seja expandido para as demais Coordenadorias.

Espera-se com tais sugestões:

- O avanço do monitoramento e avaliação da Atenção Básica, desenvolvido de forma integrada entre as esferas de gestão, realizado no âmbito regional, partindo do reconhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios;
- Maior transparência dos resultados gerados pelos indicadores da AB;
- Maior conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da saúde básica do município;

- Aprimoramento da gestão com base no resultado confiável dos objetivos, metas e ações da AB;
- Contemplação das demandas reais de saúde da população no planejamento da AB;
- Melhoria na qualidade dos serviços prestados na AB à população.

6.5. – Ausência ou insuficiência de equipes técnicas, sistemas e estruturas de tecnologia de informação que prejudicam o aprimoramento da gestão.

A destinação de suficiente suporte operacional e técnico para o bom desempenho da gestão do SUS é competência comum das três esferas de governo. Constataram-se ausências ou insuficiências de estrutura de Tecnologia da Informação (TI), compreendendo rede, equipamentos de informática, software, manutenção, suporte técnico e recursos humanos. Tais carências revelaram-se presentes no âmbito da gestão estadual bem como em relação aos municípios, o que tem prejudicado a realização de atividades operacionais, controle e atendimento ao cidadão, o que materializa efetivo prejuízo ao serviço público e à população em geral.

O Plano Estadual de Saúde previu um conjunto de metas a ser desenvolvido no período de 2012-2015, visando à promoção da gestão de informatização, inovação e incorporação tecnológica ao SUS, cujas realizações ainda apresentam pendências conforme se constata no seguinte demonstrativo:

Quadro 15 Planejamento e execução das metas destinadas à promoção da gestão da informação, inovação e da incorporação tecnológica no SUS:		
Metas PES 2012-2015:	Quantidades/Metas	
	Realizado / Implantado	Pendência/Situação
Atingir 497 com base limpa do cartão Nacional de Saúde.	-	Meta em revisão quanto ao fluxo de acompanhamento das bases informadas pelos municípios.
Implantar em 100% das regiões de saúde o Sistema de Prontuário Médico Eletrônico.	305 dos 497 municípios já aderiram ao e-SUS	Falta adesão de 192 municípios
Estruturar 01 rede de atendimento SUS/RS em Gestão de TI.	Realizado	
Implantar 01 software de Gestão de Projetos na SES.	-	
Implementar a informatização plena da regulação estadual.	-	Projeto em andamento
Estruturar o núcleo de sistema de informação de interesse para a Vigilância em Saúde.	Pendente	Pendente
Integrar a base territorial de atuação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.	Pendente	Pendente
Desenvolver sistema informatizado para migração de dados de vigilância ambiental e saúde da família.	Pendente	Pendente
Financiar 40 projetos de pesquisa em saúde, em 2013 com o Programa de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PADCT) da FEPPS.	37 projetos de 2011 a 2014, 12 projetos em 2013	Todos em andamento dentro do previsto
Fonte: SES/RS, em dezembro 2014.		

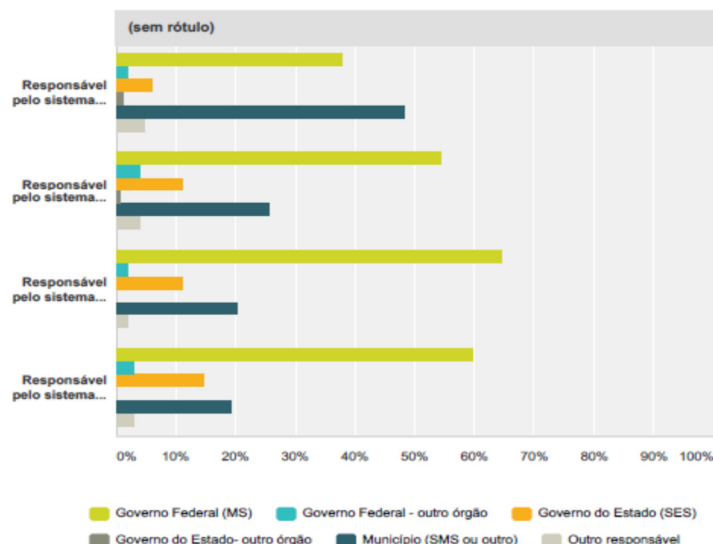
Além das pendências observadas quanto à execução das metas previstas no PES (Quadro 17), as carências de TI foram constatadas a partir da tabulação dos questionários eletrônicos aplicados a gestores municipais de saúde e gestores estaduais das regionais de saúde; da análise qualitativa de entrevistas com gestores da SES, das SMS e dos Municípios visitados e análise documental realizada, cujos dados apontam que:

- 50% dos gestores municipais visitados/entrevistados, 37,75% dos gestores municipais e 31,58% dos gestores regionais da SES que responderam o questionário eletrônico afirmaram não existir em seus âmbitos de gestão unidade específica ou pessoal responsável pelo monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- 71,43% dos gestores municipais entrevistados *in loco*, 29,51% dos gestores municipais e 42,10% dos gestores regionais da SES responderam no questionário eletrônico que as equipes existentes não são suficientes para o desenvolvimento dessas atividades;
- 63,16% dos gestores das Coordenadorias Regionais de Saúde da CRS/SES e 39,19% dos gestores municipais das SMS afirmaram que não possuem diagnóstico de tecnologia de informação (TI) necessário para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- 63,16% dos gestores regionais da SES e 45,24% dos gestores municipais afirmaram que as respectivas CRS/SMS não contam com um planejamento de TI que contemple ações para suprir as necessidades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- 44,40% dos gestores regionais da SES e 41,49% dos gestores municipais mostraram algum nível de insatisfação quanto à suficiência da estrutura de TI para o desenvolvimento de atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica.

Quanto à responsabilidade pela disponibilidade e manutenção pelos programas de informática utilizados no âmbito dos municípios, a pesquisa revelou o seguinte quadro:

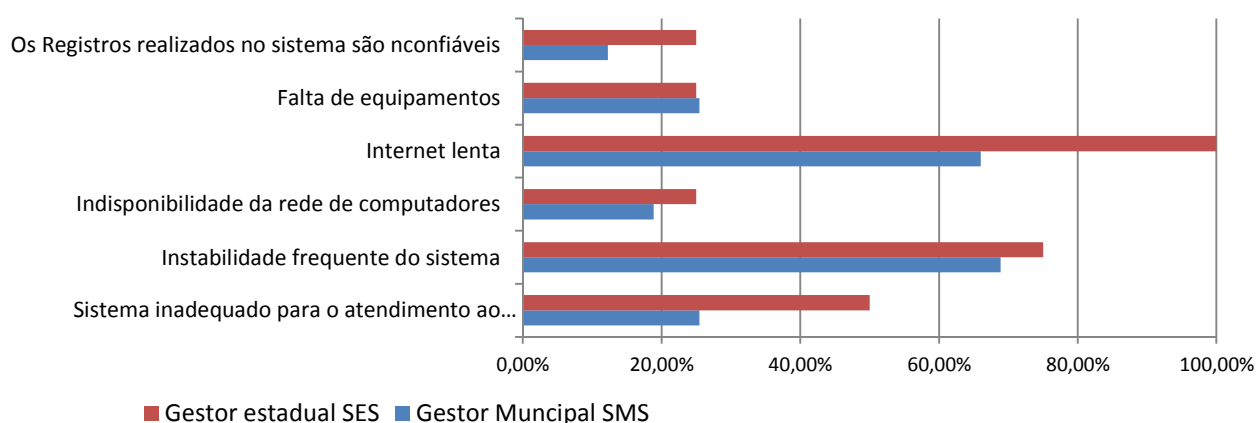
Q35 E aqui, informe quem é responsável por cada um dos sistemas indicados (se o GF- Governo Federal, o GE- Governo Estadual ou Distrital, o GM - Município, ou algum outro ator).

Respondidas: 166 Ignoradas: 181



Dentre os problemas mais recorrentes, segundo os gestores regionais da SES, a internet lenta e a instabilidade frequente do sistema despontam como os grandes vilões da qualidade do suporte de informática. Destacando-se que 100% dos gestores reclamaram da lentidão da internet, 75% apontam a instabilidade frequente do sistema e 50% entende que o sistema (software) não é adequado para o atendimento do usuário, conforme se observa no quadro seguinte:

Figura – Problemas nos Sistemas de Informática
Das situações apresentadas abaixo, quais representam o tipo de problema normalmente enfrentado? É possível marcar mais de uma alternativa.



Os gestores destacaram que as estruturas de TI existentes nas SES/SMS são insuficientes para o desenvolvimento da atividade de monitoramento e avaliação, cuja tarefa ainda

não é prioridade consolidada no SUS.

A razão para o precário quadro do sistema de TI decorre da

- Falta de recursos humanos com dedicação exclusiva, capacitados e treinados;
- Não priorização, por parte dos gestores e profissionais de saúde das SES/SMS, acerca do M&A da Atenção Básica;
- Insuficiência de capacitação dos profissionais das SES/SMS para realizar os procedimentos de M&A da Atenção Básica;
- Ausência de critérios de dimensionamento que possam dar suporte aos gestores (SES e SMS) no processo de alocação de pessoal para equipes de M&A;
- Informalidade ou inadequação das estruturas organizacionais das SES/SMS destinadas ao M&A de indicadores da Atenção Básica;
- Ausência de diagnóstico para a realização do Planejamento de TI;
- Insuficiência de suporte técnico para manutenção da estrutura de TI;
- Operadoras de telefonia com fornecimento de internet com velocidade lenta;
- Instabilidade e baixa integração dos sistemas.

As deficiências de suportes operacional e técnico em TI resultam em retrabalho na alimentação dos diversos sistemas, ocasionando elevação de custos, ociosidade e intempestividade na alimentação de dados, o que gera comprometimento do fluxo de informações relativo à referência e contra referência. Ademais, tende a provocar a concentração e, muitas vezes, sobrecarga em uma única pessoa da SMS/SES, responsável por consolidar e alimentar os dados nos sistemas, gerando deficiência no controle e na validação dos dados e indicadores.

Ante ao exposto, **recomenda-se à SES e às SMS:**

O - Elaborar um diagnóstico da estrutura de TI que reflita as necessidades demandadas para a realização de monitoramento e avaliação da AB, especialmente nas CRS;

P - Adequar a estrutura de TI para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico;

Q - Inserir na pauta de reunião da CIB e da CIT proposta de integração (interoperabilidade) dos sistemas informatizados.

Recomendar à SES:

R - Articular com o MS e com os municípios (reunião da CIT) a melhoria da

infraestrutura para fornecimento de energia elétrica e melhoria da qualidade da internet.

Tais recomendações visam:

- Otimizar a eficiência do M&A das ações voltadas à AB;
- Maior transparência dos resultados gerados pelos indicadores da AB;
- Maior conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da saúde básica do Município.
- Aprimoramento da gestão com base no resultado confiável dos objetivos, metas e ações da Atenção Básica.
- Melhoria na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica à população.

Concluindo-se a análise das questões de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos em saúde – Atenção Básica em Saúde – observa-se que o elenco de indicadores pactuados MS/SES/SMS revela-se equilibrado e de elevado conteúdo técnico. Apresenta 65 indicadores divididos em universais, específicos e próprios, abrangendo (guardadas eventuais divergências de interpretação em face da aplicabilidade fática) o processo de gestão (indicador 11), de processos operacionais (7 e 8), de resultado (1, 2 e 3) e de resultado, mas relacionado aos processos de gestão (60).

Embora a adequação técnico-legal, a cesta pactuada ainda é carente de indicadores de gestão, i.é., só há um indicador envolvendo gestão de pessoas (61); somente um envolvendo capacitação (57) e nenhum envolvendo qualidade da prestação dos serviços, como indicador destinado a mensurar de forma objetiva a satisfação do usuário, dos profissionais e demais atores vinculados à AB. É carente em indicador relacionado à TI, eis que há apenas o indicador 60 que, por sua vez, é relacionado com um programa específico do governo federal. O indicador 65, referente à instalação de ouvidorias, além de não cuidar da qualidade dos serviços, não ganhou concretude, haja vista que apenas 4,23% dos municípios possuem ouvidorias. Aliás, nos primeiros dois anos de execução do plano, a quantidade de ouvidorias instalada diminuiu de 4,84% para 4,23%.

Os esforços envidados e avanços alcançados pela gestão no âmbito da SES e das SMS têm sido significativos, porém ainda é longo o caminho a ser percorrido até a efetiva institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação da AB.

7. ARTICULAÇÃO

7.1. Atenção Básica e as Redes de Atenção a Saúde

As Redes de Atenção à Saúde-RAS, cujas diretrizes foram definidas na Portaria MS/GM Nº 4.279/2010, devem representar uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando o sistema para que os diferentes níveis de densidade tecnológica estejam articulados no atendimento ao usuário. Possui, entre outros atributos, a população e territórios definidos, com uma gama de estabelecimentos prestando diferentes serviços de saúde, tendo a atenção básica como porta de entrada preferencial e um sistema de governança único para toda a rede. Sinteticamente, as RAS devem identificar as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços em saúde, de maneira a possibilitar a organização dos fluxos para o acesso qualificado.

O conceito de Redes de Atenção surgiu a partir do Relatório Dawson, em 1920, inovando em questões como o cuidado integral com a saúde, a organização dos serviços em função das necessidades da comunidade de uma dada área, bem como a não separação entre a medicina preventiva e curativa.

O quadro a seguir sintetiza as diferenças entre sistemas fragmentados e redes de atenção:

Quadro 16 Características Diferenciais Sistemas Fragmentados e Redes de Atenção à Saúde		
CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde	Integrado, com estratificação dos riscos
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Foco	Nas condições agudas	Condições agudas e crônicas
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita
Forma da ação	Reativa e episódica	Proativa e contínua
Planejamento	Planejamento da oferta	Planejamento das necessidades
Ênfase do cuidado	Centrado nos profissionais	Equipes multiprofissionais e autocuidado apoiado
Organização territorial	Territórios político-administrativos	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Fonte: Mendes, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde, 2ª Ed. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011. P. 56 e 57. Disponível em www.conass.org.br		

Nesta visão de redes, Mendes reafirma a importância da Atenção Básica para o correto funcionamento das RAS:

“As ações programadas na PPI assistencial limitam-se às intervenções de atenção secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade) de atenção à saúde, desconsiderando as de APS que são fundamentais porque, além de resolverem a grande maioria dos problemas, cumprem, nas RASs, a função de centro de comunicação. Essa função coordenadora da APS faz com que o critério de planejamento ascendente, caro ao SUS, deixe de ser um planejamento que se direciona do município para os estados e União, para ser um sistema de planejamento que, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais, parta de cada unidade de APS e, daí, irradiem-se para as unidades de atenção secundária e terciária à saúde, para os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. Porque, conforme se mostrou na discussão, anteriormente feita nesse capítulo, dos pontos de atenção secundária e terciária à saúde, o planejamento das intervenções nesses dois níveis é feito na e pela APS.”¹⁹

A PNAB, editada em 2011, veio estabelecer que a Atenção Básica, fortalecida, deve ser a ordenadora das Redes de Atenção, avançando na gestão e coordenação do cuidado do usuário. Assim, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária mente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos- -sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

¹⁹ Mendes, op cit. , p.181

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

A implantação das RAS é um desafio de longo prazo para o SUS e sua análise ultrapassa o escopo deste trabalho. Entretanto, é necessário destacar que, neste contexto, a importância da AB não se esgota em si, mas tem relevante papel de planejamento e coordenação dos demais níveis de atenção, podendo, inclusive, diminuir a demanda e abrangência destes.

7.2. Atenção Básica, Regionalização e Descentralização

O artigo 7º da Lei Orgânica do SUS estabelece, como princípio, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Estabelece ainda a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, organizados de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A Portaria MS/GM Nº 399/2006 do Gabinete do Ministro da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, integrado por três componentes: Os Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Prevê a assinatura de um Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais deste Pacto. Estabelece diversos instrumentos de planejamento da regionalização, como o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI. A regionalização tem por objetivos, além de garantir o acesso e a qualidade das ações de saúde, potencializar o processo de descentralização, reduzindo as desigualdades no acesso, bem como racionalizar gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

A gestão regional deve estar a cargo de um colegiado, espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa, formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual, constituído na forma da denominada Comissão Intergestores Regional-CIR. Via de regra, a CIR é formada pelos secretários municipais de saúde da região e pelo coordenador da regional estadual de saúde, ou por pessoas por eles indicados. Vários atos da CIR são enviados para a Comissão Intergestores Bipartite-CIB, instância de pactuação estadual.

A Portaria GM/MS Nº 699, de 30 de março de 2006 apresentou modelos para os termos de compromisso das gestões municipais, estaduais e federal, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes a cada esfera de governo na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde. Os termos de compromisso preveem, entre outras responsabilidades para os municípios, o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, a construção do Plano Municipal de Saúde e o preenchimento dos sistemas de informação da Atenção Básica conforme as normas do Ministério da Saúde. São ainda pactuadas metas para diferentes objetivos

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI é um processo que

visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores, com flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades. Seu processo foi definido pela Portaria GM/MS Nº 1.097, de 22 de maio de 2006, onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, em publicação denominada Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde²⁰, de 2006, assim definiu os problemas a serem enfrentados:

“.....iniciativa reguladora do Estado quanto à localização e dimensionamento de serviços públicos e privados nem sempre perseguiu critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre as várias regiões. A rede assistencial mostra-se, em geral, fragmentada e desarticulada, onde a própria população busca a solução para seus problemas de saúde deslocando-se para os municípios-polo das regiões. Estes recebem uma demanda regional de maneira desorganizada, com consequente dificuldade de acolhimento, inclusive das situações de urgência/emergência.

O sistema de avaliação de serviços de saúde limita-se, em geral, apenas ao controle das faturas dos serviços remunerados por produção, reduzindo o objeto da avaliação ao ato ou procedimento médico ou laboratorial.”

Assim, a PPI busca organizar a rede de serviços e dar transparência aos fluxos estabelecidos, definindo, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros e físicos destinados à assistência de média e alta complexidade da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Um dos eixos orientadores é a centralidade da Atenção Básica, em que as ações de saúde atualmente consideradas de média e alta complexidade no modelo de atenção à saúde, devem se concretizar como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da atenção básica. Ou seja, a AB deve ser a orientadora do cuidado, principal porta de entrada no sistema, modulando a demanda ao acesso aos demais níveis tecnológicos. Busca-se, assim, não apenas assegurar a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, mas também organizar o fluxo de demanda aos serviços de MAC, caracterizado pela “*independência relativa dos serviços de média complexidade*”, cujo “*fluxo de demanda é geralmente desorganizado*” posto que existem “*frágeis mecanismos de regulação*”, em que muitas se manifesta pelo “*excesso de consumo de determinados exames*” e a “*saturação das agendas dos especialistas*”²¹.

Em junho de 2011, o Decreto Federal Nº 7.508 alterou a organização do SUS, dispondo sobre o planejamento da saúde e a articulação interfederativa. Prevê a formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde – COAP, em substituição a PPI, a ser firmado tanto pelos municípios integrantes de cada região de saúde como em plano estadual. Este Decreto assim define o COAP:

²⁰ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília, 2006. Volume 5 – Serie Pactos pela saúde. p.7. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 15/12/2014.

²¹ Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Serie Pactos pela Saúde. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília 2006, p 22. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>. (biblioteca virtual em saúde). Acesso em dez2014.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metade saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários a implementação integrada das ações e serviços de saúde.

O Decreto estabelece que as regiões de saúde têm por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, devendo contar, no mínimo, com ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Prevê a pactuação de 67 indicadores, entre universais e específicos.

Visando normatizar a transição entre a PPI e o COAP a Comissão Intergestores Tripartite, vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde, emitiu a Resolução Nº 4, de 19 de julho de 2012.

Em que pese o Decreto Nº 7.508 ter sido editado há mais de 3 anos, apenas os municípios dos Estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul assinaram o COAP. Entre os motivos alegados está a complexidade do contrato — todos os municípios devem assinar, no mínimo todos os municípios de cada região —, bem como indefinições em relação a responsabilidade de cada ente pelo financiamento da saúde e a falta de flexibilidade na definição de cláusulas específicas a cada região²². Para sua operação plena também é necessário um sistema de controle de metas e de referências eficiente, o que, como já exposto anteriormente, não ocorre atualmente.

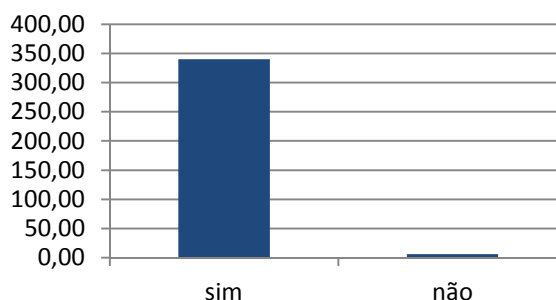
Importa mencionar que o TCU realizou auditorias operacionais na SES do RS e na SMS de Porto Alegre, destinadas à avaliar a eficácia e eficiência da implantação e operacionalização de complexos reguladores e centrais de regulação de âmbito municipal e estadual no Rio Grande do Sul, objeto do Acórdão 416/2010-Plenário. Conforme o TCU verificou em 2012 a implantação da PPI, iniciada em 2008, ainda não havia sido concluída. Entre os problemas verificados estão falhas e substituição de software e dificuldades inerentes ao processo de negociação e pactuação entre os diferentes gestores da saúde. Desse modo, necessário reforçar as principais diretrizes do Pacto de Gestão do SUS: a Regionalização, que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, e a Regulação, que é condição primordial para que a chamada regionalização da saúde de fato se efetive.

Visando avaliar a articulação das SMS com a SES nas regiões de saúde, o questionário eletrônico, enviado a todos os municípios do Estado e que contou com 347 respondentes, apresentou diversas questões. A Questão 45 questiona: Nos últimos 3 anos, a Secretaria Municipal de Saúde participou de alguma reunião na Comissão Intergestores Regional (CIR) para discutir a organização de Redes de Atenção à Saúde?

²² A Confederação Nacional dos Municípios, em 2012, recomendou aos gestores municipais a não assinatura do COAP naquele ano. Vide site www.coap.cnm.org.br.

Eixo III - Articulação - Q45 - Gestores Municipais

Nos últimos 3 anos, a Secretaria Municipal da Saúde participou de alguma reunião na Comissão Intergestores Regional (CIR) para discutir a organização de Redes de Atenção à Saúde?

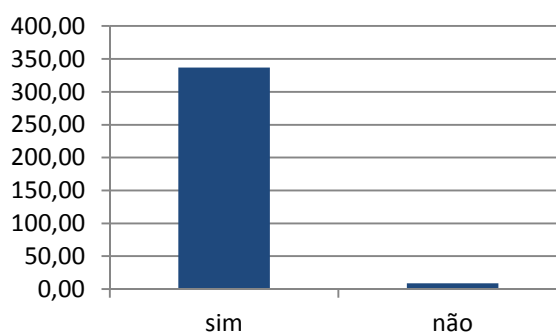


A resposta à Questão 45 indica que a maioria inconteste dos secretários municipais de saúde (340 respostas positivas em um total de 347) respondeu afirmativamente a questão, indicando que a regionalização é efetivamente discutida no âmbito das CIR, em todo o Estado.

Em relação à articulação da AB com a MAC (processo conhecido como referência), a Questão 46 do questionário eletrônico perguntava: A SMS participa de reuniões técnicas (com Estado, municípios, conselhos, regionais) com a finalidade de articular a Atenção Básica com os demais níveis de atenção?

Eixo III - Articulação - Q 46 - Gestores Municipais

A Secretaria Municipal da Saúde participa de reuniões técnicas (com Estado, municípios, conselhos, regionais) com a finalidade de articular a Atenção Básica com os demais níveis de atenção?



A resposta à Questão 46 indica que a maioria inconteste dos secretários municipais de

saúde (337 respostas positivas em um total de 346, ou seja, mais de 97%) respondeu afirmativamente a questão, indicando que a referência da AB aos demais níveis de atenção é efetivamente discutida no em todo o Estado.

Em relação à periodicidade das reuniões de articulação, a Questão 47 questionou: Com que periodicidade a SMS participa de reuniões de articulação?



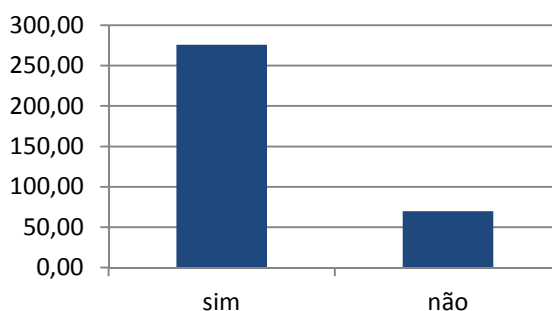
A Questão obteve 337 respostas, das quais 310 informaram que a periodicidade das reuniões é mensal, representando 91,72% do total.

As visitas *in loco* realizadas pela equipe de Auditoria, quer nas secretarias municipais de saúde, quer nas coordenadorias regionais, confirmam que as reuniões de articulação regional — notadamente reuniões das CIR, mas também outras reuniões, como os colegiados da AB — vêm ocorrendo periodicamente entre os municípios integrantes da região e a coordenadoria estadual. Na pesquisa com os gestores regionais do Estado, ainda que não tenha havido questão específica, foi relatado, em questões abertas, a necessidade de entrosamento dos municípios com a coordenadoria regional, bem como o apoio dessas às secretarias municipais.

No questionário eletrônico com os gestores municipais também foi questionado se o município celebrou acordos de colaboração:

Eixo III - Articulação - Q 42 - Gestores Municipais

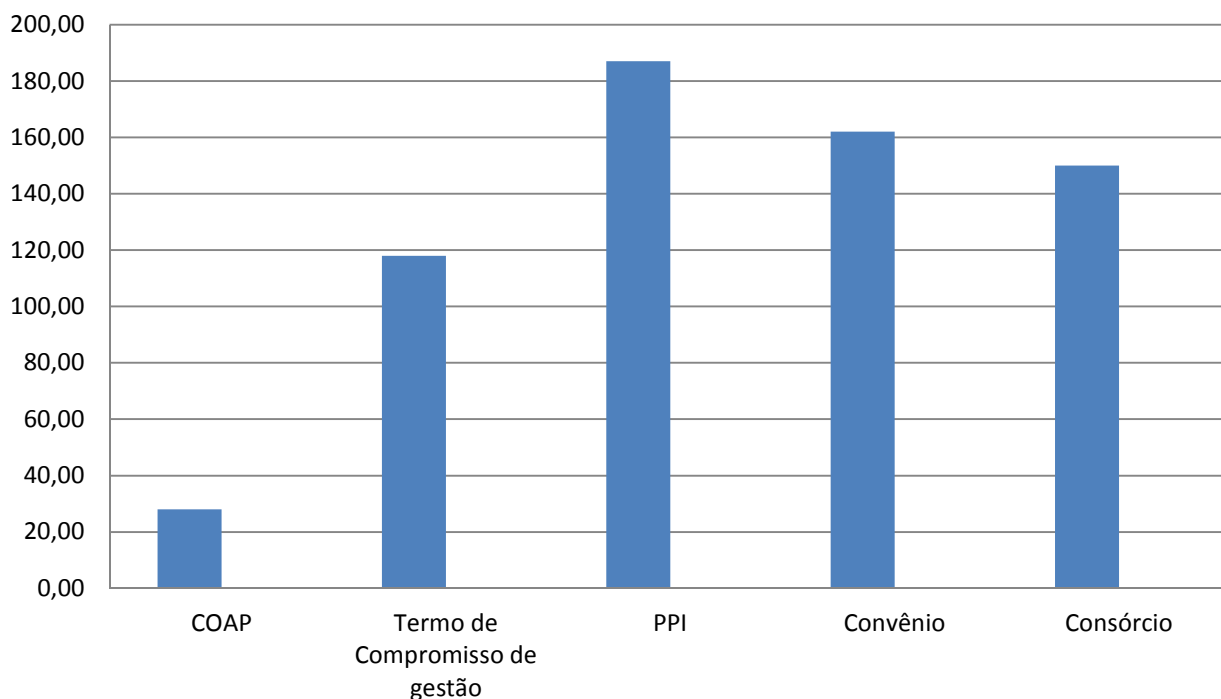
O seu município celebrou acordos de colaboração em que tenham sido definidas responsabilidades e ações de saúde com outro(s) município(s) e/ou com seu Estado?



A questão foi respondida por 346 gestores municipais, dos quais 276, ou 79,77% responderam afirmativamente. Sobre os instrumentos de cooperação celebrados, a pesquisa obteve 273 seguintes respostas:

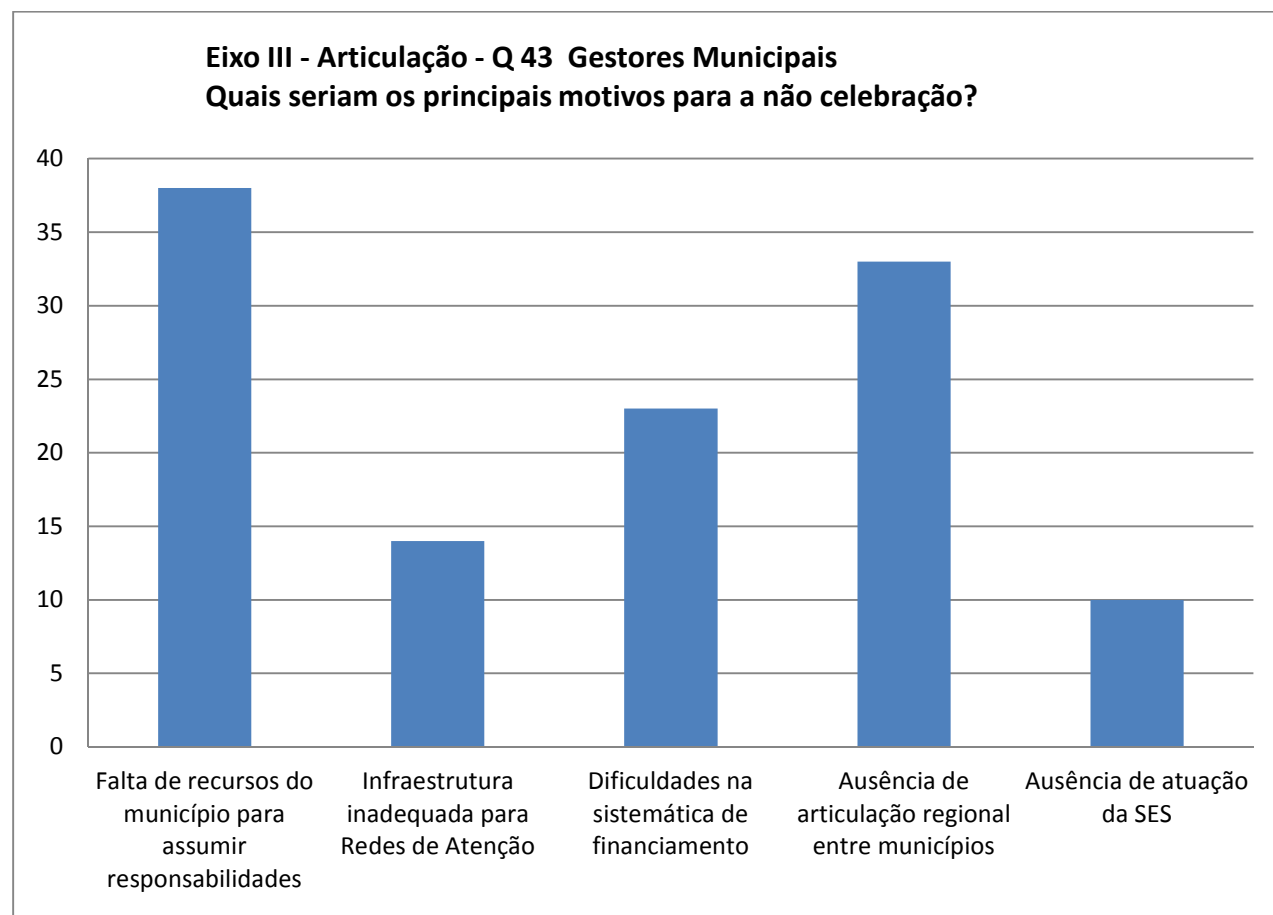
Eixo III - Articulação - Q 44 Gestores Municipais

Quais destes instrumentos foram celebrados? É possível marcar mais de um.



Das respostas, 187 gestores municipais mencionaram a Programação Pactuada

Integrada, 162 Convênios, 150 Consórcios, 118 Termos de Compromisso de Gestão e 28 o COAP. Devem-se fazer duas observações. Em primeiro lugar, foi possível aos gestores marcar mais de uma alternativa, motivo pelo qual a soma das alternativas ultrapassa o número de respondentes, que foi de 273. Em segundo lugar, o questionário colocava como alternativa o COAP tendo em vista ser um questionário padrão para todo o País. Apesar da alternativa COAP contar com 28 respostas, sabe-se que o assunto foi objeto de discussões em CIR, mas, formalmente, ele não foi assinado no RS.



A questão foi respondida por 66 secretários municipais de saúde, os quais puderam marcar mais de uma resposta. O principal motivo identificado, com 38 respostas, equivalentes a 57,58% dos respondentes foi a falta de recursos do município para assumir responsabilidades em relação a outros municípios participantes das Redes de Atenção à Saúde, o que denota a importância do financiamento para o Sistema. Em segundo lugar aparece, com 33 respostas, equivalentes a 50%, a questão de ausência de articulação regional entre os municípios. Infere-se que se trata da questão da referência. Todavia, essa falta de articulação não deve ser debitada à SES tão somente, posto que apenas 10 municípios, ou 15,15%, mencionaram a falta de atuação da SES como motivo para a não celebração de acordos de cooperação.

Conclui-se, a partir dos questionários com os gestores municipais, das entrevistas realizadas com secretários municipais e gestores estaduais, que a articulação regional vem sendo amplamente discutida, porém alcançando baixa efetividade.

Entretanto, a pactuação de um contrato como o COAP — principal instrumento de organização do SUS para o planejamento da saúde e articulação interfederativa — é uma questão

extremamente complexa, em que a discussão e negociação, que contemplem os múltiplos interesses envolvidos, não antecipam soluções fáceis. O processo de planejamento deve iniciar a partir da identificação das necessidades da população, compatibilizando-as com as disponibilidades de recursos, partindo-se dos municípios e respectivas regiões. Não menos importante é o desenvolvimento de sistemas de monitoramento e avaliação efetivos para assegurar o cumprimento das metas pactuadas, bem como o desenvolvimento do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS.

Ressalta-se que compete à SES a coordenação da implantação do COAP, nos termos do art. 39 do Decreto 7.508/2011 e do art. 2º da Resolução Nº 03/2012 da CIT. Para sua implantação o planejamento deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal²³, com seu fluxo de elaboração iniciando pela análise de cada signatário e posterior pactuação na CIR²⁴ e homologação pela CIB.

Recomendação a SES:

S - apresentar um plano de ação, com metas e prazos de execução, para a implantação do COAP no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Especificar os mecanismos de controle para as metas a serem pactuadas e a forma de apoio institucional a ser prestado aos municípios. Ou, justificar as ações a serem adotadas no caso da sua não implantação imediata e/ou as medidas adotadas pela Secretaria para coordenação do planejamento em saúde durante a transição da PPI para o COAP.

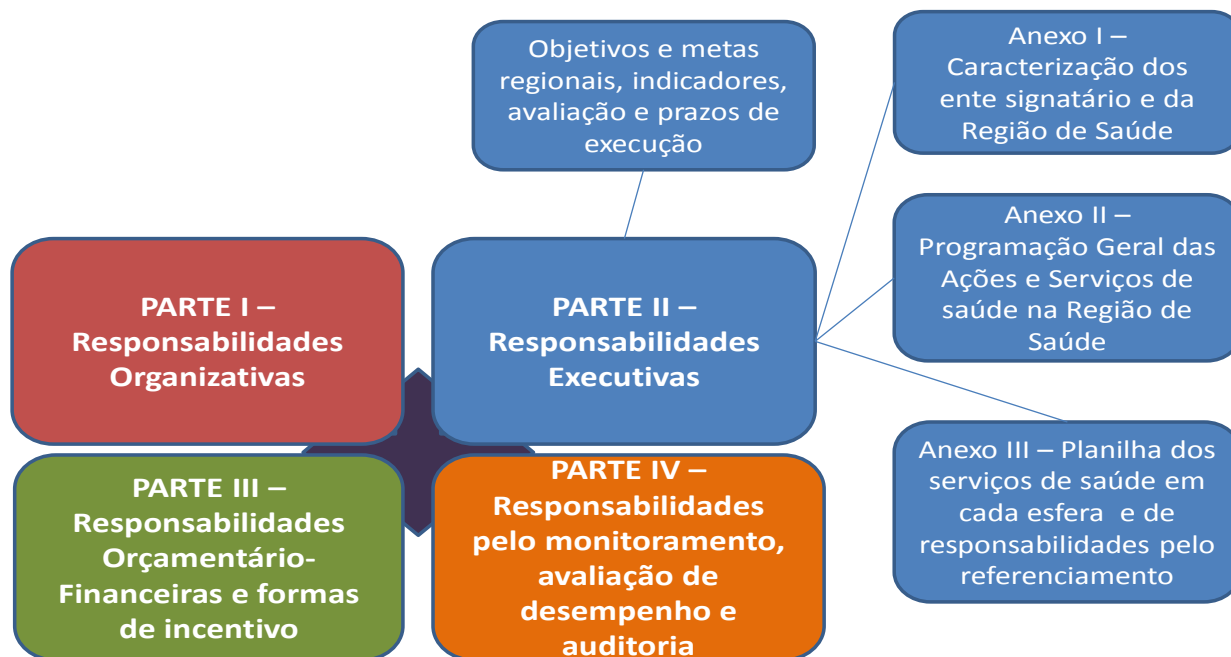
A estrutura do COAP pode ser visualizada na figura abaixo, extraída de apresentação do DAI/SGEP/MS²⁵.

²³ DF 7508/2011, art. 15, 18 e 19.

²⁴ Res. CIT Nº 03/2012, art. 14.

²⁵ Departamento de Articulação Interfederativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. O Decreto nº 7.508/2011 e suas implicações na gestão municipal. Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Caxias do Sul, 29 de maio de 2012. Disponível em www.cosemsrs.org.br. Acesso em 15/12/2014.

ESTRUTURA DO COAP



7.3. Atenção Básica, Regulação e Referência

A Portaria MS/GM Nº 1.559/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, define como regulação do acesso à assistência em saúde, incluindo o atendimento as urgências, a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, e o controle de leitos e consultas disponíveis e procedimentos especializados. A regulação é um eixo estruturante para organização das RAS, visando alcançar o princípio da integralidade dos serviços de saúde prevista na lei de criação do SUS. Visa, de maneira geral, conciliar a oferta dos serviços com a demanda existente, demanda esta, via de regra, superior a oferta. Um de seus instrumentos é o estabelecimento de referências entre as unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local ou intermunicipal. A Portaria define, expressamente, que a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual.

O TCU realizou auditoria operacional na Política de Regulação do SUS em 2009, identificando que a regulação não vem atuando de maneira uniforme e completa na organização do fluxo de pacientes na rede de serviços de saúde²⁶. Sua eficiência pode ser comprometida em virtude de fatores como a precária integração na gestão dos diversos complexos reguladores e o não compartilhamento de informações quanto à disponibilidade de leitos. Essa situação tende a agravar a situação da superlotação das emergências.

Este TCE realizou em 2013 uma Inspeção Extraordinária na SES tendo por foco o sistema informatizado de regulação ambulatorial²⁷. Revelou o Relatório uma significativa demanda reprimida no que se refere às consultas ambulatoriais no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul,

²⁶ TC nº 014.541/2009-6, Acórdão nº 1.189/2010 – Plenário.

²⁷ 12819-02.00/13-4.

considerando as cotas das consultas especializadas reguladas pelo Complexo Regulador Estadual – CRE/RS. Em setembro de 2013 havia, no total, uma demanda reprimida de 163 mil consultas reguladas pelo CRE/RS, encaminhadas para atendimento dos prestadores situados em Porto Alegre, para uma cota mensal de 10,3 mil consultas. Dessa forma, a média temporal de espera para consultas especializadas alcançava 15,8 meses. Há de se destacar que a espera para consultas de determinadas especialidades é bem acima dessa média, e.g. a especialidade traumatologia alcançou 31,5 meses, e a espera para consultas com proctologistas alcançando 60,3 meses. Essa situação *“traduz-se na sonegação do cuidado integral, cujas consequências aos usuários são imprevisíveis, mas tendentes ao agravamento das enfermidades”*.

Nos esclarecimentos da SES (Gestão 2014) ao Relatório é abordada a complexidade da questão regulação, mencionando-se:

- sistemas sob gestão municipal e estadual;
- sistemas para áreas hospitalar e ambulatorial;
- diferentes especialidades e subespecialidades;
- demanda oriunda do próprio município ou da região;
- sistemas privados (ex. AGHOS) ou públicos (ex. SISREG);
- grande concentração dos prestadores de serviços em Porto Alegre e em pequeno número de cidades principais;
- notória insuficiência de leitos e cotas (físicas e financeiras) para exames e especialistas.

Concluindo, os Esclarecimentos mencionam que *“o processo ideal de regulação de leitos deve contemplar a integração com a regulação pré-hospitalar (SAMU), com o acesso as internações eletivas através das consultas especializadas (regulações ambulatoriais), com a atenção básica (prontuário eletrônico), com o processamento (faturamento) das internações e com os sistemas hospitalares privados, de forma a evitar o duplo registro das informações e seus prejuízos.”*. Menciona a decisão da SES de utilizar o SISREG na regulação ambulatorial, com implantação gradual nas CRS a partir das especialidades eleitas como prioritárias.

A pesquisa realizada com os secretários municipais de saúde questionou se as UBS estão orientadas para realizar o encaminhamento dos usuários:



De um total de 346 respostas, 341, equivalentes a 98,55%, responderam afirmativamente a essa questão, indicando o conhecimento do assunto.

As entrevistas com gestores e profissionais de saúde realizadas nas visitas às 11 secretarias municipais de saúde, confirmaram a dificuldade que a AB da saúde tem para referenciar pacientes a consultas com especialistas e para a realização de determinados exames, notadamente em algumas especialidades, como traumatismo-ortopedia, quando não há caracterização de urgência. A marcação da consulta/exame/procedimento pode dar-se de forma manual ou por diferentes sistemas informatizados, conforme a coordenadoria regional ou o município de referência, o que pode variar conforme a especialidade requerida, nos termos pactuados no âmbito das CIR. Como previsível, a espera pelo agendamento apresenta variações não apenas em relação à especialidade/exame, mas também em função do município de referência, decorrência natural do processo de regionalização.

A partir das entrevistas com os gestores municipais e estaduais, e reconhecendo-se as complexidades do processo de regulação/referência, inclusive no que diz respeito à classificação de risco para fins de priorização, identificam-se três oportunidades de aperfeiçoamento do sistema no que diz respeito a AB da saúde. Em primeiro lugar, em determinados casos, não é possível as UBS (ou setores específicos da SMS encarregados da marcação de consultas ou exames) informarem aos usuários o tempo de espera até que o procedimento seja efetivamente agendado. Esse aspecto não apenas prejudica o processo de acolhimento do usuário — posto que a resposta da AB à sua necessidade específica não fica clara —, como prejudica também o papel de ordenador do cuidado, que este segmento deve realizar. Em segundo lugar, poucos sistemas/procedimentos prevêm avisar, em tempo razoável, anterior à consulta, sobre a sua proximidade, bem como controlar absenteísmo, procurando identificar as causas, que prejudicam a eficiência do Sistema. Em terceiro lugar, não se identificou a implantação efetiva de fluxos de contra-referência, tal como previstos na Portaria MS/GM Nº 1.559/2008, já citada.

Recomendação a SES:

T - apresentar um plano de ação, com metas e prazos de execução, para aperfeiçoamento do sistema de regulação, prevendo, a integração dos diversos serviços — como dito nos Esclarecimentos, o processo ideal —, reforçando papel da atenção básica como ordenadora e

coordenadora do cuidado nos termos da PNAB e da RAS, forte nos princípios da transparência e da eficiência. A implantação desse Plano pode integrar o plano de ação para implantação do COAP, objeto da Recomendação anterior.

8. FINANCIAMENTO

O tema Financiamento da Saúde certamente não é de difícil compreensão, mas, paradoxalmente, enfrenta barreiras aparentemente intransponíveis no seu equacionamento, na perspectiva da concertação de responsabilidades dos três entes da federação. Evidentemente que há causas para tanto, a começar pela assimetria obrigacional estampada na EC 29/00, que, ao estipular as obrigações mínimas de cada ente (15% e 12% dos impostos, respectivamente a municípios e estados), para a União Federal (ente que é contemplado com as maiores fatias dos impostos e contribuições nacionais) adotou o critério dos gastos evidenciados no ano de 1999, acrescidos ao equivalente a 5% para o ano de 2000, e, adiante, adicionadas às variações do Produto Interno Bruto – PIB, que, sabe-se, incertas.

Ademais, o critério reservado à União, sob o ponto de vista dos interesses da saúde pública, não resiste à lógica matemática, ou quantitativa, porquanto o que mais se observa, pós-edição da EC 29/00, é a crescente participação relativa deste Ente no montante dos tributos nacionais, encorpando suas receitas e avançando em maior fatia do PIB, consoante demonstram dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação – IBPT. O Instituto dá conta, com muita clareza, da expressiva evolução dos tributos federais, em relação ao PIB, a partir da vigência da EC 29/00, deslocando-se de 20,48% para 25,54%, no período de 2000 para 2013. Chama a atenção que a participação estadual, em relação ao PIB, desloca-se de 8,16% para 9,08% e a municipal de 1,39% para 1,83%.

A despeito de a participação municipal ter evidenciado o maior crescimento percentual, ou relativo, os municípios permanecem em evidente desequilíbrio, no confronto com os outros entes da federação, face à inexpressiva possibilidade de arrecadação genuína de tributos. Esta realidade os coloca na condição de polos dependentes da União Federal e Estados-membros para a concepção e consecução de políticas públicas importantes na seara da saúde, e.g. ESF, NASF e PMAQ, colocando-os na condição fática de aderentes a iniciativas federais e estaduais de políticas públicas, cujos custos correspondentes às suas contrapartidas, ou as possibilidades de assentamentos contábeis dos valores aportados pela União e Estado-membro, por vezes não cabem nos seus limites de gastos com pessoal, frente às imposições inerentes à LRF.

Eis a tabela demonstrativa do IBPT:

Quadro 17 ARRECAÇÃO TRIBUTÁRIA GERAL: EM US\$ MILHÕES (1986 A 1991)/ R\$ MILHÕES (1992 EM DIANTE)										
ANO	PIB	TRIBUTOS FED.	% SOBRE O PIB	TRIBUTOS EST.	% SOBRE O PIB	TRIBUTOS MUN.	% SOBRE O PIB	TOTAL TRIBUTOS	% SOBRE O PIB	CRESCIMENTO ARRECAÇÃO RELAÇÃO. ANO ANTERIOR
2000	1.179.482	241.602	20,48%	96.223	8,16%	16.371	1,39%	354.190	30,03%	2,03
2001	1.302.136	278.599	21,40%	108.262	8,31%	16.884	1,30%	403.745	30,81%	0,78 P.P.
2002	1.477.822	341.510	23,11%	122.234	8,27%	18.742	1,27%	482.486	32,64%	1,84 P.P.
2003	1.699.948	391.052	23,00%	139.137	8,18%	22.990	1,35%	553.179	32,53%	-0,11 P.P.
2004	1.941.498	454.313	23,40%	166.117	8,56%	29.705	1,53%	650.135	33,49%	0,95 P.P.
2005	2.147.239	514.417	23,95%	187.873	8,74%	30.574	1,42%	732.864	34,13%	0,64 P.P.
2006	2.369.483	570.789	24,09%	211.956	8,95%	35.193	1,49%	817.938	34,52%	0,39 P.P.
2007	2.661.343	650.997	24,46%	233.416	8,77%	38.832	1,46%	923.245	34,69%	0,17 P.P.
2008	3.032.204	739.682	24,39%	270.120	8,91%	46.840	1,54%	1.056.642	34,85%	0,16 P.P.
2009	3.239.404	759.880	23,46%	286.000	8,83%	50.053	1,55%	1.095.933	33,83%	(1,02) P.P.
2010	3.770.085	895.112	23,74%	337.821	8,96%	57.190	1,52%	1.290.123	34,22%	0,63 P.P.
2011	4.143.015	1.051.829	25,39%	363.291	8,77%	77.024	1,86%	1.492.144	36,02%	1,80 P.P.
2012	4.392.094	1.117.214	25,44%	394.669	8,99%	85.331	1,94%	1.597.214	36,37%	0,35 P.P.
2013	4.831.886	1.232.219	25,54%	438.866	9,08%	88.468	1,83%	1.759.593	36,42%	0,05 P.P.

Entretanto, a vantagem comparativa da União, em relação aos outros entes da federação, não produz, necessariamente, consequências positivas, ou pelo menos na mesma proporção, no financiamento da saúde, face à ausência de vinculação legislativa ao crescimento das receitas federais para o fim específico. Em contrário sensu, estados e municípios, que têm seus impostos e transferências constitucionais informadores da base de incidência dos percentuais, já citados, para a saúde, vêm, progressivamente, ancorando as necessidades de financiamento, numa constante de acréscimos na participação relativa do financiamento público total, consoante comprova estudo produzido pelo IPEA.

Eis a tabela demonstrativa do IPEA:

Quadro 18 Gasto com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011) (Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA)								
Ano	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total	%
2000	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100
2001	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100
2002	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100
2003	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100
2004	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100
2005	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100
2006	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100
2007	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100
2008	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100
2009	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100
2010	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100
2011	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012).

Nota: 1 Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Obs.: 1. O gasto federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

2. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do gasto federal ASPS, considera os valores executados na Unidade Orçamentária (UO) 74202 – recursos sob supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 2007. A partir de 2008, a SPO começou a excluir esta UO do cômputo de gasto em ASPS.

3. O gasto estadual ASPS foi extraído de Notas técnicas produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 322/2003 e EC no 29/2000. Em 2009 e 2010, foram utilizados os dados dos 27 estados que transmitiram ao SIOPS (posição 27 de novembro de 2012). Em 2011, foram utilizadas as 26 Unidades da Federação (UFs) que transmitiram até dia 27 de novembro de 2012. Em relação a Alagoas, que ainda não havia transmitido até esta data, atualizou-se a informação de 2010 com base no crescimento anual médio observado nos últimos dois anos. Aguardou-se a análise de balanço pela equipe do SIOPS dos respectivos anos para a atualização final deste gasto.

4. O gasto municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS em 27 de novembro 2012. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, cujo percentual corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2011. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao SIOPS e em 2011 este percentual foi de 98%.

Aduz, ainda, o IPEA:

Quando se analisa a participação do gasto público em saúde das três esferas no PIB, observa-se que essa participação aumentou em 1 ponto percentual (p.p.) entre 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%). Entretanto, este incremento observado no indicador citado foi proveniente do aumento da participação dos estados e dos municípios no PIB, uma vez que a participação da União permaneceu estável ao longo destes anos. Nesse período, o gasto federal em ASPS correspondeu a 1,73% do PIB em 2000 e 1,75% do PIB em 2011, o gasto estadual correspondeu a 0,54 do PIB em 2000 e 1% em 2011 e o municipal a 0,6% do PIB em 2000 e 1,16% em 2011.

(...)

Assim, afirma-se que a aprovação da EC no 29 teve impactos diferenciados em cada ente da federação e foi bem-sucedida na busca do objetivo de

atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.(Grifou-se)

Estas realidades, muito bem lançadas pelo IBPT e IPEA, revelam combinação de paradoxo que explica, pelo menos em parte, o subfinanciamento que se observa na função saúde. Apesar de a União Federal experimentar, pós-EC 29/00, crescente participação no montante tributário nacional, em relação ao PIB (20,48% para 25,54%, de 2000 para 2013), paradoxalmente evidencia encolhimento no financiamento da saúde. Com efeito, no período compreendido entre os anos 2000 e 2011 a União envolveu na participação do financiamento da saúde nacional, deslocando-se de 59,8% para 44,7%, enquanto os estados evoluíram de 18,5% para 25,7% e os municípios de 21,7% para 29,6%.

8.1. Iniquidade Distributiva dos Recursos da Saúde com Reflexos no Acesso aos Serviços.

As questões que determinam a distribuição e destinação desiguais de recursos à saúde são multicausais, constituindo iniquidade na oportunização do acesso e resolução das necessidades básicas da população, pois, para além dos problemas de gestões ineficientes, é determinante a forma concentradora como os impostos são devolvidos aos seus destinatários (e.g: ICMS, Art. 158, Inc. IV, e § Único, Inc. I da CF.), cuja garantia constitucional, paradoxalmente, subverte os legítimos interesses de grande parte dos municípios, que são prejudicados pelo critério do retorno ou transferência, mantenedor e reproduzidor de desigualdades. A norma magna, diversamente, contempla no Art. 3º, Inc III, como objetivos fundamentais da República, a redução das desigualdades sociais e regionais. Quando a normatização inclina-se especificamente ao rateio dos recursos da saúde, o Art. 198, § 3º, Inc. II da CF deixa claro o objetivo do legislador de garantir a progressiva redução das disparidades regionais.

Coerente com a linha de objetivos e princípios adotados nos Artigos 3º e 198º da CF, recentemente a LC 141/12 contemplou, no texto dos seus Artigos 17 e 19, o critério de rateio dos recursos provenientes da União Federal e Estados-membros aos municípios pelo pressuposto da necessidade de saúde da população, além de outras especificidades.

Diante dos claros objetivos e princípios constitucionais, recepcionados em determinação específica da LC 141/12, seria razoável nutrir-se a expectativa de justiça plena na distribuição de recursos à saúde, em obediência às necessidades reais de contingentes populacionais tão heterogêneos, em situação de vulnerabilidade social diversa.

Entretanto, o que se observa, em regra geral, são simplificações e insuficiências na concepção e distribuição de recursos aos municípios, sobretudo os de responsabilidade federal, destinados à consecução da Atenção Primária da Saúde - APS. Com efeito, o Piso de Atenção Básica Fixo – PAB Fixo (variação de R\$ 23,00 a 28,00 per capita/ano, Portaria 1.409/2013), não responde às reais diferenças socioeconômicas existentes entre os municípios. Vale dizer: não promove equidade distributiva.

A propósito, estudo realizado por Auditor do Tribunal de Contas do RS (base 2011) revelou distanciamento de até 15 vezes entre os valores efetivamente destinados pelos municípios gaúchos às Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS. A referida base, atualizada com dados do

ano de 2013, não denota alterações significativas no processo de iniquidade instalado.

No âmbito estadual, foi criada a Política de Incentivo Estadual à Atenção Básica em Saúde – PIES (no ano de 2014, regulamentada pela Portaria nº 280/2014 – recurso equivalente ao PAB Fixo federal). Por meio deste expediente, o Estado distribuiu ao conjunto de municípios gaúchos a importância de R\$ 120.000.000,00, em 2014, cuja distribuição procurou ancorar-se em critério objetivo de equidade, como, e.g., Inverso da Receita Corrente Líquida e Índice de Vulnerabilidade Social.

A despeito de o critério adotado pelo Estado na distribuição do PIES tender mais à equidade do que o critério adotado pela União, relativo ao PAB Fixo, ainda remanescem fronteiras de iniquidade que precisam ser, imediatamente, atacadas.

Senão, vejamos:

No contexto do estudo realizado por Auditor do TCE (base 2011), já fora chamada atenção para o fato de o Estado repassar recursos per capita, a título de PIES, para os Municípios de Triunfo e Alvorada, em dissonância com o princípio da equidade, considerando-se que, a despeito de Triunfo acusar uma Receita Tributária Líquida Per Capita Média (2009/2010) no patamar de R\$ 5.271,69 contra modesto R\$ 387,37 acusado por Alvorada, injustificadamente, ou por falha no critério, Triunfo recebeu R\$ 6,18 e Alvorada R\$ 5,06 de PIES per capita/2011.

Ocorre que se examinando a Portaria nº 280/2014, que regulamentou o PIES para o ano de 2014, a assimetria, devidamente comprovada em 2011, ainda não fora enfrentada, porquanto permanecem os repasses per capita com vantajosidade para o município que exhibe fartas condições econômico-financeiras (Triunfo), no confronto com Alvorada.

Eis a situação verificada na primeira parcela do PIES de 2014:

Quadro 19 Primeira parcela do PIES de 2014 – “per capita”			
MUNICÍPIO	IMPOSTO P/C 2013	ASPS P/C 2013	PIES P/C 2014
Triunfo	5.156,93	967,25	4,39
Alvorada	575,86	124,80	1,94

Fontes: Portaria 280/2014 – SES/RS e site TCE/RS (dados fornecidos pelos municípios)

Com relação ao Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável (R\$ 7.130,00, equipe básica – Mod. II de Estratégia Saúde da Família - ESF; e R\$ 10.695,00, equipe básica – Mod I de ESF, agregada de saúde bucal, Portaria Federal nº. 978/2012), verifica-se ausência de critério tendente à equidade, pois o que comanda as transferências de recursos é tão somente a implantação das equipes, não importando as reais condições dos municípios. Pelo contrário, os mais desprovidos, ou hipossuficientes, em regra, sequer conseguem credenciar-se para o compartilhamento dos custos da APS. Consequentemente: ou não constituem as eSF, ou apresentam déficit nos tetos recomendados pelo próprio Ministério da Saúde.

A seguir, demonstram-se as perdas financeiras absorvidas, durante o exercício de 2013, sobretudo pelos municípios relativamente mais pobres, haja vista que não ofertaram as condições necessárias ao credenciamento junto aos outros entes da federação, que lhes possibilitassem o compartilhamento do financiamento tripartite. Esta conduta, na prática, ganha contornos de renúncia de recursos provenientes da União e Estado-membro, pois na ausência de eSF, ou déficits, em relação ao teto estabelecido pelo MS, as municipalidades concorrem, quase que isoladamente,

com os custos da APS, ofertando o modelo de Atenção Tradicional, com prejuízos ao usuários do Sistema.

A dificuldade na criação e/ou expansão das eSF reside, principalmente, na limitação de gastos com pessoal imposta pela LRF e impossibilidade em aportar recursos, na forma de contrapartida, para a contratação dos diversos profissionais de saúde que compõem às eSF.

Ressalva-se que a tabela colacionada informa apenas parte de levantamento mais amplo, cuja perspectiva do todo poderá ser examinada em documento apenso ao presente relatório.

Quadro 20 Perdas financeiras de municípios que não possuem a eSF e programas vinculados ou apresentam déficit nas equipes Ordem crescente de gastos com ASPS										
Município	População	% Aplicado ASPS 2013	ASPS per capita 2013	Impostos per capita 2013	% Despesa Pessoal 2012	Nº Eq. Recomendad	Nº Eq. Imp.	Total Perda	Perda per capita	Proporção perda ASPS
VIAMÃO	241.190	17,030	106,00	622,54	42,55	57	4	16.194.160,00	67,14	63,34%
ALVORADA	197.441	21,670	124,80	575,86	48,68	47	27	6.054.400,00	30,66	24,57%
BAGE	117.090	15,470	147,69	954,76	59,87	28	22	1.816.320,00	15,51	10,50%
URUGUAIANA	125.209	16,890	152,38	902,32	48,20	30	0	9.331.600,00	74,53	48,91%
SANTA MARIA	263.662	15,670	157,26	1.003,44	51,00	62	16	13.925.120,00	52,81	33,58%
SAPUCAIA DO SUL	132.197	15,550	158,39	1.018,44	58,95	31	15	4.893.520,00	37,02	23,37%
PELOTAS	329.435	19,590	160,48	819,18	48,43	77	41	10.897.920,00	33,08	20,61%
CANGUCU	53.533	16,760	162,53	970,02	52,16	13	4	2.824.480,00	52,76	32,46%
CAMAQUÁ	63.124	15,740	167,61	1.064,87	48,48	15	0	4.740.800,00	75,10	44,81%
SÃO JOSÉ DO NORTE	25.761	17,200	171,66	998,07	52,11	7	3	1.260.880,00	48,95	28,51%
JAGUARÃO	27.605	15,180	179,79	1.184,16	48,42	7	4	958.160,00	34,71	19,31%
SANT'ANA DO LIVRAMENTO	81.198	18,870	183,39	971,85	46,60	19	0	6.001.680,00	73,91	40,30%
RIO PARDO	37.563	16,610	185,18	1.114,79	55,33	9	3	1.866.320,00	49,69	26,83%
SANTIAGO	48.940	18,160	187,75	1.033,78	49,42	12	8	1.260.880,00	25,76	13,72%
PASSO FUNDO	187.298	15,240	192,62	1.264,06	55,49	44	15	8.828.880,00	47,14	24,47%
REDENTORA	10.430	16,260	193,02	1.186,80	46,80	3	2	352.720,00	33,82	17,52%
SÃO GABRIEL	60.478	18,050	193,80	1.073,59	50,75	15	0	4.740.800,00	78,39	40,45%
ROSÁRIO DO SUL	39.503	17,360	199,58	1.149,45	50,95	10	5	1.563.600,00	39,58	19,83%
CAÇAPAVA DO SUL	33.547	16,920	199,61	1.180,00	54,84	8	5	908.160,00	27,07	13,56%
AMETISTA DO SUL	7.310	15,000	200,39	1.336,22	51,61	2	2	-	-	0,00%
PAROBÉ	52.518	22,360	201,28	900,19	51,73	13	0	4.135.360,00	78,74	39,12%
SANTO ÂNGELO	76.205	20,000	203,33	1.016,57	50,76	18	7	3.429.920,00	45,01	22,14%
CANDELÁRIA	30.260	20,230	203,91	1.008,15	47,14	8	3	1.563.600,00	51,67	25,34%
SOLEDADE	30.092	18,500	204,10	1.103,28	44,95	8	6	605.440,00	20,12	9,86%
SÃO BORJA	61.189	17,550	209,54	1.193,91	48,07	15	14	302.720,00	4,95	2,36%
CRUZ ALTA	62.138	17,750	211,53	1.191,90	47,90	15	13	605.440,00	9,74	4,61%
SÃO JERÔNIMO	22.414	18,420	214,41	1.163,96	44,83	6	0	1.966.320,00	87,73	40,91%
CAPÃO DO LEÃO	24.386	19,220	215,30	1.119,91	53,14	6	0	1.966.320,00	80,63	37,45%
TRÊS PASSOS	23.861	16,190	215,41	1.330,66	51,79	6	8	-	-	0,00%
BOQUEIRÃO DO LEÃO	7.651	15,530	217,23	1.398,94	46,97	2	1	302.720,00	39,57	18,21%
PEDRO OSÓRIO	7.767	16,250	219,98	1.353,32	52,86	2	2	-	-	0,00%
NOVO HAMBURGO	239.355	17,570	220,25	1.253,66	41,17	56	18	11.503.360,00	48,06	21,82%
SÃO LUIZ GONZAGA	34.235	19,530	222,13	1.137,52	55,69	8	8	-	-	0,00%
CARAA	7.450	17,340	224,55	1.295,13	52,68	2	0	655.440,00	87,98	39,18%
SAPIRANGA	75.861	23,230	224,74	967,43	50,28	18	6	3.732.640,00	49,20	21,89%
SANTA ROSA	69.127	17,610	224,99	1.277,49	45,14	17	17	-	-	0,00%
TAQUARA	54.918	22,940	227,31	990,69	52,72	13	1	3.782.640,00	68,88	30,30%
GIRUÁ	16.823	15,670	228,12	1.455,52	42,90	4	4	-	-	0,00%
CRISIIUMAL	13.919	17,080	228,74	1.339,02	49,30	4	4	-	-	0,00%
PIRATINI	19.906	15,780	228,75	1.450,02	53,21	5	1	1.310.880,00	65,85	28,79%
ARROIO DO TIGRE	12.774	18,780	230,35	1.226,72	49,67	3	2	352.720,00	27,61	11,99%
PORTO XAVIER	10.463	17,380	232,81	1.339,46	49,03	3	4	-	-	0,00%
TENENTE PORTELA	13.625	17,240	233,02	1.351,84	44,60	4	4	-	-	0,00%
SÃO LOURENÇO DO SUL	43.024	21,330	235,16	1.102,75	47,63	11	9	655.440,00	15,23	6,48%
TERRA DE AREIA	10.070	20,590	235,29	1.142,90	41,02	3	2	352.720,00	35,03	14,89%
AGUDO	16.612	18,320	235,31	1.284,43	51,77	4	0	1.310.880,00	78,91	33,54%
FONTOURA XAVIER	10.606	18,740	235,36	1.255,81	48,81	3	3	-	-	0,00%
ALEGRETE	76.644	20,780	237,33	1.142,21	56,08	18	8	3.127.200,00	40,80	17,19%
SEBERI	10.829	16,440	239,96	1.459,99	51,77	3	3	-	-	0,00%
CACHOEIRA DO SUL	83.217	23,100	240,47	1.041,06	45,22	20	5	4.640.800,00	55,77	23,19%
ITAQUI	37.916	17,080	241,61	1.414,41	49,54	9	4	1.563.600,00	41,24	17,07%
ENTRE-IJUIS	8.823	15,540	241,73	1.555,56	51,56	3	2	352.720,00	39,98	16,54%
SANTO AUGUSTO	13.899	16,360	242,07	1.479,28	46,93	4	1	958.160,00	68,94	28,48%
RESTINGA SECA	15.828	18,540	242,77	1.309,45	50,39	4	2	655.440,00	41,41	17,06%
JAGUARI	11.320	17,250	243,09	1.408,86	44,97	3	1	655.440,00	57,90	23,82%

BOM RETIRO DO SUL	11.576	17.280	243,13	1.407,14	48,55	3	0	1.008.160,00	87,09	35,82%
VENÂNCIO AIRES	66.658	20.910	244,07	1.167,45	41,94	16	4	3.782.640,00	56,75	23,25%
TRÊS DE MAIO	23.665	19.930	248,26	1.245,77	50,55	6	6	-	-	0,00%
SÃO SEPE	23.674	19.150	248,27	1.296,65	51,42	6	4	655.440,00	27,69	11,15%
CARAZINHO	59.569	20.450	250,01	1.222,63	48,15	14	12	605.440,00	10,16	4,07%
PLANALTO	10.407	19.250	251,47	1.306,06	46,20	3	4	-	-	0,00%
NONOAI	11.962	16.230	252,63	1.556,67	50,45	3	2	352.720,00	29,49	11,67%
IRAÍ	7.902	20.510	252,74	1.232,46	50,35	2	3	-	-	0,00%
SÃO FRANCISCO DE ASSIS	19.020	18.120	254,17	1.403,02	52,07	5	4	352.720,00	18,54	7,30%
SANTANA DA BOA VISTA	8.185	16.390	254,58	1.553,55	53,57	2	1	302.720,00	36,98	14,53%
SÃO PEDRO DO SUL	16.275	22.090	255,37	1.156,21	49,87	4	4	-	-	0,00%
DOM PEDRITO	38.670	17.830	255,79	1.434,63	49,59	10	1	2.874.480,00	74,33	29,06%
PALMEIRA DAS MISSÕES	34.016	18.480	256,88	1.389,70	48,75	8	7	302.720,00	8,90	3,46%
QUARAI	22.873	21.380	257,42	1.203,80	44,37	6	4	655.440,00	28,66	11,13%
CAPELA DE SANTANA	11.851	22.970	257,47	1.121,01	49,35	3	3	-	-	0,00%
CONSTANTINA	9.742	18.430	257,55	1.397,82	48,12	3	3	-	-	0,00%
MAQUINÉ	6.845	16.240	258,39	1.591,48	53,00	2	1	302.720,00	44,22	17,12%
ERECHIM	97.404	19.520	258,62	1.324,88	45,95	23	13	3.077.200,00	31,59	12,22%
ARVOREZINHA	10.220	16.760	259,19	1.546,52	44,12	3	3	-	-	0,00%
GUARANI DAS MISSÕES	7.983	17.010	260,95	1.533,96	50,66	2	2	-	-	0,00%
ENCRUZILHADA DO SUL	24.671	19.290	262,27	1.359,27	56,48	6	5	302.720,00	12,27	4,68%
TAPEJARA	20.017	15.480	262,32	1.694,26	43,24	5	4	352.720,00	17,62	6,72%
RIO GRANDE	198.842	17.630	265,91	1.508,28	47,62	47	28	5.751.680,00	28,93	10,88%
BUTIÁ	20.419	23.150	267,96	1.157,65	52,36	5	0	1.663.600,00	81,47	30,41%
SINIMBU	10.047	23.300	268,61	1.152,62	51,17	3	1	655.440,00	65,24	24,29%
IJUÍ	79.396	23.040	268,61	1.165,91	39,94	19	13	1.866.320,00	23,51	8,75%
ROLANTE	19.732	22.300	268,89	1.205,96	52,74	5	7	-	-	0,00%
AMARAL FERRADOR	6.446	18.180	269,10	1.480,31	47,56	2	2	-	-	0,00%
VALE DO SOL	11.156	21.100	270,07	1.279,97	42,16	3	3	-	-	0,00%
SÃO FRANCISCO DE PAULA	20.660	17.380	270,35	1.555,20	40,86	5	0	1.663.600,00	80,52	29,79%
PASSA SETE	5.220	15.220	270,45	1.777,10	49,14	2	2	-	-	0,00%
ANTÔNIO PRADO	12.821	16.470	271,35	1.647,50	45,94	3	2	352.720,00	27,51	10,14%
TAQUARI	26.123	23.020	272,03	1.181,66	49,40	7	2	1.613.600,00	61,77	22,71%
LIBERATO SALZANO	5.661	16.610	272,04	1.637,34	48,25	2	2	-	-	0,00%
SANTO CRISTO	14.301	18.610	272,60	1.464,60	45,37	4	4	-	-	0,00%
CAMPINA DAS MISSÕES	5.982	15.580	272,79	1.750,39	40,66	2	2	-	-	0,00%
FREDERICO WESTPHALEN	29.158	22.570	272,97	1.209,55	48,40	7	4	958.160,00	32,86	12,04%
DOM FELICIANO	14.503	20.930	273,28	1.305,53	48,03	4	2	655.440,00	45,19	16,54%
NOVA SANTA RITA	23.768	17.130	273,41	1.595,85	57,30	6	0	1.966.320,00	82,73	30,26%
CACHOEIRINHA	119.896	17.310	273,66	1.581,27	50,21	28	10	5.498.960,00	45,86	16,76%
GUAIBA	95.340	21.170	273,68	1.292,57	47,94	23	0	7.212.560,00	75,65	27,64%
LAGOÃO	6.247	19.360	276,16	1.426,65	48,48	2	1	302.720,00	48,46	17,55%
ESTRELA	31.105	17.750	276,42	1.556,85	44,53	8	0	2.571.760,00	82,68	29,91%
PALMITINHO	6.917	17.600	277,04	1.573,86	45,88	2	2	-	-	0,00%
ARROIO DOS RATOS	13.647	22.020	278,34	1.264,29	48,71	4	4	-	-	0,00%
BARRA DO RIBEIRO	12.682	20.400	278,68	1.365,84	47,21	3	3	-	-	0,00%
MONTENEGRO	60.196	18.370	279,41	1.521,24	45,74	15	3	3.732.640,00	62,01	22,19%
LAGOA VERMELHA	27.466	19.150	279,51	1.459,22	38,84	7	4	958.160,00	34,89	12,48%
SANTO ANT. DA PATRULHA	40.086	22.880	279,98	1.223,54	48,38	10	3	2.219.040,00	55,36	19,77%
PORTÃO	31.866	20.640	280,18	1.357,33	50,04	8	2	1.916.320,00	60,14	21,46%
GENERAL CÂMARA	8.404	22.740	282,19	1.241,07	51,17	2	0	655.440,00	77,99	27,64%
SANTA VITÓRIA DO PALMAR	30.641	17.860	283,40	1.586,93	64,14	8	3	1.563.600,00	51,03	18,01%
TIRADENTES DO SUL	6.305	18.370	283,85	1.544,96	43,93	2	2	-	-	0,00%
BARROS CASSAL	11.101	22.790	284,00	1.246,18	47,88	3	1	655.440,00	59,04	20,79%
GETÚLIO VARGAS	16.101	19.700	284,79	1.445,88	51,30	4	4	-	-	0,00%
FAXINAL DO SOTURNO	6.647	18.070	285,44	1.579,23	44,45	2	1	302.720,00	45,54	15,96%
CRUZEIRO DO SUL	12.420	19.560	287,39	1.469,27	42,15	3	2	352.720,00	28,40	9,88%
SANTO ANTÔNIO DAS MISSÕES	10.987	17.070	288,25	1.688,34	47,78	3	2	352.720,00	32,10	11,14%
VERA CRUZ	24.389	25.520	288,46	1.130,32	46,76	6	2	1.310.880,00	53,75	18,63%
PORTO LUCENA	5.265	17.040	288,96	1.695,84	48,20	2	2	-	-	0,00%
ERVAL SECO	7.682	19.830	289,22	1.458,62	49,78	2	2	-	-	0,00%
ALECRIM	6.828	20.430	289,46	1.416,67	42,61	2	3	-	-	0,00%
CERRITO	6.324	18.920	290,32	1.534,60	48,27	2	0	655.440,00	103,64	35,70%
LAJEADO	73.201	19.380	290,59	1.499,59	45,81	18	9	2.824.480,00	38,59	13,28%
PROGRESSO	6.153	16.710	290,86	1.740,78	45,23	2	2	-	-	0,00%
GRAVATAÍ	259.138	23.550	291,77	1.238,93	48,08	61	20	12.411.520,00	47,90	16,42%
IVOTI	20.562	19.890	292,13	1.468,51	46,60	5	0	1.663.600,00	80,91	27,70%
ITAARA	5.076	16.390	292,33	1.783,23	54,03	2	0	655.440,00	129,13	44,17%
CAIÇARA	4.995	15.270	292,34	1.914,23	44,32	2	1	302.720,00	60,60	20,73%
CANELA	40.076	21.880	293,05	1.339,45	40,81	10	6	1.260.880,00	31,46	10,74%
CÂNDIDO GODÓI	6.451	16.620	294,47	1.772,00	45,31	2	2	-	-	0,00%
SÃO PAULO DAS MISSÕES	6.240	18.710	294,56	1.574,32	46,81	2	0	655.440,00	105,04	35,66%
SEGREGO	7.087	21.320	295,60	1.386,71	49,54	2	2	-	-	0,00%
NOVA PETRÓPOLIS	19.371	17.940	298,49	1.663,71	40,65	5	8	-	-	0,00%
TORRES	35.227	17.700	299,26	1.690,98	46,22	9	6	908.160,00	25,78	8,61%
VERANÓPOLIS	23.315	15.950	299,52	1.877,48	37,33	6	4	655.440,00	28,11	9,39%
CACEQUI	13.430	20.460	299,56	1.464,26	48,80	4	4	-	-	0,00%
FLORES DA CUNHA	27.647	16.040	299,60	1.867,54	43,57	7	2	1.613.600,00	58,36	19,48%
ESPUMOSO	15.241	19.230	299,87	1.559,18	40,36	4	0	1.310.880,00	86,01	28,68%
CERRO LARGO	13.384	20.130	301,53	1.498,08	45,72	4	3	302.720,00	22,62	7,50%
CORONEL BICACO	7.645	17.410	301,92	1.734,30	49,58	2	3	-	-	0,00%
HERVAL	6.739	15.450	304,11	1.968,83	47,70	2	3	-	-	0,00%
DOIS IRMÃOS	28.348	20.400	304,49	1.492,22	45,14	7	2	1.613.600,00	56,92	18,69%
GUAPORÉ	23.230	20.460	305,56	1.493,75	48,42	6	4	655.440,00	28,22	9,23%
MORRO REDONDO	6.262	18.080	305,62	1.690,66	46,25	2	2	-	-	0,00%
VACARIA	61.947	24.440	306,49	1.254,18	46,34	15	7	2.471.760,00	39,90	13,02%
CHUI	6.031	19.410	306,75	1.580,35	49,68	2	0	655.440,00	108,68	35,43%
ARROIO GRANDE	18.368	18.810	310,75	1.651,97	46,47	5	0	1.663.600,00	90,57	29,15%
IGREJINHA	32.399	19.950	311,69	1.562,65	52,11	8	4	1.260.880,00	38,92	12,49%
SÃO NICOLAU	5.625	18.290	313,06	1.711,94	53,87	2	2	-	-	0,00%
SARANDI	21.757	21.840	314,02	1.437,58	49,78	6	3	958.160,00	44,04	14,02%
SOBRADINHO	14.348	24.190	314,04	1.297,96	44,25	4	1	958.160,00	66,78	21,26%
IBIRAIARAS	7.173	16.880	314,63	1.863,41	47,88	2	2	-	-	0,00%

JÓIA	8.339	15,280	317,48	2.077,28	50,30	2	4	-	-	0,00%
MAXIMILIANO DE ALMEIDA	4.800	16,610	318,58	1.918,35	47,72	2	2	-	-	0,00%
BARÃO DO TRIUNFO	7.072	22,370	320,34	1.431,76	56,67	2	1	302.720,00	42,81	13,36%
SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ	22.270	24,010	322,95	1.344,96	43,22	6	3	958.160,00	43,02	13,32%
BALNEÁRIO PINHAL	11.371	21,590	323,50	1.498,30	48,44	3	3	-	-	0,00%
CHARQUEADAS	36.130	21,390	327,06	1.528,70	47,40	9	9	-	-	0,00%
PARAÍSO DO SUL	7.355	21,240	328,50	1.546,52	48,63	2	0	655.440,00	89,11	27,13%
BENTO GONÇALVES	107.075	19,620	329,93	1.681,39	34,52	26	11	4.590.800,00	42,87	13,00%
RONDA ALTA	10.247	21,100	330,00	1.563,92	44,17	3	3	-	-	0,00%
CERRO GRANDE DO SUL	10.570	26,790	330,20	1.232,58	47,87	3	3	-	-	0,00%
ANTA GORDA	6.035	16,240	330,85	2.037,69	42,60	2	2	-	-	0,00%
CAMPO NOVO	5.269	16,210	332,98	2.054,63	52,64	2	1	302.720,00	57,45	17,25%
TAPES	16.681	25,270	333,43	1.319,36	53,14	4	4	-	-	0,00%
RONDINHA	5.430	16,860	333,58	1.978,37	48,89	2	2	-	-	0,00%
LAVRAS DO SUL	7.615	16,010	333,63	2.083,28	52,50	2	0	655.440,00	86,07	25,80%
CANOAS	326.505	19,650	335,08	1.704,98	36,14	77	24	16.044.160,00	49,14	14,66%
BOA VISTA DO BURICÁ	6.573	18,800	338,52	1.801,07	45,69	2	2	-	-	0,00%
SERTÃO SANTANA	5.938	18,570	338,80	1.824,24	47,05	2	0	655.440,00	110,38	32,58%
CAPO DA CANOA	43.783	20,050	338,86	1.690,00	50,98	11	4	2.219.040,00	50,68	14,96%
CAXIAS DO SUL	446.911	19,630	339,00	1.726,77	39,94	105	36	20.887.680,00	46,74	13,79%
HORIZONTINA	18.446	15,550	339,06	2.181,00	46,70	5	5	-	-	0,00%
GARIBALDI	31.328	17,130	339,23	1.980,18	44,19	8	2	1.916.320,00	61,17	18,03%
ESTEIO	80.862	24,520	341,34	1.392,35	48,29	19	7	3.732.640,00	46,16	13,52%
MATA	5.041	18,860	341,38	1.810,22	50,32	2	2	-	-	0,00%
RODEIO BONITO	5.742	19,560	341,66	1.746,54	44,87	2	2	-	-	0,00%
GRAMADO XAVIER	4.016	16,680	343,12	2.056,51	49,95	1	1	-	-	0,00%
CATUÍPE	9.191	20,650	343,27	1.662,00	48,34	3	3	-	-	0,00%
TRÊS COROAS	24.516	24,480	343,31	1.402,17	47,87	6	3	958.160,00	39,08	11,38%
BARÃO	5.793	17,070	343,61	2.013,52	37,17	2	2	-	-	0,00%
BOM PRINCÍPIO	12.136	20,060	345,07	1.719,83	34,16	3	4	-	-	0,00%
JÚLIO DE CASTILHOS	19.453	19,620	345,19	1.759,77	47,67	5	5	-	-	0,00%
PAVERAMA	8.090	25,330	345,44	1.363,48	41,59	2	1	302.720,00	37,42	10,83%
ERVAL GRANDE	5.090	18,710	345,68	1.847,63	44,54	2	2	-	-	0,00%
SÃO MARTINHO	5.691	17,570	345,71	1.967,42	44,98	2	2	-	-	0,00%
CAIBATÉ	4.914	17,060	345,81	2.027,23	48,42	2	2	-	-	0,00%
SANTA MARIA DO HERVAL	6.078	19,810	346,01	1.746,54	48,22	2	1	302.720,00	49,81	14,39%
ENCANTADO	20.810	21,760	346,96	1.594,33	42,16	5	4	352.720,00	16,95	4,89%
ARROIO DO MEIO	19.060	18,840	347,08	1.842,15	45,71	5	3	655.440,00	34,39	9,91%
HULHA NEGRA	6.147	17,970	347,39	1.933,45	53,93	2	2	-	-	0,00%
SÃO JOSÉ DO OURO	6.882	19,400	347,52	1.791,27	40,50	2	0	655.440,00	95,24	27,41%
PINHEIRO MACHADO	12.642	18,930	347,76	1.837,01	50,78	3	3	-	-	0,00%
TRÊS CACHOEIRAS	10.322	23,920	348,23	1.455,51	48,61	3	4	-	-	0,00%
ROQUE GONZALES	7.114	22,480	349,45	1.554,18	44,89	2	3	-	-	0,00%
SÃO JOÃO DA URTIGA	4.696	16,460	349,91	2.126,48	39,04	2	1	302.720,00	64,46	18,42%
MIRAGUAI	4.828	19,520	350,87	1.797,34	50,51	2	1	302.720,00	62,70	17,87%
SANTA CLARA DO SUL	5.832	17,370	352,06	2.026,67	44,49	2	2	-	-	0,00%
FARROUPILHA	64.893	21,340	353,37	1.656,03	44,04	16	6	3.127.200,00	48,19	13,64%
ESTÂNCIA VELHA	43.698	29,710	354,11	1.191,96	52,58	11	8	958.160,00	21,93	6,19%
FELIZ	12.517	20,780	354,51	1.706,04	32,25	3	4	-	-	0,00%
PANTANO GRANDE	9.732	22,510	355,06	1.577,32	54,84	3	1	655.440,00	67,35	18,97%
CHAPADA	9.322	19,270	355,27	1.843,87	42,49	3	4	-	-	0,00%
NÃO-ME-TOQUE	16.166	16,370	357,88	2.185,73	42,98	4	3	302.720,00	18,73	5,23%
PASSO DO SOBRADO	6.079	21,210	358,30	1.688,90	45,51	2	2	-	-	0,00%
ELDORADO DO SUL	35.412	22,200	359,06	1.617,50	50,17	9	0	2.874.480,00	81,17	22,61%
MINAS DO LEÃO	7.678	20,870	362,36	1.736,51	49,25	2	0	655.440,00	85,37	23,56%
NOVA PRATA	23.508	23,340	362,59	1.553,83	49,23	6	5	302.720,00	12,88	3,55%
MARCELINO RAMOS	4.987	18,190	362,93	1.995,05	40,45	2	2	-	-	0,00%
SÃO MARCOS	20.276	22,850	363,34	1.590,02	49,67	5	2	1.008.160,00	49,72	13,68%
ROCA SALES	10.436	20,320	363,36	1.788,11	39,87	3	1	655.440,00	62,81	17,28%
CRISTAL	7.378	21,680	364,73	1.682,21	45,29	2	0	655.440,00	88,84	24,36%
HUMAITÁ	4.873	16,580	365,77	2.206,62	48,51	2	2	-	-	0,00%
GAURAMA	5.783	17,500	371,07	2.120,39	38,52	2	2	-	-	0,00%
ARROIO DO SAL	8.113	17,850	371,68	2.081,86	49,47	2	0	655.440,00	80,79	21,74%
BOM JESUS	11.445	20,250	373,66	1.845,59	44,43	3	2	352.720,00	30,82	8,25%
ILÓPOLIS	4.079	16,350	374,46	2.289,82	42,26	1	2	-	-	0,00%
CACIQUE DOBLE	4.883	20,000	374,73	1.873,62	41,14	2	1	302.720,00	61,99	16,54%
TRINDADE DO SUL	5.767	21,540	375,02	1.741,12	51,25	2	2	-	-	0,00%
BARÃO DE COTEGIPE	6.521	19,500	375,97	1.928,03	34,64	2	2	-	-	0,00%
MARAU	37.573	21,590	377,35	1.747,85	45,25	9	10	-	-	0,00%
IPÊ	6.101	17,550	377,91	2.153,77	47,98	2	2	-	-	0,00%
TAPERA	10.431	22,560	378,20	1.676,26	39,99	3	3	-	-	0,00%
MORRO REUTER	5.781	20,460	378,29	1.848,96	49,20	2	2	-	-	0,00%
SÃO MIGUEL DAS MISSÕES	7.436	16,620	378,70	2.279,10	44,80	2	3	-	-	0,00%
TUPARENDI	8.409	23,960	379,64	1.584,50	45,44	2	2	-	-	0,00%
PORTO ALEGRE	1.416.714	21,500	380,53	1.770,27	42,49	331	128	61.452.160,00	43,38	11,40%
SANTA CRUZ DO SUL	119.997	24,880	381,50	1.533,25	38,70	28	11	5.196.240,00	43,30	11,35%
IBIRUBA	19.415	21,620	384,15	1.777,20	40,68	5	1	1.310.880,00	67,52	17,58%
RIO DOS ÍNDIOS	3.453	15,590	384,39	2.465,69	51,56	1	1	-	-	0,00%
SANANDUVA	15.468	23,240	386,10	1.661,11	43,37	4	4	-	-	0,00%
TABAI	4.217	17,600	387,08	2.199,49	46,31	1	1	-	-	0,00%
VALE REAL	5.236	21,000	389,33	1.853,64	43,78	2	2	-	-	0,00%
TEUTÔNIA	28.198	24,800	389,95	1.572,20	43,66	7	3	1.260.880,00	44,72	11,47%
DR MAURÍCIO CARDOSO	5.160	18,230	391,25	2.146,38	40,35	2	2	-	-	0,00%
RIOZINHO	4.370	18,370	392,70	2.137,67	46,54	2	2	-	-	0,00%
TUPANCIRETÁ	22.483	22,670	394,33	1.739,62	57,57	6	3	958.160,00	42,62	10,81%
VIADUTOS	5.194	19,890	394,97	1.985,45	38,17	2	1	302.720,00	58,28	14,76%
JACUTINGA	3.607	15,230	399,87	2.625,55	43,96	1	2	-	-	0,00%
BOSSOROCA	6.753	18,090	400,03	2.211,65	50,83	2	3	-	-	0,00%
ALPESTRE	7.689	18,170	400,11	2.201,68	48,83	2	3	-	-	0,00%
TUNAS	4.408	21,020	401,29	1.909,33	51,68	2	1	302.720,00	68,68	17,11%
MANOEL VIANA	7.084	21,440	401,64	1.873,12	54,36	2	2	-	-	0,00%
CARLOS BARBOSA	25.898	18,100	402,54	2.224,45	36,98	7	0	2.269.040,00	87,61	21,77%
CAMPO BOM	60.989	25,870	405,94	1.569,19	44,04	15	11	1.210.880,00	19,85	4,89%

AUGUSTO PESTANA	6.990	21.300	406,30	1.907,12	41,64	2	2	-	-	0,00%
NOVO BARREIRO	3.995	18.950	407,43	2.149,56	56,90	1	2	-	-	0,00%
MOSTARDAS	12.195	23.390	409,62	1.751,55	51,99	3	4	-	-	0,00%
NOVA HARTZ	18.841	27,610	410,81	1.487,77	54,11	5	3	655.440,00	34,79	8,47%
ESTACÃO	5.979	21,810	413,43	1.895,67	47,05	2	2	-	-	0,00%
LINDOLFO COLLOR	5.350	22,930	414,60	1.808,43	45,49	2	1	302.720,00	56,58	13,65%
AUREA	3.632	16,780	416,66	2.483,61	40,70	1	2	-	-	0,00%
SÃO LEOPOLDO	217.189	36,970	417,80	1.130,17	49,79	51	8	13.116.960,00	60,39	14,46%
AJURICABA	7.187	22,650	418,81	1.848,78	46,18	2	3	-	-	0,00%
PUTINGA	4.087	17,580	420,37	2.390,87	32,51	1	2	-	-	0,00%
VICENTE DUTRA	5.158	24,240	421,49	1.739,09	50,61	2	2	-	-	0,00%
FORMIGUEIRO	6.926	27,070	424,51	1.567,97	45,10	2	1	302.720,00	43,71	10,30%
TUCUNDUVA	5.837	22,390	426,34	1.904,35	44,89	2	2	-	-	0,00%
SERTÃO	6.118	18,370	427,25	2.325,86	53,62	2	1	302.720,00	49,48	11,58%
PINHEIRINHO DO VALE	4.545	19,850	428,83	2.160,70	46,04	2	1	302.720,00	66,61	15,53%
BROCHIER	4.726	20,260	430,65	2.125,46	39,89	2	1	302.720,00	64,05	14,87%
TRAMANDAÍ	43.178	33,410	432,58	1.294,68	46,99	11	5	1.866.320,00	43,22	9,99%
PARAÍ	6.932	19,160	433,59	2.262,95	32,76	2	2	-	-	0,00%
CHARRUA	3.424	17,600	433,91	2.465,81	41,75	1	1	-	-	0,00%
IBIACÁ	4.692	16,470	437,14	2.654,21	42,84	2	1	302.720,00	64,52	14,76%
ALEGRIA	4.141	21,040	437,88	2.081,25	48,83	1	1	-	-	0,00%
PALMARES DO SUL	10.987	23,030	438,04	1.901,72	48,61	3	1	655.440,00	59,66	13,62%
SELBACH	4.940	17,370	438,40	2.523,60	43,64	2	0	655.440,00	132,68	30,26%
IBARAMA	4.368	21,170	439,22	2.074,49	50,04	2	2	-	-	0,00%
CIRIACO	4.873	20,140	441,20	2.190,93	43,45	2	2	-	-	0,00%
PAIM FILHO	4.155	19,910	441,76	2.219,28	45,16	1	2	-	-	0,00%
MUCUM	4.801	21,050	442,53	2.101,88	41,38	2	2	-	-	0,00%
SÃO VICENTE DO SUL	8.456	27,400	442,55	1.615,23	40,24	2	0	655.440,00	77,51	17,51%
SÃO VALENTIM	3.560	17,170	445,34	2.593,55	39,61	1	1	-	-	0,00%
NOVA ESPERANÇA DO SUL	4.771	23,780	446,34	1.877,11	49,89	2	2	-	-	0,00%
BRAGA	3.628	19,250	447,40	2.323,84	47,83	1	2	-	-	0,00%
MAMPITUBA	2.988	16,760	449,53	2.682,26	35,70	1	1	-	-	0,00%
CERRO BRANCO	4.478	23,260	450,66	1.937,42	51,60	2	2	-	-	0,00%
DAVID CANABARRO	4.675	19,760	450,73	2.281,33	44,86	2	2	-	-	0,00%
BARRAÇÃO	5.322	20,260	455,95	2.250,35	43,65	2	2	-	-	0,00%
NOVA PALMA	6.347	24,010	463,17	1.929,45	48,34	2	3	-	-	0,00%
MORRINHOS DO SUL	3.129	17,920	464,04	2.589,20	47,57	1	0	352.720,00	112,73	24,29%
SÃO JOSÉ DO HORTÊNCIO	4.201	20,610	465,80	2.259,81	31,20	1	1	-	-	0,00%
CASCA	8.683	22,230	468,05	2.105,67	42,45	3	2	352.720,00	40,62	8,68%
SERAFINA CORRÊA	14.761	25,090	469,06	1.869,75	48,99	4	3	302.720,00	20,51	4,37%
COTIPORÁ	3.891	15,020	469,81	3.128,86	38,55	1	2	-	-	0,00%
IMBÉ	18.490	23,940	472,94	1.975,21	72,86	5	0	1.663.600,00	89,97	19,02%
VITÓRIA DAS MISSÕES	3.411	19,080	474,38	2.485,87	45,54	1	1	-	-	0,00%
VILA NOVA DO SUL	4.215	21,790	475,18	2.181,08	46,22	1	1	-	-	0,00%
LAJEADO DO BUGRE	2.491	15,430	475,37	3.081,49	44,78	1	1	-	-	0,00%
MACHADINHO	5.478	25,580	475,54	1.858,77	42,54	2	1	302.720,00	55,26	11,62%
IBIRAPUITÁ	4.037	19,520	475,85	2.437,98	43,93	1	2	-	-	0,00%
ITATIBA DO SUL	4.008	21,950	476,18	2.169,15	42,37	1	2	-	-	0,00%
NOVA BASSANO	8.992	21,020	476,81	2.268,64	41,17	3	2	352.720,00	39,23	8,23%
CAMPINAS DO SUL	5.476	23,330	480,44	2.059,64	45,83	2	2	-	-	0,00%
CHUVISCA	5.011	25,740	481,28	1.869,58	44,95	2	0	655.440,00	130,80	27,18%
SALVADOR DO SUL	6.903	21,550	482,60	2.239,34	39,10	2	2	-	-	0,00%
SALTO DO JACUÍ	11.933	28,420	485,20	1.707,33	60,84	3	1	655.440,00	54,93	11,32%
SEVERIANO DE ALMEIDA	3.796	19,120	488,22	2.553,65	41,91	1	1	-	-	0,00%
INDEPENDÊNCIA	6.514	26,530	488,39	1.840,95	47,16	2	2	-	-	0,00%
SENTINELA DO SUL	5.245	26,520	489,14	1.844,07	46,13	2	0	655.440,00	124,96	25,55%
MATO LEITÃO	3.964	18,600	492,97	2.650,06	42,39	1	2	-	-	0,00%
SENADOR SALGADO FILHO	2.797	15,540	493,52	3.175,19	44,50	1	1	-	-	0,00%
HARMONIA	4.344	16,030	496,62	3.098,41	35,94	2	2	-	-	0,00%
TAVARES	5.353	26,080	498,03	1.909,46	52,65	2	0	655.440,00	122,44	24,59%
CAMBARÁ DO SUL	6.498	24,990	499,74	1.999,62	43,66	2	3	-	-	0,00%
SÃO VALÉRIO DO SUL	2.651	17,360	500,74	2.884,24	41,75	1	1	-	-	0,00%
ALTO FELIZ	2.930	16,730	502,78	3.005,33	34,86	1	1	-	-	0,00%
SANTA BÁRBARA DO SUL	8.650	21,690	504,14	2.324,59	45,37	3	1	655.440,00	75,77	15,03%
GRAMADO	32.829	18,840	504,27	2.676,73	41,97	8	1	2.219.040,00	67,59	13,40%
SÃO JOSÉ DAS MISSÕES	2.678	17,520	508,08	2.900,03	50,56	1	1	-	-	0,00%
DILERMANDO DE AGUIAR	3.044	16,500	511,13	3.098,00	48,65	1	0	352.720,00	115,87	22,67%
EREBANGO	2.962	15,940	511,40	3.208,11	40,89	1	1	-	-	0,00%
JABOTICABA	4.032	24,520	512,51	2.089,90	48,35	1	2	-	-	0,00%
CONDOR	6.562	23,510	516,48	2.197,18	47,85	2	2	-	-	0,00%
HERVEIRAS	2.954	19,170	518,54	2.705,20	47,55	1	1	-	-	0,00%
MARQUES DE SOUZA	4.042	20,070	520,17	2.592,29	36,02	1	2	-	-	0,00%
ÁGUA SANTA	3.712	16,470	525,92	3.194,10	45,37	1	1	-	-	0,00%
ESPERANÇA DO SUL	3.200	19,970	525,94	2.634,28	46,89	1	2	-	-	0,00%
VISTA ALEGRE	2.808	16,030	526,45	3.285,00	42,80	1	1	-	-	0,00%
CENTENÁRIO	2.941	18,100	527,30	2.913,23	36,32	1	1	-	-	0,00%
CERRO GRANDE	2.390	16,640	527,96	3.172,08	47,91	1	0	352.720,00	147,58	27,95%
ARARICÁ	4.990	26,940	528,34	1.961,27	53,00	2	2	-	-	0,00%
GLORINHA	7.074	17,900	528,70	2.953,73	48,96	2	0	655.440,00	92,65	17,52%
BARRA DO QUARAÍ	4.032	16,580	531,37	3.204,80	46,10	1	1	-	-	0,00%
SEDE NOVA	2.982	17,410	532,88	3.060,71	41,53	1	1	-	-	0,00%
PONTÃO	3.850	16,910	532,97	3.152,71	54,87	1	2	-	-	0,00%
CHIAPETTA	3.979	17,180	534,21	3.109,63	45,94	1	2	-	-	0,00%
BARRA DO GUARITA	3.105	20,380	536,62	2.632,96	48,05	1	1	-	-	0,00%
DOM PEDRO DE ALCÂNTARA	2.538	18,250	541,18	2.964,67	44,16	1	1	-	-	0,00%
VALE VERDE	3.283	20,740	545,71	2.631,64	50,23	1	1	-	-	0,00%
BOM PROGRESSO	2.253	15,680	548,92	3.499,73	38,51	1	1	-	-	0,00%
TRÊS PALMEIRAS	4.345	26,020	552,17	2.122,40	33,76	2	2	-	-	0,00%
NOVO CABRAIS	3.899	20,960	555,13	2.648,68	47,80	1	2	-	-	0,00%
SAGRADA FAMÍLIA	2.587	18,950	556,73	2.938,00	41,07	1	1	-	-	0,00%
NOVO TIRADENTES	2.257	16,400	556,91	3.395,26	38,44	1	1	-	-	0,00%
PINHAL	2.515	16,610	557,07	3.354,19	33,83	1	1	-	-	0,00%
ERNESTINA	3.090	18,350	557,86	3.040,68	40,52	1	1	-	-	0,00%

CAMPOS BORGES	3.451	22.290	558,50	2.505,72	39,22	1	1	-	-	0,00%
PEJUÇARA	3.941	17.670	563,50	3.188,27	45,51	1	2	-	-	0,00%
LAGOÁ BONITA DO SUL	2.694	19.620	565,00	2.879,65	31,57	1	1	-	-	0,00%
SÃO PEDRO DA SERRA	3.387	17.930	569,24	3.174,74	38,39	1	1	-	-	0,00%
QUINZE DE NOVEMBRO	3.664	18.610	569,35	3.059,79	42,15	1	1	-	-	0,00%
FAZENDA VILANOVA	3.828	19.850	570,42	2.873,29	37,68	1	1	-	-	0,00%
INHACORA	2.251	16.210	570,56	3.520,89	55,23	1	1	-	-	0,00%
PARÉCI NOVO	3.552	16.450	573,59	3.486,00	40,99	1	1	-	-	0,00%
PICADA CAFÉ	5.259	20.610	576,49	2.797,28	36,85	2	2	-	-	0,00%
DEZESSEIS DE NOVEMBRO	2.779	20.290	581,55	2.865,65	41,87	1	1	-	-	0,00%
CIDREIRA	13.240	36.600	583,08	1.593,00	49,14	4	3	302.720,00	22,86	3,92%
TURUÇU	3.494	22.170	583,24	2.630,56	50,86	1	1	-	-	0,00%
DONA FRANCISCA	3.326	23.610	583,67	2.472,26	46,18	1	2	-	-	0,00%
ARROIO DO PADRE	2.756	19.770	584,83	2.957,72	48,43	1	1	-	-	0,00%
NOVO MACHADO	3.806	22.710	585,61	2.579,18	43,47	1	2	-	-	0,00%
PANAMBI	38.881	35.290	585,93	1.660,09	45,94	10	10	-	-	0,00%
JACUIZINHO	2.530	17.760	589,27	3.318,43	42,82	1	0	352.720,00	139,42	23,66%
DERRUBADAS	3.111	19.280	593,31	3.076,84	43,26	1	1	-	-	0,00%
SÃO PEDRO DO BUTIÁ	2.875	17.290	594,58	3.439,56	42,47	1	1	-	-	0,00%
VISTA GAÚCHA	2.765	17.460	594,65	3.404,87	36,48	1	1	-	-	0,00%
MORMAÇO	2.797	19.570	594,72	3.039,41	40,29	1	1	-	-	0,00%
ITAPUCA	2.292	17.410	594,73	3.415,34	39,47	1	1	-	-	0,00%
DOIS LAJEADOS	3.287	18.150	595,63	3.282,50	42,15	1	1	-	-	0,00%
ITACURUBI	3.432	19.960	602,95	3.021,22	50,71	1	0	352.720,00	102,77	17,05%
SÃO PEDRO DAS MISSÕES	1.900	15.810	607,75	3.843,47	47,50	1	1	-	-	0,00%
NOVA ARAÇA	4.117	19.340	607,94	3.142,82	32,71	1	1	-	-	0,00%
UBIRETAMA	2.239	16.790	608,04	3.620,36	44,23	1	1	-	-	0,00%
VILA FLORES	3.226	17.240	608,23	3.527,43	34,32	1	1	-	-	0,00%
ROLADOR	2.498	17.700	608,93	3.439,38	44,58	1	1	-	-	0,00%
ESTRELA VELHA	3.619	23.100	609,30	2.637,28	50,80	1	1	-	-	0,00%
SÃO MARTINHO DA SERRA	3.195	19.910	616,12	3.093,90	44,95	1	1	-	-	0,00%
JARI	3.549	19.660	618,07	3.144,47	43,32	1	0	352.720,00	99,39	16,08%
FORTALEZA DOS VALOS	4.513	20.730	618,13	2.981,35	52,31	2	1	302.720,00	67,08	10,85%
TOROPÍ	2.916	22.660	619,69	2.734,92	38,09	1	1	-	-	0,00%
SÃO JOSÉ DOS AUSENTES	3.319	19.930	620,64	3.113,53	43,86	1	1	-	-	0,00%
MONTA ALEGRE DOS CAMPOS	3.112	21.480	630,21	2.934,39	39,63	1	1	-	-	0,00%
SANTO EXPEDITO DO SUL	2.428	18.310	631,22	3.447,73	41,14	1	1	-	-	0,00%
TRÊS FORQUILHAS	2.865	23.290	632,44	2.716,03	45,05	1	1	-	-	0,00%
FAXINALZINHO	2.514	19.350	634,31	3.278,35	40,80	1	1	-	-	0,00%
EUGÊNIO DE CASTRO	2.721	16.790	635,15	3.782,81	46,44	1	1	-	-	0,00%
COLORADO	3.472	19.290	635,69	3.295,88	49,15	1	1	-	-	0,00%
COLINAS	2.414	15.540	641,40	4.127,47	29,17	1	1	-	-	0,00%
FAGUNDES VARELA	2.596	16.500	642,16	3.892,01	37,02	1	1	-	-	0,00%
MATO CASTELHANO	2.473	17.380	647,29	3.723,92	35,49	1	1	-	-	0,00%
MAÇAMBARÁ	4.694	21.000	647,31	3.081,79	50,97	2	0	655.440,00	139,63	21,57%
ITATI	2.546	21.350	648,39	3.037,57	37,86	1	1	-	-	0,00%
CRISTAL DO SUL	2.819	23.630	649,85	2.750,26	43,38	1	1	-	-	0,00%
TAQUARUCU DO SUL	2.973	21.650	649,94	3.001,62	44,74	1	1	-	-	0,00%
PINHAL GRANDE	4.433	20.920	656,05	3.136,14	46,11	2	2	-	-	0,00%
CAPIVARI DO SUL	4.009	22.250	656,37	2.949,61	46,32	1	1	-	-	0,00%
CASEIROS	3.030	21.980	659,97	3.002,95	41,96	1	0	352.720,00	116,41	17,64%
BENJAMIN CONSTANT DO SUL	2.244	19.640	665,61	3.388,95	25,88	1	1	-	-	0,00%
GRAMADO DOS LOUREIROS	2.228	19.620	666,12	3.394,86	41,92	1	1	-	-	0,00%
TRAVESSEIRO	2.309	15.700	668,68	4.259,60	33,08	1	1	-	-	0,00%
MONTA BELO DO SUL	2.637	17.050	669,81	3.928,93	39,55	1	1	-	-	0,00%
MARIANA PIMENTEL	3.774	26.590	670,81	2.522,93	66,73	1	0	352.720,00	93,46	13,93%
CORONEL BARROS	2.460	18.110	670,96	3.704,23	43,91	1	1	-	-	0,00%
SÃO VALENTIM DO SUL	2.173	16.380	672,32	4.104,18	34,13	1	1	-	-	0,00%
CANDIOTA	8.878	17.560	681,68	3.883,10	43,97	3	3	-	-	0,00%
NOVA CANDELÁRIA	2.732	18.080	683,64	3.782,15	34,55	1	0	352.720,00	129,11	18,89%
SÃO JOSÉ DO INHACORA	2.170	18.090	685,16	3.787,92	41,51	1	1	-	-	0,00%
PORTO VERA CRUZ	1.760	16.400	686,76	4.186,83	38,50	1	0	352.720,00	200,41	29,18%
TIO HUGO	2.767	21.470	687,53	3.202,51	43,88	1	1	-	-	0,00%
PRESIDENTE LUCENA	2.547	20.260	689,31	3.401,60	35,88	1	0	352.720,00	138,48	20,09%
SALVADOR DAS MISSÕES	2.670	18.680	689,83	3.693,28	45,08	1	1	-	-	0,00%
NOVA PADUA	2.459	17.190	699,49	4.070,12	28,17	1	0	352.720,00	143,44	20,51%
ESMERALDA	3.176	19.710	699,78	3.550,65	45,49	1	1	-	-	0,00%
ACEGUÁ	4.465	19.270	700,87	3.637,53	49,43	2	1	302.720,00	67,80	9,67%
PORTO MAUÁ	2.503	21.980	701,24	3.190,03	44,21	1	1	-	-	0,00%
SÃO JOÃO DO POLÉSINE	2.572	21.620	706,66	3.267,91	42,14	1	1	-	-	0,00%
JAQUIRANA	4.081	28.920	706,95	2.444,79	43,42	1	2	-	-	0,00%
ALTO ALEGRE	1.805	16.120	707,75	4.390,23	31,32	1	1	-	-	0,00%
TRÊS ARROIOS	2.812	20.830	707,78	3.397,59	45,16	1	1	-	-	0,00%
CAMPESTRE DA SERRA	3.259	20.950	714,55	3.411,45	43,51	1	1	-	-	0,00%
FORQUETINHA	2.458	21.250	724,40	3.409,63	37,14	1	0	352.720,00	143,50	19,81%
NOVA ALVORADA	3.247	19.930	725,00	3.638,30	33,79	1	1	-	-	0,00%
NOVA ROMA DO SUL	3.390	17.730	726,05	4.095,50	35,76	1	1	-	-	0,00%
WESTFALIA	2.821	15.300	727,43	4.754,89	33,03	1	1	-	-	0,00%
COQUEIROS DO SUL	2.422	18.290	729,01	3.986,19	40,01	1	1	-	-	0,00%
SÃO JORGE	2.759	22.190	732,19	3.299,37	39,37	1	1	-	-	0,00%
MATO QUEIMADO	1.766	16.710	734,53	4.394,64	30,30	1	1	-	-	0,00%
SILVEIRA MARTINS	2.416	22.550	737,29	3.269,81	46,62	1	0	352.720,00	145,99	19,80%
SÃO DOMINGOS DO SUL	2.941	23.260	743,36	3.195,50	36,92	1	1	-	-	0,00%
SÉRIO	2.217	19.740	744,96	3.774,20	36,23	1	1	-	-	0,00%
UNISTALDA	2.421	21.630	752,55	3.479,87	44,00	1	1	-	-	0,00%
SETE DE SETEMBRO	2.089	20.810	762,11	3.662,11	40,35	1	1	-	-	0,00%
PIRAPÓ	2.668	25.240	771,95	3.058,64	45,16	1	1	-	-	0,00%
COXILHA	2.803	18.890	772,78	4.091,24	47,71	1	1	-	-	0,00%
VILA LÂNGARO	2.134	17.450	773,61	4.434,22	39,83	1	1	-	-	0,00%
SALDANHA MARINHO	2.820	21.620	777,88	3.597,65	42,89	1	1	-	-	0,00%
VICTOR GRAEFF	2.998	22.000	778,17	3.537,50	44,30	1	1	-	-	0,00%
OSÓRIO	41.628	27.320	787,21	2.881,26	40,69	10	9	352.720,00	8,47	1,08%
NOVO XINGU	1.744	18.130	790,28	4.360,08	37,08	1	1	-	-	0,00%

DOCTOR RICARDO	2.016	19.200	791,21	4.119,82	34,84	1	1	-	-	0,00%
NOVA BRÉSCIA	3.197	20.500	795,46	3.879,85	35,87	1	0	352.720,00	110,33	13,87%
CAPAO DO CIPÓ	3.187	19.950	798,19	4.000,16	44,46	1	1	-	-	0,00%
LINHA NOVA	1.634	16.960	800,90	4.721,27	34,41	1	0	352.720,00	215,86	26,95%
VILA MARIA	4.229	25.490	801,37	3.143,38	40,64	1	1	-	-	0,00%
BOA VISTA DO INCRA	2.447	17.620	804,83	4.567,34	42,07	1	1	-	-	0,00%
BARRA DO RIO AZUL	1.941	18.790	806,56	4.293,49	36,09	1	1	-	-	0,00%
CAPITAO	2.647	18.400	807,07	4.386,24	34,09	1	1	-	-	0,00%
PONTE PRETA	1.709	17.130	811,36	4.736,49	30,60	1	1	-	-	0,00%
PAULO BENTO	2.206	20.700	818,06	3.951,91	34,18	1	1	-	-	0,00%
TUPANCI DO SUL	1.550	16.970	819,04	4.825,77	40,34	1	1	-	-	0,00%
IMIGRANTE	3.029	19.940	820,34	4.114,49	40,87	1	1	-	-	0,00%
IVORÁ	2.105	22.600	821,47	3.635,05	41,85	1	1	-	-	0,00%
NOVA BOA VISTA	1.921	18.790	826,85	4.401,48	38,66	1	1	-	-	0,00%
NOVA RAMADA	2.394	21.130	827,27	3.915,31	41,36	1	1	-	-	0,00%
SÃO JOSÉ DO SUL	2.132	17.590	828,48	4.709,72	31,70	1	1	-	-	0,00%
POÇO DAS ANTAS	2.023	19.410	836,42	4.309,49	26,98	1	0	352.720,00	174,35	20,85%
POUSO NOVO	1.827	17.800	838,39	4.709,65	34,80	1	0	352.720,00	193,06	23,03%
ARATIBA	6.482	15.700	838,57	5.339,84	24,56	2	2	-	-	0,00%
BARRA FUNDA	2.388	22.160	839,38	3.787,52	43,79	1	1	-	-	0,00%
QUEVEDOS	2.713	23.290	840,03	3.607,25	44,26	1	1	-	-	0,00%
DOIS IRMÃOS DAS MISSÕES	2.126	18.140	840,64	4.634,95	44,37	1	1	-	-	0,00%
CRUZALTENSE	2.080	21.080	845,24	4.009,48	40,22	1	1	-	-	0,00%
RELVADO	2.136	19.560	852,80	4.360,86	36,18	1	1	-	-	0,00%
SANTO ANT. DO PLANALTO	1.985	18.100	854,55	4.721,18	43,62	1	1	-	-	0,00%
ARAMBARÉ	3.660	25.800	854,69	3.313,36	40,75	1	2	-	-	0,00%
SÃO JOSÉ DO HERVAL	2.155	22.380	860,60	3.844,97	37,33	1	1	-	-	0,00%
GARRUCHOS	3.168	21.200	861,26	4.063,46	47,42	1	1	-	-	0,00%
BOA VISTA DO SUL	2.767	19.280	861,54	4.468,82	30,92	1	0	352.720,00	127,47	14,80%
BOZANO	2.179	21.420	863,34	4.031,40	38,84	1	0	352.720,00	161,87	18,75%
TUPANDI	4.070	16.380	863,98	5.275,78	25,28	1	1	-	-	0,00%
FLORIANO PEIXOTO	1.967	22.060	867,38	3.931,13	34,99	1	1	-	-	0,00%
CARLOS GOMES	1.561	18.080	871,12	4.819,29	36,21	1	1	-	-	0,00%
MUITOS CAPOES	3.007	17.570	871,34	4.958,58	36,35	1	1	-	-	0,00%
MARIANO MORO	2.171	22.920	871,66	3.803,38	37,50	1	1	-	-	0,00%
PEDRAS ALTAS	2.164	17.820	871,77	4.892,16	49,22	1	1	-	-	0,00%
SANTO ANTÔNIO DO PALMA	2.129	17.830	874,53	4.904,02	30,99	1	1	-	-	0,00%
VANINI	1.999	19.300	875,07	4.534,93	37,28	1	1	-	-	0,00%
XANGRI-LÁ	13.074	22.490	878,48	3.906,50	52,52	4	3	302.720,00	23,15	2,64%
ENGENHO VELHO	1.436	16.840	878,54	5.215,84	48,03	1	1	-	-	0,00%
CANUDOS DO VALE	1.785	18.830	880,29	4.674,34	37,69	1	1	-	-	0,00%
SANTA TEREZA	1.725	19.290	889,99	4.614,36	35,42	1	1	-	-	0,00%
SANTA MARGARIDA DO SUL	2.380	19.090	892,10	4.673,14	39,03	1	0	352.720,00	148,20	16,61%
SANTA CECÍLIA DO SUL	1.646	16.290	894,31	5.489,71	34,90	1	1	-	-	0,00%
NICOLAU VERGUEIRO	1.708	17.550	899,65	5.125,06	33,46	1	1	-	-	0,00%
BOA VISTA DAS MISSÕES	2.103	21.070	919,90	4.365,04	41,56	1	1	-	-	0,00%
PROTÁSIO ALVES	1.984	20.710	922,60	4.454,71	27,14	1	1	-	-	0,00%
CAMARGO	2.607	20.580	928,18	4.510,17	40,36	1	1	-	-	0,00%
SÃO VENDELINO	1.984	19.980	930,38	4.656,65	35,21	1	1	-	-	0,00%
ENTRE RIOS DO SUL	3.018	22.280	933,67	4.191,16	43,11	1	1	-	-	0,00%
BOA VISTA DO CADEADO	2.437	19.010	956,92	5.033,20	36,02	1	1	-	-	0,00%
TRIUNFO	26.341	18.760	967,25	5.156,93	51,56	7	7	-	-	0,00%
GENTIL	1.663	17.390	969,19	5.571,73	30,37	1	1	-	-	0,00%
IPIRANGA DO SUL	1.927	19.110	983,53	5.147,64	43,93	1	1	-	-	0,00%
QUATRO IRMÃOS	1.779	20.110	995,29	4.949,33	36,54	1	1	-	-	0,00%
MULITERNO	1.820	23.360	1.007,56	4.314,03	42,27	1	1	-	-	0,00%
COQUEIRO BAIXO	1.518	17.760	1.009,05	5.682,91	30,44	1	1	-	-	0,00%
ALM. TAMANDARÉ DO SUL	2.041	21.390	1.041,57	4.870,14	37,37	1	1	-	-	0,00%
CORONEL PILAR	1.702	20.160	1.050,88	5.211,67	26,22	1	0	352.720,00	207,24	19,72%
CAPÃO BONITO DO SUL	1.730	17.540	1.053,32	6.005,82	41,40	1	0	352.720,00	203,88	19,36%
LAGOA DOS TRÊS CANTOS	1.594	19.120	1.106,29	5.785,82	34,31	1	1	-	-	0,00%
VESPASIANO CORREIA	1.939	23.520	1.133,32	4.819,29	30,42	1	1	-	-	0,00%
UNIÃO DA SERRA	1.424	17.760	1.155,89	6.509,67	38,38	1	1	-	-	0,00%
MONTAURI	1.521	18.190	1.159,39	6.374,83	27,46	1	1	-	-	0,00%
GUABUJU	1.576	23.900	1.219,89	5.103,74	34,98	1	1	-	-	0,00%
ANDRÉ DA ROCHA	1.232	18.530	1.260,59	6.801,97	34,16	1	1	-	-	0,00%
PINHAL DA SERRA	2.089	17.010	1.326,97	7.801,20	36,99	1	1	-	-	0,00%
VISTA ALEGRE DO PRATA	1.562	22.740	1.336,85	5.878,44	36,86	1	1	-	-	0,00%
MARATÁ	2.546				40,11	1	1	-	-	
PINTO BANDEIRA	2.578	16.850				0	0			
1417 142.210.000,00										
MÉDIA ARITMÉTICA IMP. per capita			2.474,43							
MEDIANA				2.037,69						
50% DA MÉDIA				1.237,21						
1,5 DA MÉDIA				3.711,64						
DOBRO DA MÉDIA				4.948,85						

Nota 1: ordem crescente de gastos com ASPS;

Nota 2: tarja amarela, municípios com baixo gasto em ASPS, alto comprometimento com pessoal, baixa cobertura de ESF, com significativas perdas de recursos provenientes da União e Estado;

Nota 3: tarja verde, municípios com alto gasto em ASPS, relativamente baixo gasto com pessoal, alta ou completa cobertura de ESF, com nenhuma ou baixa perda de recursos provenientes da União e Estado.

Frisa-se que os municípios que conseguem organizar suas equipes de saúde da família - eSF, a despeito de os recursos não contemplarem critérios de equidade — o que pode ser alterado, imediatamente, pela União e Estado, até por que dependentes de simples portarias ou resoluções — abrem outras possibilidades de ingresso de recursos, por meio de programas federais e estaduais que

são associados à ESF, como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família — NASF, Portaria Federal nº 548/2013; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica — PMAQ, Portarias Federais nº 1.654/2011 e nº 1.089/2012. Por meio do PMAQ, vencida a exigência de comprovação de bom desempenho das equipes, por meio de avaliação externa, o Ministério da Saúde alcança aos municípios a importância de R\$ 8.500,00 mensais, i.é., valor superior ao conferido à equipe básica, que é de R\$ 7.130,00 mensais.

Por parte do Estado do RS destacam-se a Resolução nº 502/2013, que contempla R\$ 30.000,00 para a formação das eSF; Portaria 565/2013 (incentivo estadual de R\$ 250.000,00 por município, para aquisição de unidade móvel terrestre para atuação de eSF em áreas rurais com população rarefeita); Resolução nº 633/2013 (cria recurso de R\$ 50.000,00 a R\$ 250.000,00 por município, como incentivo financeiro para aquisição de veículos exclusivos ao uso das eSF).

Como se pode observar, o PAB Variável, e recursos complementares de mesma natureza, de origem federal ou estadual, vinculam-se diretamente à possibilidade do ente municipal aderir aos programas de saúde concebidos e sugeridos pelos governos de ambos os entes, o que nem sempre é possível, como já exposto. Evidentemente que a adesão a tais programas, além de significar o aporte de mais recursos e compartilhamento dos custos, principalmente possibilita o alargamento de serviços de saúde à população, com mais qualidade. O oposto a esta conduta, significa aos municípios concorrerem, quase que isoladamente, com os custos da APS, assumindo todas as consequências inerentes às dificuldades de financiamento.

Postos estes aspectos básicos, relativos a recursos informadores da APS, mais especificamente da ESF, recomenda-se à SES/RS providências que se traduzam em ações próprias e junto ao governo federal, tendentes a garantir a presença forte da APS, *lato sensu*, em todos os municípios gaúchos, bem como a cobertura plena, por meio da ESF, pelo menos àquelas populações que se encontram em estado de maior vulnerabilidade social.

A escolha do modelo ESF justifica-se, em primeiro lugar, pela vantajosidade técnica, no confronto com a Atenção Tradicional, defendida pelo próprio Ministério da Saúde, ao propugnar na Portaria MS/GM Nº 2.488/2011 estímulo à adoção de tal modelo, nos seguintes termos:

DAS RESPONSABILIDADES

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

...

II - apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

Em segundo plano, menciona-se que a SES/RS também comunga da orientação federal, pois lançou em seu Plano Estadual de Saúde (2012/2015) as seguintes ponderações e propósitos:

Pesquisas tem demonstrado que a Atenção Básica pode resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os usuários atendidos pelas equipes da saúde da família registram maior satisfação com o SUS, e, em razão disso, que os indicadores de saúde são melhores nos territórios onde essa estratégia esta implantada.

Dessa forma, o projeto AQUI TEM SAUDE – AMPLIACAO E QUALIFICACAO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA - ATENCAO BASICA visa a expansão, qualificação e ao cofinanciamento das ações em saúde nesse nível de atenção. A

ampliação da Estratégia Saúde da Família se dará por meio do apoio institucional presencial, a partir do trabalho realizado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família e pelas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado.

Metas 2012-2015:

- *Implantar 1.006 Equipes de Saude da Familia nos Municipios, totalizando 2.364 equipes, com 70% de cobertura populacional.*

Para o âmbito municipal, a Portaria Federal Nº 2.488/2011 também apregoou:

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

...

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

A propósito, a cobertura da ESF no Estado do RS alcançou, em 2014, o patamar equivalente a 51%, consoante dados do Sistema de Gestão Estratégica da SES/RS, indicador situado entre os piores, considerando-se todos os estados brasileiros.

O Apenso I a este Relatório empresta informações substantivas que comprovam, a toda evidência, a flagrante iniquidade na concertação do financiamento da Atenção Básica, implicando o potencial próprio dos municípios, que se revela desigual, assim como os outros entes da federação (União e Estado-membro), que não adotam políticas mitigadoras da referida desigualdade, em desfavor dos interesses da população, sobretudo do estamento populacional que se encontra em estado de maior vulnerabilidade social.

Diante do exposto, considerando-se a prerrogativa reservada pela PNAB à SES, nos campos estratégicos e institucionais, **recomenda-se:**

U - Promover articulação junto aos governos federal e municipais, no sentido de aperfeiçoar os mecanismos de distribuição de recursos na perspectiva do financiamento tripartite da AB, com centralidade no princípio da equidade, consoante apregoam a Constituição da República (artigos 3º e 198), e Lei Complementar Nº 141/2012 (artigos 17 e 19).

V - Aperfeiçoar os mecanismos de distribuição de recursos estaduais, com ênfase no princípio da equidade, na perspectiva do financiamento tripartite da AB, colocando-se como agente garantidor e promotor da expansão do modelo de ESF como instrumento preferencial da AB, consoante apregoa o PES 2012-2015.

9. CONCLUSÃO

Esta Auditoria Operacional Coordenada, nos termos do Acordo de Cooperação Técnica, teve por objeto verificar os principais problemas que afetam a qualidade da prestação dos serviços de Atenção Básica à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

O trabalho iniciou-se pelo levantamento da legislação que rege o Sistema Único de Saúde, no âmbito dos três entes da federação. O SUS foi regulamentado e devidamente implantado em 1990, ancorado em sua Lei Orgânica (Lei Federal Nº 8.080/90), que recepcionou e traduziu em seu texto os objetivos e princípios contidos na Constituição da República, notadamente os contemplados no teor do Artigo 196.

Em seu Artigo 2º a Lei Orgânica do SUS, em simetria com a CF, afirmou:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A despeito de a CF e a Lei Orgânica do SUS garantirem acesso universal e igualitário de serviços de saúde a todos, em realidade essa importante garantia não se verifica, em plenitude ou satisfatoriamente, nas estruturas do processo de cuidado da saúde, em todos os planos (federal, estadual e municipal). As gestões e o financiamento são muito diversos, cuja combinação produz ofertas de serviços e resultados também diversos.

Com efeito, deficiências na seara da gestão e/ou no campo do financiamento, constituem combinação perversa aos interesses dos usuários do SUS, sobretudo àqueles estamentos populacionais que se encontram em estado de maior vulnerabilidade social, que vêem os seus direitos subtraídos ou sonogados. Importante considerar que as necessidades inerentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da população são aspectos que se subordinam à rigorosa temporalidade das ações, i.é., serviços ofertados intempestivamente desumanizam o Sistema, expõem-se ao risco de agravo, elevam os custos e, sobretudo, agregam sequelas evitáveis, em prejuízo do usuário.

Na perspectiva da concertação tripartite do SUS, a oferta dos serviços atinentes à Atenção Básica compete aos municípios, correspondendo a Secretaria Estadual a função de coordenação e apoio estratégicos, notadamente nas seguintes ações: cofinanciamento, apoio institucional, educação permanente, avaliação e monitoramento. Assim, a função da Secretaria Estadual encontra-se entre a ação do Ministério da Saúde, que, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, define as diretrizes da PNAB, e a execução das ações pelos municípios. As ações da SES desenvolvem-se a partir da Coordenação Estadual da Atenção Básica – CEAB e por meio das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Percebe-se, a toda evidência, que o sucesso das ações depende, em grande parte, da articulação interfederativa entre as três esferas de governo.

A metodologia prevista para a auditoria previu inspeções “in loco” na própria Secretaria Estadual, bem como a realização de pesquisa eletrônica endereçada aos secretários municipais e coordenadores regionais de saúde. Além disso, foi selecionada uma amostra de municípios para inspeção “in loco”, dividida entre municípios com as maiores e menores avaliações a partir do Índice de Desenvolvimento do SUS – IDSUS, no que diz respeito à Atenção Básica. Dessa forma, buscou-se identificar não apenas os pontos críticos, mas também exemplos boas práticas na

prestação dos serviços, vislumbrando a realidade do Estado, ainda que a partir de uma amostra de pequeno porte. A realização das visitas, incluindo entrevistas com profissionais de saúde e usuários, permitiu não apenas a melhor compreensão dos dados obtidos nos questionários eletrônicos como também conhecer a realidade entre os serviços melhor e pior avaliados pelo IDSUS.

A combinação das informações produzidas por meio das visitas in loco com os dados trazidos no bojo dos questionários, devidamente sistematizados, permite a seguinte conclusão: os serviços de Atenção Básica à Saúde no Estado do RS apresentam significativa variação, no que tange à infraestrutura, organização e alocação de recursos humanos, oferta, acesso e qualidade.

Analisando-se o provimento e alocação de profissionais de saúde nos municípios, percebem-se variadas formas de relação de trabalho e padrões remuneratórios, geradores de instabilidade funcional, desfavorecendo a construção de vínculo entre os profissionais e os usuários, bem como a longitudinalidade do cuidado, princípios caros ao SUS.

Face à prerrogativa institucional e estratégica desempenhada pela Secretaria Estadual de Saúde, por imposição da Portaria Ministerial Nº 2.488/2011, entende-se que cumpre à esta instância da rede de atenção à saúde, realizar diagnóstico aprofundado acerca das diversas relações de trabalho verificadas no Estado do Rio Grande do Sul, como base para a concepção de políticas harmônicas em articulação com os governos federal e municipais.

Constatou-se que a grande maioria dos municípios participou das capacitações disponibilizadas pela SES, além do respaldo alcançado pelo TelessaúdeRS, como instrumento de consultoria e regulação. Neste contexto, recomenda-se à SES a elaboração dos Planos de Educação Permanente, relativos ao Estado e às Regiões de Saúde, focando profissionais e gestores de saúde no sentido de publicizar, com a devida antecedência, as capacitações, com vistas à ampliação da participação dos profissionais de saúde.

Analisando-se as questões de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos em saúde, especificamente reportando-se a Atenção Básica em Saúde, observa-se que o conjunto dos indicadores revela equilíbrio e técnica adequados. Entretanto, não há presença de indicadores tendentes a avaliar questões como a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde. Por outro lado, a ampliação da ESF no Estado vem ocorrendo lentamente, chegando ao final de 2014 com 51,02% de cobertura, antecipando dificuldades para atingir a meta de 70%, que tem como limite o ano de 2015 (Plano Estadual de Saúde 2012-2015). Note-se que a ampliação do número de equipes saúde da família (eSF) cresceu em escala menor à expectativa depositada no concurso de 1.081 médicos do Programa Mais Médicos e 163 médicos vinculados ao PROVAB, consoante dados em 2014.

Outra questão verificada é a insuficiência na institucionalidade do planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica, de maneira a verificar a qualidade e consistência dos dados, realização de análise para efeito do planejamento das ações e divulgação de resultados.

Analisando-se a articulação interfederativa, menciona-se a importância do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde – COAP, principal instrumento normativo proposto pela União para tal finalidade, ainda não implementado. Mais do que a assinatura dos contratos, o Decreto Federal que regulamenta o COAP (7.508/2011) planeja todo o caminho a ser trilhado, partindo das necessidades epidemiológicas de cada comunidade e a correspondente oferta de serviços. Nessa linha, reforça a importância da Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Analisando-se a questão do financiamento, verificam-se iniquidades na distribuição aos municípios dos recursos federais e estaduais, consoante estudo produzido por Auditor deste Tribunal de Contas, invocado no contexto do item Financiamento deste Relatório, prejudicando os entes que acusam piores condições sócioeconômicas e, por conseguinte, possuindo contingentes populacionais em estado de maior vulnerabilidade social, tendo como única fonte de assistência à saúde o serviços do SUS. Municípios menos aquinhoados, por vezes não conseguem aderir a programas federais e estaduais, como a ESF, principal estratégia da Política Nacional de Atenção Básica, proposta pela União e reproduzida no Plano Estadual de Saúde, por diversos motivos, entre os quais se destacam a falta de recursos para contrapartida e o limite com despesa de pessoal imposto pela LRF.

10. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Solicita-se, nos termos da Resolução Nº 1.004/2014, o envio deste Relatório Preliminar à gestora da SES no exercício de 2014, Dra. Sandra Maria Sales Fagundes, para manifestação, tendo em vista o período auditado corresponder à sua gestão. Igualmente, solicita-se o encaminhamento ao atual gestor da SES, Dr. João Gabbardo dos Reis, tendo em vista que as recomendações propostas, nominadas de “A” a “V”, visando o aperfeiçoamento da gestão pública, somente poderão ser implementadas por ele, nos termos do Art. 4º da referida Resolução, bem como pelo fato de que não se verificou, neste processo, presença de indício de dano ao Erário.

Acompanhando o Relatório, segue apenso às fls. 378 a 386 o documento denominado RECOMENDAÇÕES PARA TODAS AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - BOAS PRÁTICAS E PROVIDÊNCIAS DE GESTÃO, visando a atuação de caráter pedagógico deste TCE junto aos municípios do Estado, o que se entende fundamental para que o objetivo desta Auditoria Operacional Coordenada seja alcançado. A articulação interfederativa é ponto crucial para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados na área de saúde, objetivo fim da auditoria operacional nos termos do artigo 2º da Resolução Nº 1.004/2014. Assim, solicita-se que este documento seja igualmente encaminhado aos gestores acima nominados, para suas considerações, se entenderem pertinentes.

Solicita-se, ainda, o encaminhamento deste Relatório ao Grupo Temático de Auditoria Operacional do Instituto Rui Barbosa – IRB, nos termos do Acordo de Cooperação Técnica, celebrado em 25 de março de 2014, entre os Tribunais de Contas brasileiros, a ATRICON e o IRB.

11. ANEXOS

11.1. Nomenclatura, Conceitos e Glossário

AB: Atenção Básica, as vezes referido como ABS (Atenção Básica em Saúde): A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde. O MS utiliza o termo Atenção Básica, pela *“necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde”* (TESTA,1987). Para efeitos práticos no Brasil pode-se considerar sinônimo de AP. A AB utiliza procedimentos de baixa densidade tecnológica.

ACS: Agentes Comunitários de Saúde.

AIH: Autorização de Internação Hospitalar.

AP ou APS: Atenção Primária a Saúde: terminologia internacionalmente reconhecida, a partir da Conferência de Alma-Ata (OMS). Nesta classificação normalmente se utiliza as nomenclaturas de Atenção Primária, Secundária e Terciária.

APAC: Autorização de Procedimento de Alta Complexidade.

ASPS: Ações e Serviços Públicos de Saúde: contabilização de gastos para verificação da aplicação do percentual mínimo constitucional em saúde por parte de estados e municípios, com recursos próprios, incluindo as transferências constitucionais.

AT: Atenção Tradicional. Realizada em UBS sem ESF.

CadSUS: Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde. Cadastro com base domiciliar, obrigatório formulários de APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) e AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Esta ação contribuiu para o aperfeiçoamento dos sistemas de informação de base nacional além de incrementar dados gerenciais e de regulação. Os usuários do SUS recebem o Cartão Nacional de Saúde.

CAPS: Centros de Atendimento Psicossocial.

CES - Centro Especializado de Saúde ou Conselho Estadual de Saúde.

CIB: Comissão Intergestores Bipartite (municípios e estado).

CIR: Comissão Intergestores Regional (da região de saúde). O RS tem 30 regiões de saúde, nos termos da Res. CIB 555/2012.

CIT: Comissão Intergestores Tripartite (municípios, estados e União).

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil.

CMS: Conselho Municipal de Saúde.

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (organizado pelo DATASUS). Base a partir da qual se operacionaliza os sistemas de informação em saúde.

CNS: Conselho Nacional de Saúde.

COAP: Contrato Organizativo de Ações Pactuadas, instituído por meio do DF 7508, substitui a PPI.

CONASS: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, reconhecido como entidade representativa nos termos da Lei Federal Nº 12.466/2011.

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, reconhecido como entidade representativa nos termos da Lei Federal Nº 12.466/2011.

Contra-referência: encaminhamento de retorno do usuário/paciente à origem do cuidado.

CSAP: Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ver ICSAB.

DAB: Departamento de Atenção Básica (MS).

DAS: Departamento de Ações em Saúde (SES).

EAB: Equipes de Atenção Básica. Normalmente inclui ambos os modelos, AT e ESF.

Equipe de Referência: é a eSF (EqSF). Deve ser responsável pela condução dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando algum tipo de apoio especializado for acionado. Ver conceitos de integralidade da assistência do SUS.

EPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A Portaria GM/MS nº 1996/2007 define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

ESB: Equipe de Saúde Bucal ou Estratégia de Saúde Bucal.

EqSF (ou também eSF): Equipe de Saúde da Família. Parte da ESF. As EqSF necessitam ter ACS, enfermeiro e médico para registro no CNES.

ESF: Refere-se a Estratégia de Saúde da Família, mas eventualmente pode-se referir a Equipe de Saúde da Família. Também aparece em textos como se referindo a uma UBS que possui equipes de saúde da família.

FAEC: Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação. Port. MS 627/2001.

Integralidade (atenção integral à saúde ou atendimento integral): princípio do SUS, expresso no art. 198, II da Constituição Federal, que consiste em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos

os níveis de complexidade do sistema. Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema.

ISAB (ou ICSAB ou ICSAP): Indicador: Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. Conjunto de agravos em que o cuidado oportuno e efetivo, ofertado por ações típicas da atenção primária podem reduzir o risco de hospitalização. Constitui indicador da atividade hospitalar que permite avaliar o acesso e a qualidade da atenção primária. Portaria MS/DAS Nº 221/2008.

MAC: Média e Alta Complexidade. Pacientes da AB são referenciados para MAC.

NAAB: Núcleos de Apoio à Atenção Básica. Programa do Governo Estadual.

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes. Deve ampliar a capacidade de análise de casos e a capacidade resolutiva da equipe de ESF. Programa do Governo Federal.

NEPS - Núcleo de Educação Permanente para Profissionais da Saúde

NUDESC: Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva: é a estrutura da regional de saúde responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da educação continuada, junto aos Municípios e CRS.

PAB: Piso de Atenção Básica (recurso repassado pela União aos municípios). Existe o PAB-Fixo (todos os municípios recebem) e o PAB-Variável (apenas para municípios que aderiram a determinados programas, como a ESF).

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Precursor da ESF. Na época dos PACS as EqSF não precisavam ter médicos, apenas um enfermeiro.

Paideia: noção grega que indica a formação, desenvolvimento integral da pessoa. Ver Gastão Wagner de Sousa Campos e Ana Carla Domitti, Cadernos de Saúde Pública, v.23 n.2, fev 2007. Apoio Matricial.

PES: Plano Estadual de Saúde.

PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho-Saúde.

PGASS: Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (instrumento do planejamento da saúde).

PIES: Programa do Estado do RS que auxilia financeiramente os municípios que possuem ESF (concertação tripartite).

PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade.

PMS - Plano Municipal de Saúde.

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS Nº 2.488/2011).

PNH: Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Tem como o princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Ver www.redehumanizaus.net e www.saude.gov.br/humanizacao.

PPI: Programação Pactuada e Integrada (substituída pelo COAP). O PPI é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

PSE: Programa Saúde na Escola. Governo Federal.

PSF: Programa de Saúde na Família: programa do governo federal iniciado em 1994 e que deu origem a Estratégia Saúde da Família.

RAS: Redes de Atenção a Saúde. A RAS é definida por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o acesso oportuno e resolutivo ao cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial da RAS (média complexidade).

Referenciar Pacientes: encaminhar pacientes para outra unidade cujo nível de atenção à saúde seja mais complexo.

Regiões de Saúde: o Estado do RS é dividido em 30 regiões de saúde, correspondentes as 30 CIRs. A divisão administrativa é realizada com base nas coordenadorias regionais de saúde (19).

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

RSME: Rede de Saúde Mental, integrante da RAS (média complexidade).

RENASES: Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.

SNA: Sistema Nacional de Auditoria do SUS (LF 8689/1993, DF 1651/1995 e Port. 3.027/2007). Deve possuir os componentes federal, estadual e municipal.

TAS: Termo de Ajuste Sanitário (DENASUS). Quando constatado desvio de finalidade na aplicação de recursos. Port. 2.043/2009.

TCE - Tribunal de Contas do Estado.

TCU - Tribunal de Contas da União.

UBS: Unidade Básica de Saúde: designação oficial, que comporta unidades por vezes chamadas de postos de saúde ou centros de saúde. Podem ou não ter ESF, mas as vezes refere-se especificamente a unidades tradicionais, ou seja, sem ESF.

Universalidade (acesso universal): princípio do SUS, expresso no art. 196 da Constituição Federal, que consiste em assegurar que o atendimento à saúde da população deve ser acessível a toda a comunidade. O princípio da universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado.

USF: Unidade de Saúde da Família.

11.2. Municípios e CRS Visitadas “in loco”

Secretarias Municipais de Saúde visitadas na execução da Auditoria			
Município	Data	Nº UBS visitadas	EQ
Arroio Grande	13 a 15/10/14	03	ES/GF
Butiá	07 e 08/10/14	02	ES/GF
Faxinal do Soturno	10 e 11/12/14	01	ES/GF
Guaíba	04 e 05/09/14	02	EC/EP/GF
Guaporé	20 e 21/11/14	02	EC/EP
Lagoa dos Três Cantos	21 e 22/10/14	02	EC/EP
Santana da Boa Vista	15 a 17/10/14	02	ES/GF
São Jerônimo	16/10/14	04	EC/EP/ES
São Pedro da Serra	26 e 27/11/14	01	ES/GF
São Sepé	13 e 14/11/14	01	ES/GF
Viamão	10/09/14	02	EC/EP/ES/GF

Visitas Exploratórias - Secretarias Municipais de Saúde		
Município	Data	EQ
Alvorada		ES/GF
Gen. Câmara	26/06/14	EC/EP
Osório	03/10/14	EC/ES
Santa Cruz do Sul		ES/GF
Tupandi	24/06/14	EC/EP

Coordenadorias Regionais de Saúde Visitadas			
CRS	Município	Data	EQ
2ª	Porto Alegre	09/09 e 17/10/14	EC/EP/GF
18ª	Osório	03/10/2014	EC/ES