



TCEPR | TRIBUNAL DE CONTAS
DO ESTADO DO PARANÁ

SAÚDE 2021

PLANO ANUAL DE FISCALIZAÇÃO

CAPANEMA



RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO Nº 84/2021 – CAUD
PAF 2021: AUDITORIA - SAÚDE
MUNICÍPIO DE CAPANEMA

Objetivo: Avaliar as ações do Estado do Paraná e Municípios para que a Atenção Básica funcione como Coordenadora do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Usuários previstos: Usuários do SUS, Município de Capanema, Câmara Municipal de Capanema, Conselho Municipal de Saúde de Capanema, Estado do Paraná, Ministério Público do Estado do Paraná.

Tipo de trabalho: Relatório direto.

Nível de asseguração: Asseguração razoável quanto ao escopo abrangido pelos procedimentos de auditoria planejados.

Ato de designação: Acórdão n.º 3081/20 – publicado no Diário Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Paraná n.º 2417/2020, de 06/11/2020; Portaria n.º 276/2021 – publicada no Diário Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Paraná n.º 2492/2021, de 05/03/2021; e art. 175–I, do Regimento Interno.

Período de realização da auditoria: 05/2021 – 12/2021.

Equipe de planejamento da auditoria:

Servidor	Matrícula	Lotação
Aline Elis Arboit	51304-0	CAUD
Fernando Matheus da Silva	51781-0	CAUD
Gustavo Ribeiro Dortas	52117-5	CAUD
Guilherme Hansen Faraj	51453-0	CAUD
Juliana Kellen Batista	52086-1	3ª ICE
Viviane de Medeiros Pires	51650-3	3ª ICE

Equipe de execução da auditoria:

Servidor	Matrícula	Lotação
Aline Elis Arboit	51304-0	CAUD
Guilherme Hansen Faraj	51453-0	CAUD
Viviane de Medeiros Pires	51650-3	3ª ICE

Entidade auditada:

Entidade	CNPJ	Representante	CPF
Município de Capanema	75.972.760/0001-60	Americo Belle	***.595.***-**



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
1.1 MOTIVAÇÃO.....	4
1.2 OBJETIVO E ESCOPO.....	5
1.3 METODOLOGIA	7
2. VISÃO GERAL DO TEMA	8
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	8
2.2 PERFIL DO MUNICÍPIO	13
3. RESULTADO DA EXECUÇÃO DO TRABALHO	14
3.1 ACHADOS.....	14
4. CONCLUSÃO.....	25
5. ENCAMINHAMENTOS GERAIS	27

1. INTRODUÇÃO

1. A presente fiscalização, integrada com a 3ª Inspeção de Controle Externo deste Tribunal, tem como objetivo avaliar as ações do Estado do Paraná e Municípios para que a Atenção Básica funcione como Coordenadora do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde. Ou seja, aferir a interação entre os entes federativos para que o cuidado ao paciente seja adequado.

2. Esta auditoria sobre a Saúde integra o Plano Anual de Fiscalização - PAF, estabelecido para o ano de 2021 pelo Acórdão nº 3081/20, publicado no Diário Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Paraná n.º 2417/2020, de 06/11/2020 (Diretriz nº 57).

3. Conforme será aprofundado no decorrer do presente relatório, para que a Atenção Básica possa, de fato, exercer o papel de coordenadora dos usuários do SUS, é preciso a adoção de diversas ações conjuntas entre os entes federativos, na medida em que os casos encaminhados para outros níveis de atenção devem, na maior parte das situações, retornar para que o seu plano terapêutico seja acompanhado por seu médico de família, na Unidade de Saúde constante no território ao qual pertence. Portanto, é preciso que haja um fluxo e contrafluxo adequado de pacientes, a fim de que o acompanhamento dos usuários do SUS seja feito de maneira a melhorar as condições de saúde da população.

4. Dessa forma, a presente fiscalização visa identificar como se dá a interação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, inclusive avaliando o bom funcionamento da primeira de maneira a não tornar a segunda um gargalo. Nesse contexto, diversos aspectos serão avaliados, conforme será demonstrado a seguir.

1.1 Motivação

5. Em diversos anos anteriores, o Tribunal de Contas do Paraná tem incluído, em seu Plano Anual de Fiscalização, a avaliação do funcionamento da Atenção Básica em saúde. Nem poderia ser diferente, aliás, na medida em que se trata do nível de atenção em que a maior parte dos problemas dos usuários serão resolvidos.

6. Nesse sentido, mostra-se lógico que a alocação de esforços e recursos para a fiscalização da principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, onde os usuários manterão vínculo próximo com a Equipe de Saúde que será responsável pelos



seus cuidados. Os resultados dessas auditorias operacionais, atualmente, estão em fase de monitoramento, o que pode trazer a melhoria no funcionamento das Unidades de Saúde nos Municípios.

7. Ocorre, contudo, que nem todos os problemas de saúde serão resolvidos na Atenção Básica. Em alguns casos haverá a necessidade de encaminhamento do paciente para outro nível de atenção à saúde, mas sem perder a sua vinculação com a equipe de saúde que o acompanha no seu dia-a-dia. Isso só será possível com a interação entre os entes, para que determinadas ações sejam empreendidas de modo que haja comunicação entre os níveis de atenção, em prol do atendimento mais humanizado e resolutivo.

8. Daí a necessidade da realização de uma auditoria operacional avaliando o Estado e os Municípios, integrando a Coordenadoria de Auditorias e a 3ª Inspeção de Controle Externo, atualmente responsável pela fiscalização da Secretaria Estadual de Saúde.

9. Não fosse o bastante, é notório que após a eclosão da crise sanitária decorrente do CORONAVÍRUS, em 2020, os tratamentos de diversas outras doenças foram represados. Isso, por certo, impactará fortemente todos os níveis de atenção à saúde, na medida em que se a Atenção Primária não funcionar com taxa de resolutividade adequada, encaminhando em excesso, a Atenção Especializada, que já possui gargalo, poderá ainda piorar.

10. Ademais, é preciso fortalecer o papel da Atenção Básica e sua interação com a Atenção Especializada em virtude de diversas sequelas causadas pela COVID-19. Ou seja, para além dos tratamentos já represados, o CORONAVÍRUS tem provocado uma série de doenças como sequela em parte dos contaminados.

11. Portanto, a presente fiscalização se mostra tempestiva, porquanto o Sistema Único de Saúde está diante de um imenso desafio, cabendo aos poderes constituídos e órgãos de controle um esforço conjunto a fim de que o funcionamento dos diversos níveis de atenção se dê com qualidade e interação entre os entes federativos.

1.2 Objetivo e Escopo

12. Conforme já exposto, o objetivo dessa auditoria operacional é avaliar as ações adotadas pelo Estado e pelos Municípios para que a Atenção Básica seja a coordenadora do cuidado da saúde dos usuários do SUS, desde a verificação do seu funcionamento adequado nas Unidades Básicas, evitando que haja excesso de



encaminhamentos, até o acompanhamento do processo terapêutico do paciente após a sua consulta na Atenção Especializada. Para tanto, três eixos foram delimitados:

- i. Atenção Básica;
- ii. Regiões de Saúde;
- iii. Redes de Atenção.

13. O primeiro eixo tem a finalidade precípua de avaliar a gestão municipal da Atenção Básica, identificando pontos de vulnerabilidade dos processos de trabalho que, eventualmente, importam no funcionamento inadequado desse nível de atenção, impactando no aumento das filas para os demais níveis.

14. O eixo das Regiões de Saúde busca verificar o planejamento elaborado pelo Estado e Municípios para a divisão e estruturação de um território com a participação efetiva de todos os entes para a organização dos serviços.

15. As Redes de Atenção que devem ser criadas no âmbito de cada Região são os seguimentos de hierarquia de serviços para a resolução dos problemas de saúde da população. Devem funcionar de maneira a dar resposta tempestiva aos usuários do Sistema Único de Saúde. Daí a necessidade de avaliar a sua organização e o oferecimento de serviços.

16. Tal qual se infere da leitura acima, para que tudo isso funcione da melhor maneira possível, impõe-se uma interação contínua e cooperativa entre o Estado e os Municípios. Por isso a integração dos trabalhos com a 3ª Inspeção de Controle Externo.

17. Para se buscar o objetivo geral, o objeto auditado foi desdobrado em 03 (três) objetivos específicos:

- a) Avaliar os encaminhamentos da Atenção Básica à Atenção Especializada e o acompanhamento dos usuários que retornam desta última, a fim de verificar se há excesso de encaminhamentos e o devido cuidado com o plano terapêutico após a consulta com o especialista;
- b) Avaliar o planejamento territorial no âmbito das regiões de saúde e a adequação da governança interfederativa;
- c) Avaliar os fluxos de atendimento nas redes de atenção e a integração com a atenção básica, tendo em vista que, para que a Atenção Básica seja, de fato, a coordenadora do cuidado, impõe-se a interação permanente entre os níveis de atenção.

18. Sendo assim, para atender ao escopo definido, avaliando Estado e Municípios, foram elaboradas as seguintes questões de auditoria:



- i. Os encaminhamentos dos usuários do SUS da Atenção Básica para a Atenção Especializada são adequados?
- ii. O acompanhamento do usuário pela Atenção Básica é adequado?
- iii. O planejamento territorial das Regiões de Saúde é adequado?
- iv. A governança interfederativa das Regiões de Saúde é adequada?
- v. Os fluxos definidos para encaminhamento dos usuários, no âmbito das redes de atenção, são adequados?
- vi. A integração da Atenção Básica com as redes de atenção é adequada?

1.3 Metodologia

19. A presente fiscalização foi traçada de modo a atender às Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP), adotadas por esta Corte de Contas por meio da Resolução nº 76/2020, servindo de base orientativa para o desenvolvimento do trabalho.

20. O planejamento da auditoria foi adaptado para ser executado de forma não presencial, uma vez que, em razão da pandemia de COVID-19, a realização de visitas *in loco* ficou impossibilitada.

21. Durante a etapa de planejamento foram realizados estudos preliminares sobre as o histórico de criação do Sistema Único de Saúde, a descentralização dos serviços e a necessidade das Regiões de Saúde e Redes de Atenção. Todas as informações levantadas individualmente foram compartilhadas entre os demais membros da equipe, e, a partir do alinhamento do conhecimento foi possível dar início à elaboração do diagnóstico, sendo utilizada a técnica do *brainstorming*, etapa em que foram levantadas todas as situações passíveis de verificação para posterior caracterização de riscos.

22. Após a compilação das situações levantadas, foram definidos os riscos atinentes ao objeto da fiscalização, os quais foram ponderados pela equipe por meio da técnica do Diagrama de Verificação de Riscos (DVR). A partir da ponderação dos riscos foram construídas as questões de fiscalização, sempre alinhadas com os objetivos específicos ou linhas de investigação, sendo essas questões levadas à matriz de planejamento.

23. Após a construção e validação da matriz de planejamento, foram empregados os seguintes critérios para seleção da amostra: primeiramente se deu preferência em não repetir municípios objeto de fiscalização em outros temas relacionados ao PAF 2021. Ato contínuo, foram escolhidas seis Regiões de Saúde do Estado, quais sejam: 04^a, 07^a, 08^a, 11^a, 14^a e 21^a. Elegeram-se dois municípios de cada uma das regiões com base no indicador de Internamentos por Doenças Sensíveis à Atenção Básica. Ou seja, tanto o



município que estava com o melhor, como também aquele com o pior índice no indicador referido se consubstanciaram em objeto de fiscalização.

24. Nesse contexto, além da Secretaria de Estado da Saúde, outros dozes municípios foram escolhidos e receberam os questionários enviados eletronicamente.

25. Após o exame da documentação enviada pelos Municípios, houve a realização de entrevistas com os gestores da saúde, a fim de esclarecer alguns pontos relacionados à auditoria. Com relação ao Estado, houve o mesmo procedimento para a obtenção de evidências relacionadas aos achados.

2. VISÃO GERAL DO TEMA

2.1 Contextualização

26. Ainda antes de adentrar nos pontos relativos ao objeto de fiscalização, cabe tecer, mesmo que brevemente, alguns comentários acerca do histórico do Sistema Único de Saúde, a fim de que seja entendida a sua complexidade.

27. Antes da Constituição de 1988, não havia a consolidação de um sistema público que atendesse às demandas de saúde da população. A lógica prevalente era o atendimento, por meio do INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL – INAMPS, somente daqueles trabalhadores que possuíam vínculo empregatício.¹

28. Em 1987 se criou o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, precursor do Sistema Único de Saúde – SUS, pois a sua finalidade era unificar os serviços de saúde, dispersos em órgãos distintos, unificando e descentralizando a sua administração, além de conceder direito à assistência à saúde a

¹ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios.

O INAMPS foi extinto em 1993, pela Lei nº 8.689, e suas competências transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, que consagrou o direito universal à saúde e a unificação/descentralização para os estados e municípios da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em 20.10.2021.

qualquer cidadão, independentemente de seu vínculo com a Previdência Social. Esse programa trouxe, também, a ideia de financiamento intergovernamental, tal como funciona atualmente.²

29. Em 1988, com a então nova Constituição, introduziu-se a saúde como direito fundamental de todo cidadão, conforme o conteúdo do seu Art. 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

30. Entretanto, mesmo após esse marco, o Sistema Único de Saúde precisou de aperfeiçoamento institucional. Até o ano de 2006, por exemplo, as ações para a tornar o sistema mais bem estruturado foi feito mediante as Normas Operacionais Básicas, até que no mencionado ano ocorreu o Pacto pela Saúde que desaguou, mais adiante, em Políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica que estabelece a responsabilidade de cada ente federativo para a materialização dos serviços desse nível de atenção.

31. Trata-se da principal “Porta de Entrada” para o Sistema, pois é a partir das Unidades de Saúde que os pacientes, *via-de-regra*, terão o seu primeiro contato para o seu cuidado. Mas não só. O funcionamento adequado da Atenção Básica³ pressupõe que todos os seus atributos sejam respeitados: *acesso, longitudinalidade, ordenação e coordenação*.

32. Em resumo, o acesso deve ser o mais facilitado e com qualidade (acesso); o usuário deve ser acompanhado por um longo período de tempo pela mesma Equipe de Saúde, a fim de que haja vínculo com o usuário, inclusive para que haja a verificação de outros elementos para além da saúde do cidadão (longitudinalidade); a Atenção Básica deve ser a organizadora e auxiliar no planejamento dos fluxos e cuidados necessários de seus usuários (ordenação); e, além disso, deve ser a principal comunicadora entre todos os níveis de atenção ao usuário, mantendo relação para que coordene o cuidado

² SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *SUS: O Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. 2 ed. Campinas: Saberes, 2009, p. 31-32.

³ Segundo a Política Nacional de Atenção Básica: Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.



dos pacientes independentemente do nível de atenção, sempre acompanhando os planos terapêuticos oferecidos em consultas de médicos especialistas, por exemplo (coordenação).

33. O foco da fiscalização, como já mencionado anteriormente, é a coordenação do cuidado pela Atenção Básica. No entanto, para que isso possa ocorrer, mostra-se imprescindível uma comunicação fluida com os demais pontos de atenção. Mas não é possível que cada município tenha sob os seus cuidados todos os níveis de atenção à saúde dos usuários do Sistema, o que impõe a materialização do federalismo de cooperação, a fim de que se garanta a integralidade do cuidado por meio da junção de esforços entre a União, Estados e Municípios, criando-se uma rede.

34. Atualmente, a sintonia no desenvolvimento da política de saúde tem se mostrado claramente falha. Em parte, porque houve excesso de descentralização de serviços para os entes municipais, sem que a estrutura tenha acompanhado. Daí a necessidade de que haja uma descentralização regionalizada, tal como leciona Lenir Santos:

“Não sendo viável a um único ente garantir a integralidade da assistência à saúde, é imperativo integrar as ações e serviços e organizá-los sob o formato de rede que também se regionaliza para dar consistência e adensar as funções executivas da autoridade sanitária criando escala e fortalecendo o escopo. Na realidade, a integralidade da assistência gera interdependência; ela não se completa nos serviços de saúde de um só ente da Federação. Ela só finaliza, muitas vezes, depois de o cidadão percorrer o caminho traçado pela rede de serviços de saúde, em razão da complexidade da assistência.”⁴

35. O Estado-membro, nesse desenho de descentralização regionalizada, tem importante papel, sendo o grande articulador da divisão das regiões de saúde em que haverá a oferta do maior número possível de serviços por meio de uma rede de atenção dentro da região de saúde, evitando que usuários sejam deslocados para locais muito distantes para o tratamento de doenças não raras, nos termos, novamente, do que defende a sanitarista Lenir Santos:

“No Brasil, a rede de atenção à saúde deve significar a integração de um conjunto de ações e serviços de saúde de entes federativos de determinada região de saúde, a qual deve garantir ações e serviços de saúde, mediante a permanente articulação e integração clínica, normativa, funcional e financeira.”⁵

36. Noutras palavras, caberá ao Estado articular os municípios em regiões, de modo a que as redes de atenção garantam a integralidade do cuidado nessas junções de entes, conforme se verifica nos arts. 7º e 8º da Lei Federal nº 8.080/90:

⁴ SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde*. Campinas: Saberes, 2013, p. 126.

⁵ SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde*. Campinas: Saberes, 2013, p. 85.



Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

II - integralidade de assistência, entendida como 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;

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, **serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.**

37. Para que cada região de saúde seja capaz de garantir o cuidado aos seus usuários, necessário se faz a existência de um planejamento, levando-se em consideração “a situação viária, comunicação, cultura, transporte, organização dos serviços, entre outros pontos fundamentais para que possa surgir uma região de saúde.”⁶

38. Aliás, o planejamento e a junção de entes federativos para a prestação de serviços que se mostram inviáveis de serem prestados por um único ente não é novidade, conforme previsão do Art. 25, § 3º, da Constituição Federal:

Art. 25. Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição.

(...)

§ 3º Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

39. A respeito dessa possibilidade, o Supremo Tribunal Federal julgou a Ação Direta de Inconstitucional nº 1.842, delimitando alguns requisitos, reconhecendo, por exemplo, que a competência dos municípios para a prestação de alguns serviços seria mitigada, para que houvesse a divisão de responsabilidades entre o Estado e outras cidades.

40. Além disso, restou estabelecido no julgamento a necessidade da existência de uma estrutura colegiado para a deliberação a respeito das questões relativas ao serviço, mesmo que não necessariamente o peso nas decisões sejam paritários, embora deva ser garantida a participação de todos os entes federativos. Destaca-se trecho da decisão:

“O parâmetro para aferição da constitucionalidade reside no respeito à divisão de responsabilidades entre municípios e estado. É necessário evitar que o poder decisório e o poder concedente se concentrem nas mãos de um único ente para preservação do autogoverno e da autoadministração dos municípios.

Reconhecimento do poder concedente e da titularidade do serviço ao colegiado formado pelos municípios e pelo estado federado. A participação dos entes nesse colegiado não necessita de ser paritária, desde que apta a prevenir a concentração do poder decisório no âmbito de um único ente.

(...)

⁶ SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde. Campinas: Saberes, 2013, p. 85.



Obviamente, não se exige que o Estado ou o Município-pólo tenham peso idêntico a comunidades menos expressivas, seja em termos populacionais, seja em termos financeiros. A preservação da autonomia municipal impede apenas a concentração do poder decisório e regulatório nesses entes.”

41. Portanto, para a aferição do funcionamento da Atenção Básica como coordenadora do cuidado do usuário, mostra-se necessário que se avalie a efetividade desse próprio nível de atenção, pois a sua operacionalização incorreta, com a desresponsabilização de seus pacientes, pode impactar no excesso de encaminhamentos, aumentando o gargalo nas consultas especializadas.

42. Não bastasse, aqueles pacientes que foram enviados aos demais níveis de atenção deverão retornar à sua equipe de saúde para a continuidade de seu cuidado, o que depende, também, do trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde. Isso, por certo, vai implicar em posturas proativas, com buscas daqueles que não retornaram à Atenção Básica.

43. Do mesmo modo, é preciso que o Estado tenha articulado um planejamento conjunto, seja para a criação das regiões de saúde ou mesmo durante o funcionamento, utilizando constantemente dados epidemiológicos e de demanda por especialidades que os municípios podem fornecer. É necessário, igualmente, que não se criem estruturas paralelas no âmbito do Sistema Único de Saúde, como filas não conhecidas pelas regiões que são, na verdade, a junção de entes cooperados para a prestação de um serviço. Impõe-se, para tanto, uma boa governança interfederativa que garanta a participação de todos os entes, com o intuito de que trabalhem em conjunto.

44. A comunicação entre os níveis de atenção se mostra fundamental, pois o compartilhamento de informações e dados é pressuposto para que os profissionais dos mais diversos pontos de atendimento garantam o cuidado integral aos pacientes. Ressalta-se que essa falta de comunicação pode implicar na ausência de cooperação entre entes e a concorrência desleal, com municípios maiores e com mais recursos garantindo acesso a serviços que os menores não conseguirão, ante a ausência de orçamento.

45. Todos esses pontos, enfim, são tratados nesta auditoria, conforme questões referidas em tópico anterior, utilizadas para a matriz de achados abaixo.



2.2 Perfil do Município

46. O Município de Capanema pertence à Região Geográfica Imediata de Francisco Beltrão. Tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2021, de 19.172 habitantes. Tem 60,19% de grau de urbanização.⁷

47. Capanema faz parte da 8ª Região de Saúde do Estado do Paraná, cujo Município polo é Irati. Possui 14 Unidades de Saúde em sua Atenção Básica. A sua escolha tem relação com o seu Índice de Internamentos por Doenças Sensíveis à Atenção Básica, já que se mostrou como o mais satisfatório da Região de Saúde ao qual pertence.

48. As conclusões da auditoria foram materializadas em um Relatório de Fiscalização Preliminar que foi encaminhado ao Município de Capanema para manifestação. O exame dos documentos e informações encaminhadas pelo jurisdicionado, a conclusão da equipe de auditoria e os respectivos encaminhamentos estão consignados na matriz de achados que acompanha o tópico subsequente.

⁷ Informações extraídas do IPARDES: <
http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=159&btOk=ok>. Acesso em 28 de outubro de 2021.



3. RESULTADO DA EXECUÇÃO DO TRABALHO

3.1 Achados

Questão de Auditoria 1: Os encaminhamentos dos usuários do SUS da Atenção Básica para a Atenção Especializadas são adequados?

Achado 1	Inadequação dos encaminhamentos dos usuários do SUS da Atenção Básica para a Atenção Especializada.
Condição:	<ul style="list-style-type: none"> • O Município não faz o controle da taxa de resolutividade de sua Atenção Básica de maneira adequada. O cálculo é feito com base nas consultas realizadas na atenção especializada e não com base na quantidade de encaminhamentos. (1) • Não há normativo municipal estabelecendo o fluxo de marcação de consulta especializada (protocolo). Em algumas unidades, a consulta é marcada para o usuário e em outras o próprio usuário marca, ou via telefone ou presencialmente na unidade central. (2) • Não é realizado controle ou verificação periódica de qualidade do referenciamento direcionada a identificar se as informações constantes nos encaminhamentos estão de acordo com a Carta de Direitos dos Usuários do SUS. (3)
Evidências:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resposta ao Ofício 84/2021 – CACO 222227 (1, 2, 3); ➤ Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde – realizada no dia 25/09/2021 pela plataforma Microsoft Teams (1, 2, 3)
Fontes do Critério e Critérios:	<p>Fonte de Critério: Política Nacional da Atenção Básica – PNAB. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.</p> <p>Critério: Art. 3º. São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:</p> <p>I – Princípios:</p> <p>c) Integralidade.</p> <p>II – Diretrizes:</p> <p>e) Resolutividade;</p> <p>Critério: Art. 7º. São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:</p> <p>XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;</p>



XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

Critério: Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

IV -estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, 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 das mesmas;

Critério: Item 1.1 - Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Critério: Anexo - Item 1.2, inciso V: - Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, 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 sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

Critério: Anexo - Item 2 - A Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde:

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços



	<p>especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.</p> <p>Critério: Anexo - Item 4.1 - Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:</p> <p>XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;</p> <p>Fonte de Critério: Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde.</p> <p>Critério: Item 6, 6.2. Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde – Estrutura Operacional:</p> <p>A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):</p> <p>Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;</p> <p>Fonte de Critério: Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</p> <p>Critério: Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:</p> <p>XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.</p>
Causas:	<ul style="list-style-type: none">➤ Equívoco da administração em calcular a resolutividade de sua atenção básica;➤ Inércia da administração na elaboração de instrumento normativo que estabeleça o fluxo de marcação de consulta especializada;➤ Inércia da administração em controlar a qualidade do referenciamento.
Efeitos:	<ul style="list-style-type: none">➤ Desconhecimento da resolutividade da atenção básica, o que pode gerar excessos de encaminhamentos;➤ Ausência de padrão adequado no fluxo de marcação de consulta especializada;➤ Risco de encaminhamentos inadequados, em descordo com a Carta de Direitos dos Usuários do SUS, que podem resultar em inadequação nos tratamentos e custos desnecessários.
Comentários do Gestor:	<p><i>Primeiramente, agradecemos a oportunidade de participar desse processo de avaliação. Acreditamos que para evoluir, momentos como esse de análise de</i></p>



	<p>nossas práticas são essenciais. Nesse sentido, sobre as considerações e encaminhamentos realizados, faremos os seguintes apontamentos:</p> <p><i>De fato, acompanhar a taxa de resolutividade da Atenção Básica, por meio dos encaminhamentos às especialidades, contribui para a melhoria do serviço. Além disso, o paciente, mesmo que em seguimento pela atenção especializada, não deixa de fazer parte da APS, e quando referenciamos o mesmo aos serviços de referência, nossa intenção é de complementar ações terapêuticas, ou seja, o usuário permanece sob nossa responsabilidade e acompanhamento.</i></p> <p><i>No Relatório Anual de Gestão, já é de praxe realizarmos uma ampla apresentação e avaliação de indicadores de saúde, com números de produção, dados de morbimortalidade, consultas de atenção básica e especializada, distribuição de medicamentos, entre outros, além das usuais prestações de conta da parte financeira. A partir do próximo relatório, anualmente, acrescentaremos um item específico voltado a análise da resolutividade da Atenção Básica, tendo como base os encaminhamentos realizados à AE.</i></p> <p><i>Embora para a gestão e para os servidores o fluxo dos encaminhamentos e agendamentos esteja desenhado de forma clara, entendemos que fomentar um instrumento físico que descreva o fluxo desse processo é importante para que qualquer pessoa que ingresse na Secretaria de Saúde Capanema, como novo colaborador, seja capaz de compreender o funcionamento do serviço. Assim, comprometemo-nos a elaborar um instrumento normativo para esse fim. Contudo, conforme citação: “Em algumas unidades, a consulta é marcada para o usuário e em outras o próprio usuário marca, ou via telefone ou presencialmente na unidade central”, de nossa parte, esclarecemos que essa flexibilização se dá com o intuito de facilitar o acesso ao paciente. Na prática, notamos que alguns usuários, principalmente os residentes da área urbana, preferem deslocar-se pessoalmente ao serviço de agendamento para serem atendidos em loco. Porém, não podemos engessar essa conduta de modo a prejudicar os moradores das áreas rurais, que são extensas, distantes até quase 50 km do centro da cidade, sem dispor muitas vezes de transporte para o deslocamento. Nesses casos, as equipes locais estão preparadas para reunir os documentos necessários e dar seguimento ao atendimento.</i></p> <p><i>Portanto, acatamos as orientações e seguiremos traçando estratégias e ações, em busca de melhorias no serviço público de saúde voltado a população.</i></p>
Análise da equipe:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ao examinar a manifestação apresentada, nota-se que o gestor reconhece a procedência do achado e acolhe as recomendações sugeridas para sua regularização. ➤ No entanto, não foram citadas ações objetivas e prazos para regularização das inconformidades. ➤ Desta forma, em razão das ações para solver o achado tratarem de medidas ainda pendentes de implantação, mantém-se, na íntegra, o achado e as recomendações, as quais deverão ser atendidas no prazo fixado na decisão de homologação.
Conclusão:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Achado não sanado.
Encaminhamento:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações ao Município de Capanema:</u> ➤ Acompanhar, mediante relatórios no mínimo anuais (RAG), a taxa de resolutividade da atenção básica, para que sejam adotadas ações para eventual melhoria, caso esteja aquém dos índices preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica;



	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar instrumento normativo municipal (Portaria, Resolução, Protocolo etc) que estabeleça fluxo de marcação de consulta especializada; ➤ Realizar controle ou verificação periódica de qualidade do referenciamento, de forma a identificar se as informações constantes nos encaminhamentos estão de acordo com a Carta de Direitos dos Usuários do SUS.
Benefícios Esperados:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimento da taxa de resolutividade da atenção básica, a fim de que sejam alocados recursos de forma mais eficiente para o aperfeiçoamento do seu funcionamento; ➤ Estabelecimento de fluxo regular na marcação de consultas especializadas, de modo a conferir mais agilidade e reduzir os riscos de erros nos procedimentos. ➤ Melhoria na qualidade dos encaminhamentos, gerando melhores condições para o tratamento na atenção especializada e na elaboração da contrarreferência, e redução de encaminhamentos desnecessários, com a consequente redução de custos e o tratamento mais adequado aos usuários.

Questão de Auditoria 2: O acompanhamento do usuário pela Atenção Básica é adequado?

Achado 2	Ausência de continuidade no acompanhamento do paciente pela Atenção Básica após atendimento na Atenção Especializada.
Condição:	<ul style="list-style-type: none"> • A Atenção Básica não realiza a estratificação dos casos crônicos de maneira adequada, uma vez que todas as categorias de doentes crônicos (diabéticos, gestantes, hipertensos, idosos e saúde mental) não foram contempladas. (1)
Evidências:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resposta ao Ofício 84/2021 – CACO 222227 (1,2); ➤ Entrevista com o Secretário Municipal de Saúde – realizada no dia 25/09/2021 pela plataforma Microsoft Teams (1,2).
Fontes do Critério e Critérios:	<p>Fonte de Critério: Política Nacional da Atenção Básica – PNAB. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.</p> <p>Critério: Art. 3º. São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:</p> <p>I – Princípios:</p> <p>c) Integralidade.</p> <p>II – Diretrizes:</p> <p>f) Longitudinalidade do cuidado;</p>

g) Coordenação do cuidado;

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV -estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

Critério: Anexo - Item 1.1 - Princípios - Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

Critério: Anexo - Item 1.2 - Diretrizes – VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas , evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

Critério: Anexo - Item 1.2 - Diretrizes – VII - Coordenar o cuidado: elaborar, 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 em qualquer destes pontos através 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.

Critério: Anexo - Item 2 - A Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

Critério: Anexo - Item 4.1 - Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adstrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

IX. Responsabilizar-se pela população adstrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;



XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

Critério: Anexo - Item 4.2 - São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

Enfermeiro:

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

Médico:

III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

Critério: Anexo - Item 5 - Do Processo de Trabalho na Atenção Básica:

A estratificação de risco da população adstrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

Fonte de Critério: Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde.

Critério: Anexo - Item 4 - Atributos da Rede de Atenção à Saúde:

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção.

Critério: Item 6, 6.2. Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde – Estrutura Operacional

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.



	<p>A Integralidade da Atenção: a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.</p>
Causas	<ul style="list-style-type: none">➤ Inércia da administração em promover a estratificação de doenças crônicas e classificação de risco de sua população.
Efeitos:	<ul style="list-style-type: none">➤ Inadequação do acompanhamento dos doentes crônicos, com risco de encaminhamentos indevidos para atenção especializada, ante a possibilidade do agravamento de suas morbidades.
Encaminhamento:	<p><u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Realizar estratificação adequada, com classificação conforme a gravidade e atendimento à estratificação mínima, conforme estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA).
Benefícios Esperados:	<ul style="list-style-type: none">➤ Diminuição de encaminhamentos desnecessários devido ao acompanhamento contínuo de todas as categorias de doentes crônicos.
Comentários do Gestor:	<p><i>Discutimos juntamente com a Coordenação da Atenção Primária em Saúde esse achado, e após análise das considerações, discordamos desse item. Abaixo, faremos nossos comentários:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>1. Sabemos que por conta da pandemia pelo Novo Coronavírus, as fiscalizações não puderam ser realizadas presencialmente. Assim como precisamos adaptar as ações de saúde, adotando por vezes a telemedicina, acreditamos que as evoluções tecnológicas podem contribuir para os processos de trabalho. Entretanto, talvez em virtude da distância, não esclarecemos suficientemente todas as nossas ações, principalmente quanto à estratificação de risco.</i><i>2. Desde o antigo programa da Sesa, denominado de Tituria, no qual atingimos o selo bronze, já trabalhávamos o processo de classificação dos pacientes de acordo com os riscos. Nesses grupos, incluíam-se os idosos, os hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, pacientes de saúde mental, entre outros. Os programas mudaram, mas as estratificações permaneceram.</i><i>3. Para as gestantes, desde o início da rede então nominada de Mãe Paranaense, há cerca de 10 anos, estabeleceram-se fluxos, com protocolos de atendimento, e critérios a serem seguidos. Atualmente, todas as pacientes são estratificadas na primeira consulta de Pré-Natal (além de serem avaliadas constantemente no decorrer da gestação). Como resultado desse trabalho de estratificação correta, não temos grandes filas de espera para o alto e médio risco. Em contrapartida, as pacientes que por ventura são encaminhadas aos serviços de referência permanecem com a agenda de Pré-Natal na APS, garantindo a integralidade do atendimento.</i>



	<ol style="list-style-type: none">4. <i>Para os pacientes de Saúde Mental, por exemplo, mesmo dispondo de CAPS em nosso município, todas as Equipes de Saúde da Família realizam a estratificação de risco de seus pacientes adscritos. Inclusive, para o encaminhamento dos doentes ao serviço de referência, quando necessário, é solicitada a estratificação como documento obrigatório para o agendamento. De acordo com a idade e pontuação obtida na avaliação, o paciente é destinado ao serviço de referência correspondente.</i>5. <i>Temos ainda instituída, de acordo com os fluxos de atendimentos do ambulatório MACC, a linha de cuidado para geriatria, na qual contemplamos o atendimento aos idosos. Para esse grupo, além da estratificação, o município tem buscado meios de descentralizar a consulta do médico geriatra, proporcionando o atendimento desse profissional no próprio município, via consórcio ARSS, a fim de reduzir o deslocamento desses pacientes, por vezes tão vulneráveis, até Francisco Beltrão. Da mesma forma que para as outras linhas de cuidado, a estratificação de risco é indispensável para o agendamento nessa especialidade.</i>6. <i>Com o Programa Previne Brasil, reforçamos as linhas de cuidados e estratificações de risco aos grupos vulneráveis com todas nossas equipes. Também, estamos em processo de atualização em massa da ficha cadastral dos usuários do SUS, oportunizando inclusive o momento da vacinação para isso, a fim de preencher corretamente todas as informações de saúde da população, verificando se os números estimados pelos denominadores do Ministério da Saúde são compatíveis com a nossa realidade. Trimestralmente, nos reunimos com a equipe de coordenação e comparamos os resultados obtidos no novo período em relação ao anterior. Por meio desses encontros, estimulamos nossas equipes a aumentar os números de estratificação de grupos, não restringindo-se apenas à aqueles que precisam de atendimento especializado, bem como identificamos falhas que puderam ser corrigidas já na digitação dos códigos de lançamento, visto que alguns procedimentos (como aferição de pressão arterial em hipertensos) eram realizados, mas não contabilizados para os indicadores. Em conjunto, traçamos estratégias para atingir cada vez mais um quantitativo maior de pessoas estratificadas de acordo com o risco apresentado, contemplando todos os grupos de atenção.</i>7. <i>Para esse mesmo Programa (Previne Brasil), recebemos da 8ª Regional de Saúde, cuja a sede é Francisco Beltrão, os diagnósticos dos municípios com base nos números obtidos pelo ISF (Indicador Sintético Final). No segundo quadrimestre de 2021, nosso resultado foi de 7,43, exemplificando que nossas ações de estratificação e acompanhamento dos grupos de risco estão sendo realizadas. Como já mencionado, estamos trabalhando para aumentar ainda mais nossos números.</i>8. <i>Respeitosamente, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.</i>
Análise da equipe	<ul style="list-style-type: none">➤ Ao examinar a manifestação apresentada, nota-se que o gestor discorda da procedência do achado.➤ Quanto à carência de estratificação de hipertensos e diabéticos, foco do achado, o gestor alega que realiza a estratificação dessas categorias de doentes crônicos, porém não apresenta qualquer documentação que comprove a execução da referida ação.➤ Desta forma, em razão das ações para solver o achado tratarem de medidas ainda pendentes de implantação, mantém-se, na íntegra, o achado e as



	recomendações, as quais deverão ser atendidas no prazo fixado na decisão de homologação.
Conclusão	➤ Achado não sanado.
Encaminhamento:	<u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações ao Município de Capanema:</u> ➤ Realizar estratificação adequada, com classificação conforme a gravidade e atendimento à estratificação mínima (diabetes, hipertensão, gestante, idosos e saúde mentais).
Benefícios Esperados:	➤ Atendimento que proporcione o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população; ➤ Tratamento completo e adequado ao usuário; ➤ Atendimento humanizado.



4. CONCLUSÃO

49. O quadro abaixo expõe os achados do Município de forma consolidada. Ressalta-se que o resultado “Não Constatado” foi assim considerado quando a resposta e documentos iniciais do gestor foram satisfatórias; “Sanado”, quando foi considerada aceitável ao longo do processo de auditoria; e “Constatado”, quando, mesmo após o Relatório Preliminar, foi considerada insatisfatória.

Achados	Resultado
Inadequação dos encaminhamentos dos usuários do SUS da Atenção Básica para a Atenção Especializada.	Constatado
Ausência de continuidade no acompanhamento do paciente pela Atenção Básica após atendimento na Atenção Especializada.	Constatado
Inadequação da governança interfederativa das Regiões de Saúde.	Não Constatado

50. Os resultados da fiscalização demonstram que o Município de Capanema implementou, antes do recebimento do relatório preliminar, medidas satisfatórias em 1 (uma) das 3 (três) áreas fiscalizadas, permanecendo as inconformidades apontada nas outras 2 (duas) áreas, mesmo após a manifestação dos interessados, conforme demonstrado no quadro acima.

51. Conforme exposto no quadro de Achados, item 3.1, os encaminhamentos dos usuários do SUS da Atenção Básica para a Atenção Especializada não são adequados. Isso porque o Município não faz o controle da taxa de resolutividade de sua Atenção Básica; não há normativa municipal estabelecendo o fluxo de marcação de consulta especializada; o agendamento de consultas especializadas depende de ação do usuário; não é feito o controle do número de consultas efetivamente agendadas vis-a-vis o número de encaminhamentos; não existe controle ou verificação periódica da qualidade dos encaminhamentos; e não existe uma carteira mínima de serviços que devem ser prestadas em todas as unidades básicas de saúde.

52. Também foi constatado que não há continuidade no acompanhamento do paciente pela Atenção Básica após atendimento na Atenção Especializada. A atenção básica do município de Capanema não comprovou que realiza de maneira adequada a estratificação de todas as categorias de doentes crônicos.



53. Ressalta-se que, com base na percepção da equipe após a realização dos trabalhos de auditoria, considerando as entrevistas realizadas e os comentários recebidos diante dos achados preliminares, os gestores municipais se mostraram interessados em regularizar as inconsistências e atender as recomendações resultantes dos achados.

54. Depreende-se, assim, que a presença do Tribunal de Contas nos municípios, por meio da fiscalização via auditoria, reforça ao jurisdicionado o dever de zelar pela observância plena do direito fundamental à saúde, conforme previsto na CF/88.

55. Ademais, mostra-se oportuno indicar a leitura do Relatório Geral da Fiscalização - PAF Saúde 2021, a ser publicado na sequência, em que estão consolidadas as medidas tomadas pelos municípios que participaram do trabalho.



5. ENCAMINHAMENTOS GERAIS

56. Ante o exposto, e visando contribuir para o aperfeiçoamento das ações do jurisdicionado destinadas a garantir o Direito à Saúde, sugere-se que o Município de Capanema adote as recomendações exaradas no Procedimento de Homologação das Recomendações, observando-se os prazos nele previstos, nos termos do art. 267-A, §2º, I, do Regimento Interno desta Corte de Contas, processo ao qual o presente relatório será anexado.

Curitiba, em 6 de dezembro de 2021.

COORDENADORIA DE AUDITORIAS.

Aline Elis Arboit

Auditor de Controle Externo - CAUD -
TCEPR

Matrícula 51304-0

Guilherme Hassen Faraj

Auditor de Controle Externo - CAUD -
TCEPR

Matrícula 51453-5

Viviane de Medeiros Pires

Auditor de Controle Externo - 3ª ICE -
TCEPR

Matrícula 51650-3

Fernando Matheus da Silva

Auditor de Controle Externo – CAUD - Responsável pelo Projeto PAF Saúde 2021

Matrícula 51781-0

Eraldo da Cruz Santos de Souza

Auditor de Controle Externo – CAUD – Gerente de Auditorias e Inspeções II

Matrícula 51.698-8

Elizandro Natal Brollo

Coordenador de Auditorias

Mat. 51.711-9