



TCEPR | TRIBUNAL DE CONTAS
DO ESTADO DO PARANÁ

SAÚDE 2021

PLANO ANUAL DE FISCALIZAÇÃO

PEABIRU



RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO Nº 90/2021 – CAUD
PAF 2021: AUDITORIA - SAÚDE
MUNICÍPIO DE PEABIRU

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 Peabiru, Câmara Municipal de Peabiru, Conselho Municipal de Saúde de Peabiru, 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 |
|---------------------------|-----------|---------|
| Fernando Matheus da Silva | 51781-0 | CAUD |
| Gustavo Ribeiro Dortas | 52117-5 | CAUD |
| Juliana Kellen Batista | 52086-1 | 3ª ICE |

Entidade auditada:

| Entidade | CNPJ | Representante | CPF |
|----------------------|--------------------|-------------------|----------------|
| Município de Peabiru | 75.370.148/0001-17 | Júlio Cezar Frare | ***.793.***-** |



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..... | 19 |
| 5. ENCAMINHAMENTOS GERAIS | 21 |

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 MÉDICA 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 Inconstitucionalidade 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

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



nesse colegiado não necessita de ser paritária, desde que apta a prevenir a concentração do poder decisório no âmbito de um único ente.

(...)

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 Peabiru pertence à Região Geográfica Imediata de Campo Mourão. Tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2021, de 14.017 habitantes. Tem 80,81 % de grau de urbanização⁷.

47. Peabiru faz parte da 11ª Região de Saúde do Estado do Paraná, cujo Município polo é Campo Mourão. Possui 03 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 Peabiru 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=326&btOk=ok>. Acesso em 11 de novembro 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. (1) • No município o usuário recebe uma guia física, como encaminhamento, para que marque a sua consulta especializada em uma central. Entretanto, a gestora afirma que não é feito o controle do número de consultas efetivamente agendadas vis-a-vis o número de encaminhamentos. (2) • O município não faz o controle de verificação dos usuários encaminhados à Atenção Especializada que de fato agendam as consultas. (2) |
| Evidências: | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resposta ao Ofício nº 89 – CACO nº 222232 (1, 2); ➤ Entrevista com a Secretária Municipal de Saúde – realizada no dia 05/11/2021 pela plataforma Microsoft Teams. (1, 2) |
| Fontes do Critério e Critérios: | <p>Fonte de Critério: Política Nacional da Atenção Básica – PNAB. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.</p> <p>Critério: 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.</p> <p>Critério: Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:</p> <p>(...)</p> <p>c) Integralidade.</p> <p>Critério: Item 1.1- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de</p> |



| | |
|-------------------------------|---|
| | <p>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.</p> |
| Causas: | <ul style="list-style-type: none">➤ Inércia da administração em avaliar a resolutividade de sua atenção básica;➤ Inércia da administração em controlar se os encaminhamentos realizados pela atenção básica e que dependem do usuário para sua marcação, são de fato agendadas. |
| Efeitos: | <ul style="list-style-type: none">➤ Desconhecimento da resolutividade da atenção básica, o que pode gerar excessos de encaminhamentos;➤ Desconhecimento do impacto da existência de barreiras (burocráticas e/ou geográficas) para marcação das consultas especializadas. |
| Comentários do Gestor: | <p><i>“O município realizará a confecção de um protocolo e inserção de um indicador na PAS para acompanhamento mensal da taxa de consultas efetivamente agendadas (realizadas) na atenção especializada verso encaminhamentos realizados pela atenção básica e busca ativa dos faltoso. Os resultados dos dados serão tabulados mensalmente e avaliados a cada quadrimestre, se o resultado verificado for abaixo do esperado serão adotadas medidas para melhoria do resultado do indicador e ao final dos três quadrimestres o resultado será exposto na RAG.</i></p> <p><i>Cronograma de implantação</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Dezembro de 2021 e janeiro de 2022:</i> <p><i>Confecção de protocolo</i> <i>Capacitação da equipe</i> <i>Inserção de indicador na PAS (anuência do conselho de saúde)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Fevereiro de 2022:</i> <p><i>Implantação /ajustes</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Março 2023:</i> <p><i>Apresentação dos resultados na RAG (2022)”</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, inclusive apresentando um cronograma para implementação, o qual poderá ser objeto de acompanhamento em futuro monitoramento desta Corte de Contas.➤ Desta forma, em razão das ações para solver o achado tratem 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: | <p><u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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; ➤ Acompanhar, mediante relatórios no mínimo anuais (RAG), o eventual descompasso entre os encaminhamentos e as consultas efetivamente marcadas da atenção especializada, a fim de que sejam identificadas barreiras, para a adoção de ações que as removam ou mitiguem. |
| 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; ➤ Conhecimento de barreiras para que eventualmente sejam empreendidas ações que mitiguem o desestímulo para que os usuários marquem suas consultas especializadas. |

Questão de Auditoria 4: A governança interfederativa das Regiões de Saúde é adequada?

| Achado 2 | Inadequação da governança interfederativa das Regiões de Saúde. |
|--|---|
| Condição: | <ul style="list-style-type: none"> • O Município contrata leitos hospitalares e especialistas mediante Consórcio Intermunicipal de Saúde das Comunidades dos Municípios da região de Campo Mourão (CIS-Comcam), sem que o Estado tenha conhecimento desses encaminhamentos, por meio da 11ª Região de Saúde, formando filas fora do Sistema de Regulação Estadual. (1) |
| Evidências: | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resposta ao Ofício nº 89 – CACO nº 222232 (1); ➤ Entrevista com a Secretária Municipal de Saúde – realizada no dia 05/11/2021 pela plataforma Microsoft Teams (1) |
| Fontes do Critério e Critérios: | <p>Fonte de Critério: Lei nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015 – Estatuto da Metrópole</p> <p>Critério: Art. 2º, inciso IX: governança interfederativa das funções públicas de interesse comum: compartilhamento de responsabilidades e ações entre entes da Federação em termos de organização, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum, mediante a execução de um sistema integrado e articulado de planejamento, de projetos, de estruturação financeira, de implantação, de operação e de gestão.</p> |



| | |
|-------------------------------|--|
| | <p>Fonte de Critério: Portaria 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 – Sistema de Governança.</p> <p>Fonte de Critério: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990</p> <p>Critério: Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> |
| Causas | <ul style="list-style-type: none">➤ Ausência de normas claras para regulamentar a contratação de consultas e profissionais da Atenção Especializada. |
| Efeitos: | <ul style="list-style-type: none">➤ Formação de filas paralelas à Regulação Estadual;➤ Enfraquecimento da Atenção Especializada, diante de sua fragmentação. |
| Comentários do Gestor: | <p><i>“Acreditamos que houve uma explanação/interpretação equivocada em relação a contratação de leitos hospitalares, o município não contrata leitos hospitalares sendo estes regulados somente através da Central de Leitos e Samu (casos de urgência), sendo regulados dentro das referências estabelecidas pela 11ª Regional de Saúde. Também há as AIHs que são pactuadas entre os municípios e aprovadas em Reuniões do Conselho de Saúde e CIR.</i></p> <p><i>Em relação as consultas especializadas ressaltamos que as mesmas são realizadas através do consórcio de saúde CISCOMCAM, com recurso próprio do município, pois o TFD não supre a necessidade das demandas, com anuência da 11ª Regional de Saúde.</i></p> <p><i>O município realizará notificação para o CISCOMCAM para que seja estabelecido em conjunto com os demais municípios o conhecimento das filas para ciência dos Municípios e Estado.”</i></p> |
| Análise da equipe | <ul style="list-style-type: none">➤ Apesar do esclarecimento em relação à contratação leitos hospitalares, mantem-se o apontamento quanto à falta de comunicação com o Estado em relação aos encaminhamentos da Atenção Especializada, o que contribui para formação de filas fora do Sistema de Regulação Estadual.➤ Nota-se, inclusive, que o gestor se prontifica a notificar o CISCOMCAM para estabelecer em conjunto com os demais municípios o conhecimento das filas para ciência dos Municípios e Estado.➤ 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: | <p><u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações:</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Estabelecer, em conjunto com os demais Municípios da Região de Saúde e o Estado do Paraná, normas de Governança Interfederativa para a |



| | |
|------------------------------|---|
| | <p>contratação de serviços da Atenção Especializada, a fim de que todos os pacientes encaminhados da Atenção Primária formem filas de conhecimento do Estado e Municípios.</p> |
| Benefícios Esperados: | <ul style="list-style-type: none">➤ Aperfeiçoamento da organização da Atenção Especializada, mediante o conhecimento de sua verdadeira demanda.➤ Finalização de filas paralelas que não sejam conhecidas pelo Sistema de Regulação do Estado.➤ Aferição da demanda exata das especialidades a fim de que os recursos sejam mais bem alocados. |



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. | Não Constatado |
| Inadequação da governança interfederativa das Regiões de Saúde. | Constatado |

50. Os resultados da fiscalização demonstram que o município de Peabiru implementou, após o envio do relatório preliminar, medidas satisfatórias em 1 (uma) das 3 (três) áreas fiscalizadas, sendo que em 1 delas não foi identificada inconformidade na avaliação da equipe de auditoria, 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 é feito o controle do número de consultas efetivamente agendadas vis-a-vis o número de encaminhamentos; e não faz o controle de verificação dos usuários encaminhados à Atenção Especializada que de fato agendam as consultas.

52. Em relação à questão de auditoria nº 2, não foi constatado achado, tendo em vista que a equipe de saúde da Atenção Básica faz o acompanhamento dos usuários após a realização da consulta na Atenção Especializada, através da apresentação do histórico de atendimento de diversos pacientes e do registro das buscas ativas após o retorno da atenção especializada, feita pelos profissionais de saúde da unidade Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

53. Por fim, a Equipe de Auditoria concluiu pela inadequação da governança interfederativa das Regiões de Saúde, ante a evidência da falta de comunicação com o



Estado em relação aos encaminhamentos da Atenção Especializada, o que contribui para formação de filas fora do Sistema de Regulação Estadual.

54. 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.

55. 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.

56. 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

57. 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 Peabiru 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 10 de dezembro de 2021.

COORDENADORIA DE AUDITORIAS.

Juliana Kellen Batista

Assessor Especial de Conselheiro – 3ª
Inspetoria
52.086-1

Gustavo Ribeiro Dortas

Auditor de Controle Externo
Matrícula 52.117-5

Fernando Matheus da Silva

Auditor de Controle Externo
Responsável pelo Projeto PAF Saúde
2021
Matrícula 51.781-0

Eraldo da Cruz Santos de Souza

Auditor de Controle Externo – Gerente
de Auditorias e Inspeções II
Matrícula 51.698-8

Elizandro Natal Brollo

Coordenador de Auditorias
Mat. 51.711-9