



**RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO Nº 94/2021 – CAUD**  
**PAF 2021: AUDITORIA - SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESA**

**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, Estado do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde - SESA, Conselho Estadual de Saúde - CES/PR, Comissão Intergestores Bipartite - CIB/PR, 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 nº 3081/20 – publicado no Diário Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Paraná nº 2417/2020, de 06/11/2020; Portaria nº 276/2021 – publicada no Diário Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado do Paraná nº 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
Guilherme Hansen Faraj	51453-0	CAUD
Gustavo Ribeiro Dortas	52117-5	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
Fernando Matheus da Silva	51781-0	CAUD
Guilherme Hansen Faraj	51453-0	CAUD
Gustavo Ribeiro Dortas	52117-5	CAUD
Juliana Kellen Batista	52086-1	3ª ICE
Viviane de Medeiros Pires	51650-3	3ª ICE

**Entidade auditada:**

Entidade	CNPJ	Representante	CPF
Secretaria de Estado da Saúde	76.416.866/0001-40	Carlos Alberto Gebrim Preto	***.820.***-**



# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
1.1 MOTIVAÇÃO.....	4
1.2 OBJETIVO E ESCOPO.....	5
1.3 METODOLOGIA .....	7
<b>2. VISÃO GERAL DO TEMA .....</b>	<b>9</b>
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....	9
2.2 PERFIL DO JURISDICIONADO .....	13
<b>3. RESULTADO DA EXECUÇÃO DO TRABALHO .....</b>	<b>15</b>
3.1 ACHADOS.....	15
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>5. ENCAMINHAMENTOS GERAIS .....</b>	<b>42</b>



## 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 nº 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 das 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 de municípios: 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<sup>a</sup>, 07<sup>a</sup>, 08<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup> e 21<sup>a</sup>. 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 doze municípios foram escolhidos e receberam 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 apenas análise documental 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 Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, somente daqueles trabalhadores que possuíam vínculo empregatício.<sup>1</sup>

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

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

---

<sup>1</sup> O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, por meio da 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.

<sup>2</sup> 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.

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 Básica<sup>3</sup> 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 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

---

<sup>3</sup> 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.

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.<sup>4</sup>

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.”<sup>5</sup>

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:

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.

<sup>4</sup> SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde. Campinas: Saberes, 2013, p. 126.

<sup>5</sup> SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde. Campinas: Saberes, 2013, p. 85.

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.”<sup>6</sup>

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 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

<sup>6</sup> SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde. Campinas: Saberes, 2013, p. 85.

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. A 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 Jurisdicionado

46. O Estado do Paraná tem uma população estimada, em 2021, de 11.597.484 habitantes<sup>7</sup>. Destes, mais de 70% não possuem cobertura de plano de saúde, sendo potenciais usuários do SUS<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Informação extraída do IBGE: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>>. Acesso em 14 de dezembro de 2021.

<sup>8</sup> De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE em 2019, 28,4% da população paranaense possuía plano de saúde. Informações extraídas do IBGE: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pesquisa/47/91392>>. Acesso em 14 de dezembro de 2021.

47. O órgão gestor do SUS no âmbito do Estado do Paraná é a Secretaria de Estado da Saúde - SESA, que desenvolve ações e serviços de saúde de forma descentralizada, com sede em Curitiba e outras unidades por todo o estado com vistas à regionalização desses serviços.

48. Para tanto, a SESA dividiu o Estado em 4 macrorregionais de saúde, situadas nas cidades polo de Curitiba, Cascavel, Londrina e Maringá, subdivididas em 22 regionais ou regiões de saúde.

49. A rede de serviços próprios da SESA é constituída por unidades hospitalares, ambulatoriais e de suporte diagnóstico e terapêutico. Atualmente, a Secretaria de Saúde possui 15 hospitais próprios e mais 4 hospitais universitários vinculados à Secretaria Estadual de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), sendo a SESA corresponsável pelo custeio e investimento em infraestrutura e pelo parque tecnológico. Além da rede própria, a SESA conta também com diversos estabelecimentos contratualizados.

### 3. RESULTADO DA EXECUÇÃO DO TRABALHO

50. As conclusões da auditoria foram materializadas em Apontamentos Preliminares que foram encaminhados à SESA para manifestação por meio do Sistema de Gestão de Acompanhamento - SGA. 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.

#### 3.1 Achados

**Questão de Auditoria 3:** O planejamento territorial das regiões de saúde é adequado?

Achado 1	Planejamento territorial inadequado das regiões de saúde.
<p><b>Condição:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência dos serviços de saúde definidos pela própria SESA em todas as Regiões de Saúde (1).</li> </ul> <p>Em resposta ao questionário, a Secretaria de Estado da Saúde informou que cada região de saúde deveria contar com: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Os serviços teriam sido definidos por meio da Deliberação CIB nº 266/2012 (diretrizes para implementação do COAP no Paraná), e segue o contido no art. 5º do Decreto Federal nº 7.508/2011.</p> <p>No entanto, de acordo com a documentação disponibilizada, parte desses serviços não estão disponíveis em todas as regiões. Além da cobertura deficitária de atenção básica em alguns municípios, outros serviços são insuficientes no âmbito das regionais<sup>9</sup>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. a 22ª RS não conta com serviço de urgência e emergência em âmbito regional;</li> <li>b. pelo menos 14 regiões (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 9ª, 11ª, 12ª, 13ª, 15ª, 16ª, 19ª, 21ª) não contam com serviço de atenção psicossocial, ou são oferecidos somente parte dos serviços; e</li> <li>c. pelo menos 20 regiões (exceto 2ª e 10ª RS) não possuem atenção ambulatorial e hospitalar para determinadas especialidades.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de serviços de saúde essenciais em todas as Regiões de Saúde (2).</li> </ul>

<sup>9</sup> De acordo com a documentação disponibilizada em resposta às SF nº 174 e 201.

	<p>Além do não cumprimento do rol definido pela própria SESA (segundo regulamentação do Ministério da Saúde), outros serviços essenciais não foram identificados em parte das regiões<sup>10</sup>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. serviços de nutrição e fisioterapia;</li> <li>b. exames de imagem;</li> <li>c. atendimento ambulatorial de cardiologia e serviços de identificação de condições crônicas cardiovasculares (ECG, ecocardiografia, teste ergométrico);</li> <li>d. atendimento ambulatorial de oftalmologia e serviços de identificação de disfunções oculares (exame de fundo de olho, exame de refração, exame de pressão ocular);</li> <li>e. atendimento ambulatorial de pneumologia e exame de espirometria;</li> <li>f. atendimento ambulatorial de oncologia e serviços relacionados ao diagnóstico e tratamento de câncer (exames de imagem, biópsias, radioterapia, colposcopia, mamografia, endoscopia digestiva alta e baixa, ambulatório de mastologia);</li> <li>g. atendimento ambulatorial de ortopedia, reumatologia, endocrinologia, cirurgia vascular e cirurgia bariátrica.</li> </ol>
<b>Evidências:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resposta ao CACO nº 220243 (SF nº 174/2021) (1);</li> <li>➤ Resposta ao CACO nº 224269 (SF nº 201/2021) (1 e 2);</li> <li>➤ Plano Diretor de Regionalização (2015), encaminhado em resposta à SF nº 201/2021 (Demanda CACO nº 224269) (1 e 2);</li> <li>➤ Laudos de Avaliação das 22 Regionais de Saúde, encaminhados em resposta à SF nº 201/2021 (Demanda CACO nº 224269) (1 e 2).</li> </ul>
<b>Fontes do Critério e Critérios:</b>	<p><b>Fonte de Critério:</b> Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde.</p> <p><b>Critério:</b> Anexo, Item 3 / 3.1. Fundamentos da Rede de Atenção à Saúde - Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos</p> <p>Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.</p> <p>Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. (...). O acesso pode ser</p>

<sup>10</sup> De acordo com a documentação disponibilizada em resposta às SF nº 174 e 201.

	<p>analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:</p> <p>A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.</p> <p><b>Critério:</b> Anexo, Item 3 / 3.2. Fundamentos da Rede de Atenção à Saúde - Integração Vertical e Horizontal</p> <p>Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).</p> <p><b>Critério:</b> Anexo, Item 4. Atributos da Rede de Atenção à Saúde</p> <p>2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;</p> <p><b>Fonte de Critério:</b> Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</p> <p><b>Critério:</b> Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:</p> <p>I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;</p> <p>III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;</p> <p><b>Fonte de Critério:</b> Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011.</p> <p><b>Critério:</b> Art. 5º. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:</p> <p>I - atenção primária;</p> <p>II - urgência e emergência;</p> <p>III - atenção psicossocial;</p> <p>IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e</p> <p>V - vigilância em saúde.</p>
<b>Causas:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Contratação de profissionais e serviços especializados pelos municípios e consórcios;</li><li>➤ Entendimento de que algumas especialidades podem ser disponibilizadas em nível macrorregional e/ou estadual;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausência de atuação da CIB na verificação da efetiva contratação de serviços conforme o pactuado na Deliberação CIB nº 266/2012.</li> </ul>
<b>Efeitos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formação de filas paralelas à Regulação Estadual;</li> <li>➤ Enfraquecimento da Atenção Especializada, diante de sua fragmentação.</li> </ul>
<b>Comentários do Gestor:</b>	<p>Por meio do sistema SGA, a SESA encaminhou as manifestações do Núcleo de Descentralização do SUS - NDS, da Divisão de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV e da Diretoria de Gestão em Saúde - DGS.</p> <p>A Divisão de Atenção e Vigilância em Saúde sustenta que o índice de cobertura de Atenção Básica no Paraná está acima do índice brasileiro, e afirma que cabe aos municípios executar tal política após as suas definições, inclusive com a ordenação de acesso às linhas de cuidado. Também foram elencadas algumas ações que estão sendo desenvolvidas para o fortalecimento da Atenção Primária.</p> <p>Quanto aos serviços de urgência e emergência, a DAV elencou os equipamentos relacionados à 22ª Região de Saúde e listou pleitos específicos junto ao Ministério da Saúde para a implementação da rede de urgência na região.</p> <p>No que diz respeito à questão da Rede de Atenção Psicossocial, a DAV justificou que cabe aos municípios a solicitação de serviços e equipes através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde, e informou que o Governo Federal suspendeu o financiamento de novos estabelecimentos durante um período e, recentemente, voltou a aceitar os pedidos. Segundo a unidade, "em 2021, a SESA e Regionais de Saúde promoveram a articulação e o apoio para a implantação de serviços de saúde mental nas regiões e municípios do nosso Estado, e no momento, aguarda aprovação e publicação das portarias de habilitação para os seguintes pleitos junto ao Ministério da Saúde/MS".</p> <p>Ainda segundo a DAV, 70% dos municípios paranaenses possuem população inferior a 15.000 mil habitantes, o que dificulta a implantação de alguns serviços da Linha de Cuidado em Saúde Mental, uma vez que o Ministério da Saúde utiliza de critérios populacionais para implantação/habilitação dos serviços.</p> <p>A DGS, por sua vez, informa que para implantação dos serviços especializados mínimos necessários em cada região de saúde é indispensável seguir os critérios e normativas estabelecidas, em grande parte, pela União por meio de Portarias específicas. Que para definição dos serviços mínimos em cada</p>

	<p>região de saúde é necessário fazer estudo aprofundado dessas Portarias e considerar os diagnósticos regionais decorrentes do processo de Planejamento Regional Integrado PRI, que ainda está em desenvolvimento.</p> <p>A DGS pontua que a definição quanto aos serviços que devem ser contratados pelos municípios e pelo estado vai além de uma pactuação na CIB, devendo haver uma discussão em relação à gestão dos recursos federais de média e alta complexidade.</p> <p>Quanto à prestação de serviços em todas as regiões de saúde, a DGS utilizou como exemplos a disponibilização de aparelhos de tomografia computadorizada e de médico especialista em pneumologia para argumentar que não é pertinente a disponibilização de todos os serviços citados na condição do Achado em todas as regionais.</p>
<b>Análise da Equipe:</b>	<p>Quanto ao item da Atenção Básica, a despeito de ser louvável que o Estado contenha um índice de cobertura acima da média nacional, isso não regulariza a situação posta. Concorda-se, evidentemente, que a Política Nacional de Atenção Básica reservou aos Municípios a execução dos serviços desse nível. Entretanto, o mesmo instrumento normativo é claro em estabelecer inúmeras diretrizes de cooperação entre os entes federativos para o fortalecimento dessa política, a fim de formar um primeiro nível de atenção num Sistema Único de Saúde. Ou seja, a diretriz constitucional não pode ser interpretada como se os Municípios devessem, em tese, empreender esforços individualmente. Portanto, o Estado do Paraná tem um papel a desenvolver para apoiar a expansão da Atenção Básica, com o intuito de aumentar a sua cobertura.</p> <p>E a principal questão referida não é quantitativa, mas sim qualitativa. Para que a Atenção Primária possa funcionar com coordenadora, de fato, do cuidado dos pacientes, é preciso interação com os demais níveis de atenção. Isso pressupõe esforço conjunto dos entes federativos. Estado e Municípios, in casu. Daí a necessidade de se estabelecer fluxos adequados da principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde com os demais níveis de atenção. Com comunicação adequada e, mais ainda, com a disponibilização de serviços mais espalhados pelo território. Isso só se dará com a pactuação conjunta das necessidades de saúde de cada região e expansão dos serviços.</p> <p>Quanto à Rede de Atenção Psicossocial, a despeito das justificativas apresentadas, de que a maioria dos municípios não tem população suficiente para a implantação de serviços com base em critérios do Ministério da Saúde, reitera-se que o presente Achado trata da indisponibilidade de serviços em nível regional, e não em cada um dos municípios de pequeno porte do estado.</p>

	<p>Conforme apontado na condição do achado, a maioria das regiões de saúde não conta nem mesmo com referência regional para o encaminhamento de pacientes.</p> <p>No que diz respeito às portarias do MS e à dificuldade de implantação de procedimentos em determinadas regiões, citadas pela DGS, é preciso pontuar, primeiro, que a lógica de disponibilizar referenciamento de procedimentos somente em âmbito macrorregional deve recair somente em serviços excepcionais e menos demandados. Afinal, a ideia é que os serviços sejam descentralizados de maneira regionalizada, mas não em apenas 4 regiões ou 4 cidades polo. Isso porque o Estado do Paraná possui grande território e 399 Municípios. Ao se adotar esse modelo, diversos serviços que podem ser prestados mais próximo à localidade dos munícipes não são, obrigando-os a se deslocarem em longas viagens para determinados tratamentos.</p> <p>Evidentemente que não é possível esgotar todos os serviços nas regiões. Por outro lado, é necessário que sejam disponibilizados aqueles serviços mais demandados nesta ou naquela região. Daí a necessidade de se acompanhar os dados epidemiológicos e as demandas por filas nas diversas localidades do Paraná. A justificativa apresentada poderia ser admitida se não houvesse filas excessivamente grandes para encaminhamentos em âmbito estadual.<sup>11</sup></p> <p>Não bastasse, a despeito da mencionada autonomia dos gestores para a contratação de serviços, cabe lembrar que se trata de um Sistema Único de Saúde. Portanto, as contratações devem contar com uma regulação adequada em que os entes cooperem entre si para o planejamento e controle dos serviços. Tal fato envolverá, por óbvio, governança interfederativa adequada, como será tratado em questão específica, para que as decisões sejam tomadas em conjunto, notadamente para estabelecer os serviços mínimos a serem prestados em todas as regiões.</p>
<b>Conclusão:</b>	Achado não sanado.
<b>Encaminhamento:</b>	<p><u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações à SESA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disponibilizar o rol de serviços pactuado com a CIB em cada região de saúde, em quantidade condizente com a demanda regional;</li> <li>➤ Levar à discussão no âmbito da CIB os serviços essenciais a serem disponibilizados em cada região;</li> </ul>

<sup>11</sup> Achado 3 trata das dificuldades de encaminhamento de pacientes, por parte dos municípios, para especialistas referenciados pelo Estado.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Após definição no âmbito da CIB, pactuar e normatizar quais procedimentos e especialidades devem estar disponíveis em todas as regiões de saúde;</li> <li>➤ Após definição no âmbito da CIB, pactuar e normatizar quais procedimentos e especialidades devem ser contratados pelos municípios, consórcios intermunicipais, ou disponibilizados pela administração estadual.</li> </ul>
<b>Benefícios Esperados:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aperfeiçoamento da organização da Atenção Especializada, mediante o estabelecimento de competências para contratação;</li> <li>➤ Diminuição dos deslocamentos para atendimento especializado por parte dos usuários;</li> <li>➤ Diminuição das filas de espera.</li> </ul>

**Questão de Auditoria 4:** A Governança Interfederativa das regiões de saúde é adequada?

<b>Achado 2</b>	<b>Inadequação da governança interfederativa das regiões de saúde.</b>
<b>Condição:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de normativa específica estadual que estabeleça o modo de participação e tomada de decisões nas regiões de saúde (1).</li> </ul> <p>Em resposta ao questionário, a Secretaria de Estado da Saúde enviou apenas a Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021, a qual não se mostra adequada, ante as especificidades locais e o âmbito de aplicação da normativa.</p> <p>No mais, citou também que a participação dos municípios se dá por meio da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Entretanto, tais comissões servem para discutir questões de todo o Estado do Paraná (CIB) ou do Brasil inteiro (CIT), sendo fórum inadequado para discutir questões locais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de gestão interfederativa em relação às contratações de especialistas (2).</li> </ul> <p>A SESA afirmou ter conhecimento acerca de contratação de prestadores já referenciados pelo Estado, por parte dos municípios e/ou consórcios. Porém informou somente um contrato firmado por um consórcio, o qual teria sido pactuado na CIR.</p> <p>No que diz respeito aos contratos com especialistas, a Secretaria informou que os municípios têm autonomia para a contratação e gestão, dessa forma, o estado se isenta do acompanhamento.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de gestão interfederativa em relação às filas para atendimento na Atenção Especializada (3).</li> </ul> <p>A administração da SESA informou não haver parâmetros para controle de filas e tempos de espera por especialidade. Há filas sob a gestão de municípios, ambulatorios, consórcios, hospitais contratualizados e no sistema estadual de regulação (CARE).</p> <p>Por outro lado, foi informado sobre o Programa Paranaense de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, o qual visa reduzir o tempo de espera por cirurgias eletivas. Para esse programa específico, a administração estadual levantou a demanda reprimida e priorizou procedimentos, demonstrando que é possível a gestão estadual sobre as filas e o estabelecimento de prioridades quando necessário.</p>
<b>Evidências:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resposta ao CACO nº 220243 (SF nº 174/2021) (1, 2 e 3);</li> <li>➤ Resposta ao CACO nº 224269 (SF nº 201/2021) (3).</li> </ul>
<b>Fontes do Critério e Critérios:</b>	<p><b>Fonte de Critério:</b> Lei Federal nº 13.089, de 12 de janeiro de 2015 - Estatuto da Metrópole.</p> <p><b>Critério:</b> 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><b>Fonte de Critério:</b> Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde.</p> <p>Critério: Anexo, Item 6 / 6.2. Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde - Estrutura Operacional</p> <p>Sistema de Governança</p> <p>A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. (...)</p> <p>Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. (...)</p> <p><b>Fonte de Critério:</b> Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</p>

	<p><b>Critério:</b> 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> <p><b>Critério:</b> Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:</p> <p>XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;</p>
<p><b>Causas:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inexistência de instrumento normativo próprio delimitando a participação e a forma decisão dos entes federativos nas Regiões de Saúde;</li> <li>➤ Ausência de normas claras a respeito das contratações, pelos municípios e consórcios, de estabelecimentos de saúde já referenciados pelo Estado;</li> <li>➤ Inexistência de normas claras a respeito da contratação de especialistas;</li> <li>➤ Desinteresse da Secretaria de Estado da Saúde em acompanhar as filas de espera para atendimento especializado.</li> </ul>
<p><b>Efeitos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formação de filas paralelas à Regulação Estadual;</li> <li>➤ Enfraquecimento da Atenção Especializada, diante de sua fragmentação.</li> </ul>
<p><b>Comentários do Gestor:</b></p>	<p>Por meio do sistema SGA, a SESA encaminhou as manifestações da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Divisão de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV e da Diretoria de Gestão em Saúde - DGS.</p> <p>A CIB informou que parte dos apontamentos tem sido motivo de ampla discussão com o Ministério da Saúde para o estabelecimento de uma efetiva governança interfederativa, estando em discussão uma revisão nos documentos que norteiam o processo de governança na saúde.</p> <p>A DAV informou que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Primária, as Secretarias Municipais de Saúde têm como competência organizar o fluxo de pessoas, garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção e visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde.</p> <p>A DGS, citando normativas específicas referentes a competências na área de saúde, informa que as ações de planejamento devem acontecer nas três esferas de gestão, não sendo de competência exclusiva de um ente federado isoladamente.</p> <p>De acordo com a administração, várias normativas tratam diretamente da possibilidade e da obrigatoriedade do gestor em se utilizar de recursos próprios</p>

para financiamento da assistência à saúde em seu território, deixando claro que o financiamento do SUS acontece de forma tripartite e com discricionariedade dos gestores.

A DGS cita que ainda há um grande vazio legislativo no SUS, e que muitas das decisões quanto às ações em saúde foram decorrentes da publicação de Portarias do Ministério da Saúde, Deliberações CIT, CIB e CIR, dentre outros.

A unidade afirma que a legislação do SUS vigente deixa claro que o financiamento do SUS é tripartite e que o gestor do SUS pode complementar o financiamento das ações e serviços de saúde localizados em seu território, ou seja, tem autonomia para definir o uso dos recursos, contratualizar e financiar as ações necessárias. Dessa forma, não seria competência da SESA organizar a contratação pulverizada de serviços pelos municípios. A Diretoria também entende que o gestor estadual deve ser indutor das políticas, mas não tem autonomia para impedir que os gestores municipais definam como se dará o planejamento do uso dos recursos financeiros nos seus respectivos territórios, bem como das contratualizações.

Já quanto aos contratos firmados por municípios com estabelecimentos já contratualizados pelo estado, a DGS informa que foi instituído Grupo de Trabalho inicial composto por representantes da SESA e do COSEMS com a finalidade de desenvolver um documento orientador com sugestão das etapas mínimas a serem seguidas quando da realização desses contratos. Esse documento tem como base o disposto na Nota Técnica nº 01/2019 do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública - CAOP, do Ministério Público do Estado do Paraná, que orienta o processo contratualização de serviços privados pelo SUS.

Em relação às filas de espera, a DGS informou a meta de implantar um Programa Estadual de Ampliação e Qualificação do Acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos nas 22 Regiões de Saúde, o que constaria no Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Também constaria no Plano de Governo 2019-2022 a redução do tempo de espera para cirurgias eletivas por meio da ampliação da oferta e do acesso.

A Diretoria Informa ainda que existe interesse por parte da SESA em acompanhar a fila de espera tanto para atendimento ambulatorial especializado, quanto para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e que um grande dificultador desse acompanhamento é a ausência de um sistema informatizado integrado, bem como aparente desconhecimento por parte dos gestores quanto à sua demanda.

	<p>Por fim, A DGS informa que estão realizando ajustes no Sistema de Regulação CARE PR, visando possibilitar o gerenciamento das filas de espera, tanto pelos gestores municipais que fizerem uso direto do sistema ou por interoperabilidade com o sistema próprio, quanto pelo gestor estadual e pelo usuário do SUS, com atualização frequente dessas informações.</p>
<b>Análise da Equipe:</b>	<p>Ao examinar as manifestações, vê-se que não foi apresentada justificativa ou documentação possível de afastar as condições apontadas no Achado.</p> <p>Não houve manifestação clara quanto à possibilidade e/ou necessidade de estabelecimento normativa específica estadual que estabeleça o modo de participação e tomada de decisões nas regiões de saúde. A menção ao vazio legislativo não faz sentido, na medida em que o § 3º do artigo 25 da Constituição Federal confere competência aos estados organizar, por meio de legislação, os serviços prestados regionalmente.</p> <p>Quanto às contratações de especialistas, a SESA reafirma que os gestores municipais têm autonomia para contratação e que não cabe à SESA organizar as contratações ou interferir no planejamento ou nas contratações municipais.</p> <p>Nesse interim, cabe esclarecer que o presente achado não menciona interferência do estado na gestão municipal, tratando apenas da gestão de informações a respeito das contratações e filas. Se isentar de qualquer acompanhamento em relação às contratações de especialistas por municípios e consórcios impede a administração estadual de ter conhecimento da real demanda por serviços especializados no estado, informação necessária para o estabelecimento e priorização de políticas de saúde. Isso, conforme já afirmado, fragmenta o sistema e ainda pode induzir conflitos entre municípios com mais ou menos recursos. Se, por outro lado, houver uma regra bem delimitada para que a contratação seja por meio da cooperação entre entes, tal risco fica bastante mitigado.</p> <p>Quanto à gestão de filas, em que pese a justificativa de ausência de um sistema informatizado e de dificuldades relacionadas à gestão de informações por parte dos gestores municipais, bem como o interesse por parte da SESA em acompanhar as filas e a informação de ajustes no sistema CARE, não se vislumbra solução efetiva quanto ao acompanhamento integrado e gestão da demanda por serviços especializados em todo o estado, de forma a identificar e, principalmente, regularizar os gargalos existentes nos encaminhamentos.</p> <p>Dessa forma, mantém-se, na íntegra, o achado e as recomendações, as quais deverão ser atendidas no prazo fixado na decisão de homologação.</p>
<b>Conclusão:</b>	Achado não sanado.

<b>Encaminhamento:</b>	<p><u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações à SESA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Normatizar, em âmbito estadual, o funcionamento das regiões de saúde, a fim de delimitar a participação de todos os entes e o peso das decisões;</li> <li>➤ Proporcionar a gestão e a disponibilização interfederativa dos serviços especializados, organizando a contratação pulverizada de municípios com os estabelecimentos já referenciados pelo Estado;</li> <li>➤ Proporcionar a gestão e a disponibilização interfederativa dos serviços especializados, organizando a contratação de especialistas pelos consórcios e municípios, a fim de que as filas de espera sejam de conhecimento de todos os entes federativos envolvidos;</li> <li>➤ Acompanhar de forma permanente as filas de espera para atendimento na atenção especializada, de forma a priorizar a alocação de recursos quando necessário.</li> </ul>
<b>Benefícios Esperados:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aperfeiçoamento da organização da Atenção Especializada, mediante o conhecimento permanente de sua verdadeira demanda;</li> <li>➤ Finalização de filas paralelas que não sejam conhecidas pelo Sistema de Regulação do Estado.</li> <li>➤ Aferição da demanda exata das especialidades a fim de que os recursos sejam mais bem alocados.</li> </ul>

**Questão de Auditoria 5:** Os fluxos definidos para encaminhamento dos usuários, no âmbito das redes de atenção, são adequados?

<b>Achado 3</b>	<b>Inadequação dos fluxos para encaminhamento dos usuários no âmbito das Redes de Atenção.</b>
<b>Condição:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de normativa disciplinando a forma de contrarreferência à atenção básica (1).</li> </ul> <p>Não existe um protocolo estabelecendo os parâmetros necessários e as informações que devem constar na contrarreferência. A SESA sustentou, em resposta, que estão sendo elaborados fluxogramas. De todo modo, ainda não existem critérios para exigir informações mínimas a serem preenchidas pelos médicos da atenção especializada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de verificação da qualidade da contrarreferência (2).</li> </ul>

	<p>Em resposta ao questionário enviado pela equipe de auditoria, a Secretaria Estadual de Saúde informou que o serviço de auditoria da SESA consulta os prontuários de pacientes eventualmente somente para autorizar pagamentos. Não há qualquer avaliação acerca da qualidade das informações contidas nas contrarreferências, mesmo que por amostragem.</p> <p>A administração da SESA ainda informou que consta nos contratos com prestadores de serviços cláusula exigindo a contrarreferência. O contrato enviado como exemplo contém cláusula específica. No entanto, não há fiscalização quanto ao cumprimento do acordado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de encaminhamento de pacientes, por parte dos municípios, para especialistas referenciados pelo Estado (3).</li> </ul> <p>Todos os municípios que integraram a auditoria informaram haver grandes filas de espera para especialistas que dependem de encaminhamento via Regional de Saúde. Seis municípios citaram filas maiores de 1 ano. Dois municípios citaram filas de até 3 anos. As especialidades mais recorrentes são Oftalmologia, Pneumologia, Neurologia, Neurocirurgia, Reumatologia, Cardiologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Urologia, Nefrologia e Gastroenterologia.</p>
<p><b>Evidências:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resposta ao CACO nº 220243 (SF nº 174/2021) (1 e 2);</li> <li>➤ Resposta ao CACO nº 224269 (SF nº 201/2021) (1 e 2);</li> <li>➤ Resposta aos Questionários e Entrevistas realizadas com os gestores dos Municípios Barracão, Campina da Lagoa, Capanema, Clevelândia, Curiúva, Imbituva, Itapejara D'Oeste, Loanda, Peabiru, Querência do Norte, Rebouças e Reserva (3).</li> </ul>
<p><b>Fontes do Critério e Critérios:</b></p>	<p><b>Fonte de Critério:</b> Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</p> <p><b>Critério:</b> Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:</p> <p>I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;</p> <p>II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;</p> <p>IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;</p>

**Fonte de Critério:** Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde - Carta de Direitos dos Usuários do SUS

**Critério:** Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado:

IX – o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha:

- a) caligrafia legível ou datilografada, ou digitada, ou por meio eletrônico;
- b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
- c) linguagem clara, evitando-se códigos ou abreviaturas;
- d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado;
- e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da unidade para a qual está sendo encaminhada.

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

**Critério:** Anexo, Item 3 / 3.1. Fundamentos da Rede de Atenção à Saúde - Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos

Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. (...). O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

**Critério:** Anexo, Item 3 / 3.2. Fundamentos da Rede de Atenção à Saúde - Integração Vertical e Horizontal

Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza

	diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).
<b>Causas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausência de priorização da normatização do fluxo de contrarreferência para a atenção básica;</li> <li>➤ Ausência de normativa estabelecendo os procedimentos de controle em relação às informações encaminhadas para a atenção básica;</li> <li>➤ Possível excesso de encaminhamentos desnecessários por parte dos municípios;</li> <li>➤ Quantidade insuficiente de serviços e especialidades em algumas Regionais de Saúde.</li> </ul>
<b>Efeitos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Risco de agravamento das condições de saúde dos pacientes devido à demora no encaminhamento a especialistas;</li> <li>➤ Possibilidade de atrasos no diagnóstico e tratamento, e até mesmo agravamento das condições de saúde, devido à demora no fluxo de informações e resultados entre os níveis de atenção;</li> <li>➤ Risco de tratamento inadequado;</li> <li>➤ Fragmentação do cuidado, uma vez não disponibilizadas informações à atenção básica.</li> </ul>
<b>Comentários do Gestor:</b>	<p>Por meio do sistema SGA, a SESA encaminhou as manifestações da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Divisão de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV e da Diretoria de Gestão em Saúde - DGS.</p> <p>A CIB informou que os apontamentos efetuados são pautas constantes nas discussões da CIR e CIB e que embora existam instrumentos formais de referência e contrarreferência, por fatores culturais e administrativos há resistência em suas utilizações.</p> <p>A DAV informou que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Primária, as Secretarias Municipais de Saúde têm como competência organizar o fluxo de pessoas, garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção e visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde.</p> <p>A DGS, por sua vez, informa que para implantação dos serviços especializados mínimos necessários em cada região de saúde é indispensável seguir os critérios e normativas estabelecidas, em grande parte, pela União por meio de Portarias específicas. Que para definição dos serviços mínimos em cada região</p>

	<p>de saúde é necessário fazer estudo aprofundado dessas Portarias e considerar os diagnósticos regionais decorrentes do processo de Planejamento Regional Integrado PRI, que ainda está em desenvolvimento, sendo que a definição quanto aos serviços que devem ser contratados pelos municípios e pelo estado vai além de uma pactuação na CIB, devendo haver uma discussão em relação à gestão dos recursos federais de média e alta complexidade. E que é imprescindível a disponibilização de financiamento adequado para as ações de média complexidade.</p> <p>A DGS reconhece que para que ocorra o encaminhamento adequado do usuário do SUS aos serviços especializados e o retorno para acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde é necessário que sejam instituídos e pactuados protocolos de qualificação/requalificação e priorização de acesso para cada especialidade, os quais devem ser validados pelas Sociedades Científicas específicas para que não ocorra prejuízo assistencial ao paciente. A unidade afirma que as equipes técnicas da SESA têm envidado esforços na elaboração desses protocolos e, será dado início às tratativas com as Sociedades Científicas específicas de forma a validar o conteúdo, para posterior pactuação com os gestores. Após isso, ainda será necessário capacitar os profissionais e disponibilizar os protocolos no sistema de regulação.</p> <p>A Diretoria Informa ainda que existe interesse por parte da SESA em acompanhar a fila de espera tanto para atendimento ambulatorial especializado, quanto para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e que um grande dificultador desse acompanhamento é a ausência de um sistema informatizado integrado, bem como aparente desconhecimento por parte dos gestores quanto à sua demanda.</p> <p>Por fim, A DGS informa que estão realizando ajustes no Sistema de Regulação CARE PR, visando possibilitar o gerenciamento das filas de espera, tanto pelos gestores municipais que fizerem uso direto do sistema ou por interoperabilidade com o sistema próprio, quanto pelo gestor estadual e pelo usuário do SUS, com atualização frequente dessas informações.</p>
<b>Análise da Equipe:</b>	<p>Ao examinar as manifestações, vê-se que não foi apresentada justificativa ou documentação possível de afastar as condições apontadas no Achado.</p> <p>Quanto à ausência de normativa disciplinando a forma de contrarreferência à atenção básica, embora a administração reconheça a necessidade de instituir e pactuar os protocolos e priorização de acesso para cada especialidade, as ações apresentadas visando solver a condição tratam de medidas ainda pendentes e sem indicação de cronograma de implementação.</p>

	<p>Quanto à ausência de verificação da qualidade da contrarreferência, verifica-se que não há manifestação específica, quanto menos indicação de possíveis implementações de melhorias.</p> <p>Quanto à dificuldade de encaminhamento de pacientes para especialistas referenciados pelo Estado, verifica-se que a única medida indicada para sanar o apontamento refere-se a ajustes no Sistema de Regulação Estadual com o intuito de possibilitar o gerenciamento das filas de espera pelos gestores municipais e estaduais. Contudo, essa medida por si só não é capaz de afastar o apontamento no que se refere à disponibilidade dos serviços aos usuários. Ademais, a afirmação de que é necessário um estudo aprofundado das Portarias do Ministério da Saúde juntamente com diagnósticos regionais e discussão em relação à gestão de recursos federais aos serviços de média e alta complexidade demonstra que o problema já foi identificado pela SESA.</p> <p>Dessa forma, mantém-se, na íntegra, o achado e as recomendações, as quais deverão ser atendidas no prazo fixado na decisão de homologação.</p>
<b>Conclusão:</b>	Achado não sanado.
<b>Encaminhamento:</b>	<p><u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações à SESA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Priorizar a normatização do fluxo de contrarreferência para a atenção primária, atendendo ao contido na Carta de Direitos dos Usuários do SUS (art. 3º, inciso IX), e permitindo à Atenção Básica dar continuidade ao tratamento e ser coordenadora do cuidado;</li> <li>➤ Normatizar os procedimentos de controle em relação às informações encaminhadas para a atenção básica, estabelecendo a verificação permanente e/ou periódica da qualidade das informações repassadas pela atenção especializada (incluindo prestadores contratualizados) à atenção primária;</li> <li>➤ Normatizar, e, se necessário, alertar os gestores municipais que fizerem encaminhamentos desnecessários à atenção especializada;</li> <li>➤ Disponibilizar serviços especializados em quantidade condizente com a demanda regional.</li> </ul>
<b>Benefícios Esperados:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aperfeiçoamento da organização da atenção especializada, mediante o estabelecimento de fluxos de informações;</li> <li>➤ Melhoria no fluxo de informações sobre os pacientes entre a atenção primária e especializada;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incremento da resolutividade da atenção básica, e consequente diminuição dos encaminhamentos à atenção especializada;</li> <li>➤ Agilidade no diagnóstico e tratamento dos pacientes;</li> <li>➤ Diminuição dos deslocamentos para atendimento especializado por parte dos usuários;</li> <li>➤ Diminuição das filas de espera.</li> </ul>
--	---

**Questão de Auditoria 6:** A integração da atenção básica com as redes de atenção é adequada?

Achado 4	Ausência de integração entre a atenção básica e as redes de atenção à saúde.
<b>Condição:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não existe compartilhamento de dados entre a atenção básica e a atenção especializada (1).</li> </ul> <p>Os sistemas utilizados pelo estado e pelos municípios não são integrados. Além disso, independentemente da integração, não existe fluxo definido para troca de informações a respeito dos pacientes.</p> <p>A SESA informou que não existe sistema para gerenciamento de informações de pacientes nem mesmo em âmbito estadual. O sistema CARE registra apenas agendamentos e autorizações. Outras informações (inclusive de hospitais próprios) estariam disponíveis no sistema GSUS. Quando necessária alguma informação sobre o paciente atendido na rede contratualizada, é solicitado o prontuário ao prestador.</p> <p>Também não existem prontuários compartilhados entre os níveis de atenção.</p> <p>A SESA alegou que o prontuário é do paciente, e, portanto, o compartilhamento de informações necessitaria de autorização. No entanto, aparentemente, não é solicitada autorização específica cada vez que um prontuário de atendimento na rede contratualizada é requerido. Além disso, a administração da SESA informou que o sistema GSUS possui um módulo de prontuário eletrônico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A atenção básica não é informada sobre os procedimentos realizados na atenção especializada (2).</li> </ul> <p>Não existe fluxo definido ou mecanismo que permita o envio de informações a respeito dos pacientes para a atenção básica.</p> <p>Entrevistados 12 municípios, todos disseram não ter informações sobre os procedimentos realizados na atenção especializada após encaminhamento para procedimentos via Regional de Saúde.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não existem fluxos capazes de evitar a duplicidade na realização de exames (3).</li> </ul> <p>Não existe um sistema para registro (ou consolidação dos registros) de informações referentes a exames. Nem mesmo em âmbito estadual é possível a consolidação de pedidos ou resultados.</p> <p>A falta de informações sobre exames e resultados possibilita pedidos de procedimentos já realizados, gerando custos desnecessários e prolongando o diagnóstico do paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A atenção especializada não disponibiliza serviço de telessaúde para a atenção básica (4).</li> </ul> <p>A SESA informou que a implantação de um Núcleo de Telessaúde ainda está em desenvolvimento. Não foi informado prazo para início da efetiva prestação do serviço.</p>
<b>Evidências:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resposta ao CACO nº 220243 (SF nº 174/2021) (1, 2, 3 e 4);</li> <li>➤ Resposta ao CACO nº 224269 (SF nº 201/2021) (1, 2, 3 e 4),</li> <li>➤ Resposta aos Questionários e Entrevistas realizadas com os gestores dos Municípios Barracão, Campina da Lagoa, Capanema, Clevelândia, Curiúva, Ibituva, Itapejara D'Oeste, Loanda, Peabiru, Querência do Norte, Rebouças e Reserva (2).</li> </ul>
<b>Fontes do Critério e Critérios:</b>	<p><b>Fonte de Critério:</b> Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde.</p> <p><b>Critério:</b> Anexo, Item 2. A Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde</p> <p>Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território.</p> <p>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 especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.</p> <p>Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. (...).</p>

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

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

**Critério:** Anexo, Item 3 / 3.2. Fundamentos da Rede de Atenção à Saúde – Integração Vertical e Horizontal

Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

**Critério:** Anexo, Item 4. Atributos da Rede de Atenção à Saúde

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

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

**Critério:** Anexo, Item 7. Diretrizes e Estratégias para Implementação da RAS

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (...)

Estratégias: (...); Implantar do apoio matricial na dimensão regional.

VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS

Estratégias: (...); Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a Implementação de registro eletrônico em saúde; Avançar no desenvolvimento de mecanismo único de identificação dos usuários do SUS; Promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo; (...); Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS; Utilizar os sistemas de informação como ferramentas importantes para construção do diagnóstico da situação de saúde, a fim de produzir intervenções baseadas nas necessidades das populações; Ampliar a cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da "segunda opinião formativa".

**Fonte de Critério:** Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

	<p><b>Critério:</b> 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:</p> <p>XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.</p> <p>Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:</p> <p>IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;</p> <p>Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:</p> <p>II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;</p> <p>X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;</p>
<b>Causas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausência de normativa estabelecendo o fluxo de contrarreferência para a atenção básica;</li> <li>➤ Ausência de avaliação da qualidade das informações encaminhadas para a atenção básica ou mesmo entre diferentes níveis da atenção especializada;</li> <li>➤ Ausência de sistema integrado que atenda às necessidades de todos os envolvidos;</li> <li>➤ Ausência de priorização da implantação do serviço de telessaúde.</li> </ul>
<b>Efeitos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Possibilidade de atrasos no diagnóstico e tratamento, e até mesmo agravamento das condições de saúde, devido à demora no fluxo de informações e resultados;</li> <li>➤ Possibilidade de duplicidade na realização de exames ou procedimentos, com prejuízo ao poder público;</li> <li>➤ Excesso de encaminhamentos à atenção especializada devido à falta de apoio especializado na atenção básica.</li> </ul>
<b>Comentários do Gestor:</b>	<p>Por meio do sistema SGA, a SESA encaminhou as manifestações da Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV e da Diretoria de Gestão em Saúde - DGS.</p>

A Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde informou que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Primária, as Secretarias Municipais de Saúde têm como competência organizar o fluxo de pessoas, garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção e visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica e de acordo com as necessidades de saúde.

A Diretoria reforçou a resposta enviada via CACO (demanda nº 220243), informando a disponibilização do sistema e-SUS pelo Ministério da Saúde aos municípios. A unidade confirma que não há compartilhamento de dados do sistema desenvolvido para a atenção primária pelo Ministério da Saúde para os demais níveis de atenção.

A DAV ainda abordou especificamente a Condição 4 deste Achado, acerca do Telessaúde, informando a implantação, em novembro deste ano, de pontos de Telecardiologia e Teledermatologia nos municípios da Regional de Saúde de Paranaguá (Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá, Pontal do Sul), e que no planejamento para 2022 a proposta é expandir as ofertas de Telecardiologia e Teledermatologia para os demais municípios do Paraná, além de ampliar as modalidades. Também estariam sendo elaborados documentos e protocolos para subsidiar o bom andamento da Saúde Digital do Paraná.

A DGS reconhece que para que ocorra o encaminhamento adequado do usuário do SUS aos serviços especializados e o retorno para acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde é necessário que sejam instituídos e pactuados protocolos de qualificação/requalificação e priorização de acesso para cada especialidade, os quais devem ser validados pelas Sociedades Científicas específicas para que não ocorra prejuízo assistencial ao paciente. A unidade afirma que as equipes técnicas da SESA têm envidado esforços na elaboração desses protocolos e, será dado início às tratativas com as Sociedades Científicas específicas de forma a validar o conteúdo, para posterior pactuação com os gestores. Após isso, ainda será necessário capacitar os profissionais e disponibilizar os protocolos no sistema de regulação.

A Diretoria Informa ainda que existe interesse por parte da SESA em acompanhar a fila de espera tanto para atendimento ambulatorial especializado, quanto para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos e que um grande dificultador desse acompanhamento é a ausência de um sistema informatizado integrado, bem como aparente desconhecimento por parte dos gestores quanto à sua demanda.

	<p>Por fim, A DGS informa que estão realizando ajustes no Sistema de Regulação CARE PR, visando possibilitar o gerenciamento das filas de espera, tanto pelos gestores municipais que fizerem uso direto do sistema ou por interoperabilidade com o sistema próprio, quanto pelo gestor estadual e pelo usuário do SUS, com atualização frequente dessas informações</p>
<b>Análise da Equipe:</b>	<p>Ao examinar as manifestações apresentadas, vê-se que não houve contrariedade às condições apontadas no Achado.</p> <p>Quanto ao compartilhamento de informações e quanto à disponibilidade de informações à atenção básica, embora a SESA reconheça a necessidade de instituir e pactuar os protocolos e priorização de acesso para cada especialidade, as ações apresentadas visando solver as condições tratam de medidas ainda pendentes e sem indicação de cronograma de implementação.</p> <p>Quanto à possibilidade de duplicidade na realização de exames, verifica-se que não há manifestação específica, quanto menos indicação de possíveis implementações de melhorias.</p> <p>Quanto à implantação do serviço de telessaúde, em que pese o início da disponibilização do serviço, pondera-se necessário manter as recomendações para garantir a continuidade da implementação e a expansão para todas as regionais de saúde e municípios.</p> <p>Sendo assim, uma vez que as ações para solver o achado tratam 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.</p>
<b>Conclusão:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Achado não sanado.</li></ul>
<b>Encaminhamento:</b>	<p><u>Instauração de Proposta de Homologação de Recomendações com as seguintes recomendações à SESA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Criar mecanismos, seja por meio de sistema informatizado ou por meio da definição de fluxos de trabalho, para compartilhar, quando necessário, informações sobre os pacientes entre os níveis de atenção;</li><li>➤ Criar mecanismos, seja por meio de sistema informatizado ou por meio da definição de fluxos de trabalho, para verificar os exames e procedimentos já realizados e impedir nova realização desnecessária;</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Priorizar as ações de implantação do serviço de telessaúde de forma a disponibilizar, o mais breve possível, apoio diagnóstico aos municípios e às regionais.</li></ul>
<b>Benefícios Esperados:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Aperfeiçoamento da organização da Atenção Especializada, mediante o estabelecimento de fluxos de informações;</li><li>➤ Incremento da resolutividade da atenção básica, e consequente diminuição dos encaminhamentos à atenção especializada;</li><li>➤ Agilidade no diagnóstico e tratamento dos pacientes;</li><li>➤ Mitigação da possibilidade de repetição de exames e procedimentos já realizados;</li><li>➤ Diminuição dos deslocamentos para atendimento especializado por parte dos usuários;</li><li>➤ Diminuição das filas de espera.</li></ul>

## 4. CONCLUSÃO

51. O quadro abaixo expõe os achados do Estado 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
Planejamento territorial inadequado das regiões de saúde.	<b>Constatado</b>
Inadequação da governança interfederativa das regiões de saúde.	<b>Constatado</b>
Inadequação dos fluxos para encaminhamento dos usuários no âmbito das Redes de Atenção.	<b>Constatado</b>
Ausência de integração entre a atenção básica e as redes de atenção à saúde.	<b>Constatado</b>

52. Os resultados da fiscalização demonstram que o Estado do Paraná não implementou medidas satisfatórias em nenhuma das 4 (quatro) áreas fiscalizadas, permanecendo as inconformidades apontadas mesmo após a manifestação dos interessados, conforme demonstrado no quadro acima.

53. Conforme exposto no quadro de Achados, item 3.1, o planejamento territorial das regiões de saúde não é adequado. Isso porque o Estado criou as regiões de saúde, mas não tomou medidas para garantir uma carteira mínima de serviços em todas as regiões, de forma a evitar encaminhamentos de pacientes para outras localidades mesmo em situações recorrentes.

54. Também foi constatado que a governança interfederativa das regiões de saúde não é adequada. Isso porque não há normativa específica estadual que estabeleça o modo de participação e tomada de decisões nas regiões de saúde. Além disso, não há gestão interfederativa em relação às contratações de especialistas e em relação às filas para atendimento na Atenção Especializada.

55. A principal consequência dessa ausência de governança adequada se percebe, aliás, justamente nesta fragmentação do Sistema de Saúde, com diversos entes fazendo contratações individualmente, enquanto que se houvesse normas claras para

regulamentar a situação, os contratos poderiam ser feitos de maneira única entre os diversos entes, aumentando o repasse e incrementando a infraestrutura para o atendimento de toda a Região, não somente deste ou daquele município. Ou seja, os usuários de toda a área geográfica teriam acesso aos serviços, dependendo apenas da necessidade de atendimento, não de recursos destinados.

56. É sintomático, inclusive, a situação dos consórcios. Todos os municípios auditados relataram que integram essas figuras jurídicas para a contratação de consultas especializadas. Mas sem que o Estado tenha uma interação permanente com esses entes, sobretudo para o controle da demanda e filas das especialidades, o sistema continuará fragmentado, algo bastante grave.

57. Portanto, para arrematar essa situação, é preciso pensar em soluções para a integração de todos os níveis de atenção, **a fim de formar um Sistema Único de Saúde.**

58. Além disso, os fluxos para encaminhamento dos usuários no âmbito das Redes de Atenção não são adequados. Além de não haver normativa disciplinando a forma de contrarreferência à atenção básica, também não há verificação periódica de sua qualidade. Não bastasse, todos os municípios que integraram a auditoria<sup>12</sup> relataram dificuldades no encaminhamento de pacientes, por parte dos municípios, para especialistas referenciados pelo Estado, devido à demora no andamento das filas.

59. E, por fim, ainda foi constatada ausência de integração entre a atenção básica e as redes de atenção à saúde. Conforme apurado pela equipe, não existe compartilhamento de dados entre a atenção básica e a atenção especializada, a atenção básica não é informada sobre os procedimentos realizados na atenção especializada, não existem fluxos capazes de evitar a duplicidade na realização de exames, e a atenção especializada não disponibiliza serviço de telessaúde para a atenção básica. Neste último caso, a não disponibilização desse serviço de apoio pode diminuir bastante as filas da atenção especializada, impactando positivamente todo o Sistema de Saúde do Estado do Paraná.

60. Ressalta-se que, com base na percepção da equipe após a realização dos trabalhos de auditoria, considerando os comentários recebidos diante dos achados

---

<sup>12</sup> Barracão, Campina da Lagoa, Capanema, Clevelândia, Curiúva, Imbituva, Itapejara D'Oeste, Loanda, Peabiru, Querência do Norte, Rebouças e Reserva.



preliminares, os gestores estaduais se mostraram interessados em regularizar parte das inconsistências e atender algumas das recomendações resultantes dos achados.

61. Depreende-se, assim, que a presença do Tribunal de Contas, 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.

62. 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

63. Ante o exposto, e visando contribuir para o aperfeiçoamento das ações do jurisdicionado destinadas a garantir o Direito à Saúde, sugere-se que a Secretaria de Estado da Saúde 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 15 de dezembro de 2021.

COORDENADORIA DE AUDITORIAS.

**Aline Elis Arboit**

Auditor de Controle Externo - CAUD -  
TCEPR  
Matrícula 51.304-0

**Guilherme Hansen Faraj**

Auditor de Controle Externo - CAUD -  
TCEPR  
Matrícula 51.453-5

**Gustavo Ribeiro Dortas**

Auditor de Controle Externo - CAUD -  
TCEPR  
Matrícula 52.117-5

**Juliana Kellen Batista**

Assessor Especial de Conselheiro - 3ª  
ICE - TCEPR  
Matrícula 52.086-1

**Viviane de Medeiros Pires**

Auditor de Controle Externo - 3ª ICE -  
TCEPR  
Matrícula 51.650-3

**Eraldo da Cruz Santos de Souza**

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

**Fernando Matheus da Silva**

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

**Elizandro Natal Brollo**

Coordenador de Auditorias  
Mat. 51.711-9