



TCEPR | TRIBUNAL DE CONTAS
DO ESTADO DO PARANÁ

SAÚDE 2021

PLANO ANUAL DE FISCALIZAÇÃO

RELATÓRIO GERAL

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO Nº 107/2021 - CAUD
PAF 2021: AUDITORIA - SAÚDE

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, Municípios fiscalizados, Câmaras Municipais dos locais fiscalizados, Conselhos Municipais de Saúde, Estado do Paraná, Ministério Público do Estado do Paraná.

Tipo de trabalho: Relatório direto.

Nível de asseguaração: Asseguaração 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: 03/05/2021 – 17/12/2021.

Equipe de planejamento e execução 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

Entidades auditadas:

Município	CNPJ	Representante	CPF
Barracão	75.666.131/0001-01	Jorge Luiz Santin	***.243.***-**
Campina Da Lagoa	76.950.070/0001-72	Milton Luiz Alves	***.227.***-**
Capanema	75.972.760/0001-60	Americo Belle	***.595.***-**
Clevelândia	76.161.199/0001-00	Rafaela Martins Losi	***.336.***-**
Curiúva	76.167.725/0001-30	Nata Nael Moura Dos Santos	***.580.***-**

Imbituva	76.175.892/0001-23	Celso Kubaski	***.864.***-**
Itapejara D'Oeste	76.995.430/0001-52	Vilmar Schmoller	***.910.***-**
Loanda	76.972.074/0001-51	Jose Maria Pereira Fernandes	***.032.***-**
Peabiru	75.370.148/0001-17	Julio Cezar Frare	***.793.***-**
Querência Do Norte	76.973.692/0001-16	Alex Sandro Fernandes	***.560.***-**
Rebouças	77.774.859/0001-82	Luiz Everaldo Zak	***.823.***-**
Reserva	76169879/0001-61	Lucas Machado Ribeiro	***.694.***-**
Secretaria de Estado da Saúde	76.416.866/0001-40	Carlos Alberto Gebrim Preto	***.820.***-**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
1.1	Motivação	5
1.2	Objetivo e Escopo.....	7
1.3	Metodologia	8
2	VISÃO GERAL DO TEMA	10
2.1	Contextualização	10
3	RESULTADOS DA EXECUÇÃO DO TRABALHO.....	16
3.1	Achados.....	16
4	CONCLUSÃO.....	20
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. 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 lógica 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 (recomendações), atualmente, estão em fase de monitoramento pelo Tribunal, 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.

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

11. 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 de fiscalização foram delimitados:

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

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. Para se buscar o objetivo geral, o objeto auditado foi desdobrado em 03 (três) objetivos específicos, cada um atrelado ao respectivo eixo de fiscalização delimitado:

- 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.

17. 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

18. 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.

19. 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.

20. 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 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.

21. 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.

22. Depois da 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, objetivando, com esse critério, que a fiscalização contemplasse mais de 50% (cinquenta por cento) das Regiões de Saúde (atualmente 22). Elegeu-se, em seguida, dois municípios de cada uma das regiões selecionadas 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.

23. Nesse contexto, além da Secretaria de Estado da Saúde, outros 12 (doze) municípios foram escolhidos e receberam os questionários enviados eletronicamente.

24. A localização geográfica dos municípios fiscalizados se encontra destacada no mapa abaixo:

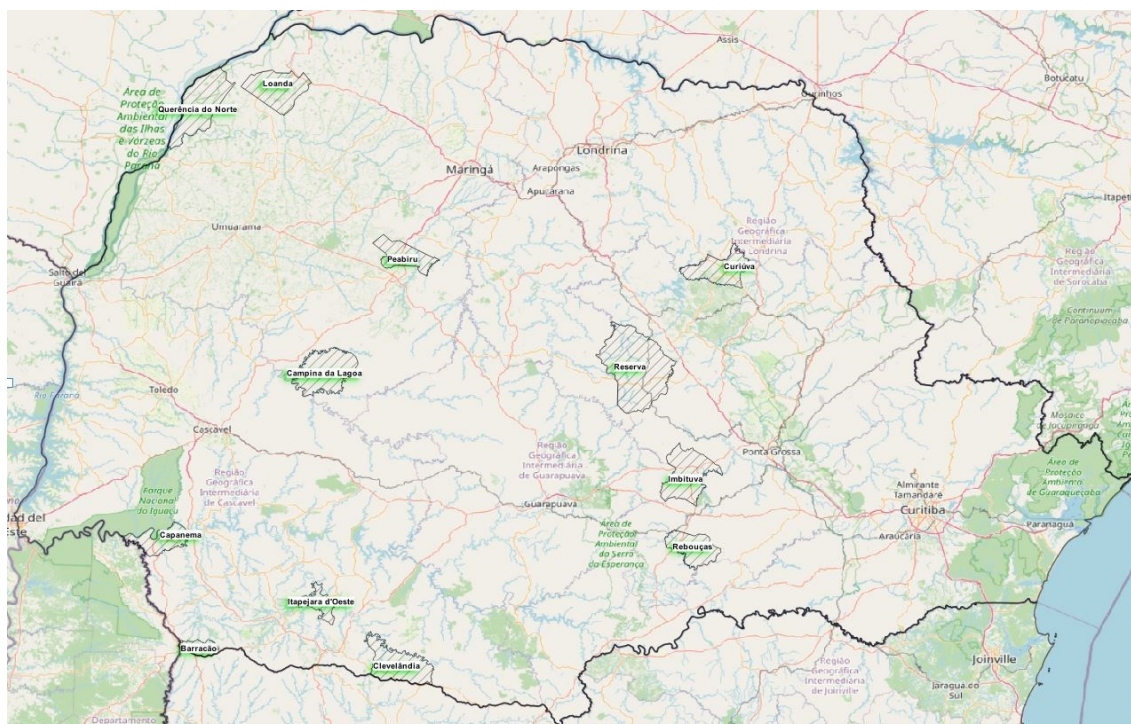


Figura 1- Localização geográfica dos municípios fiscalizados – PAF Saúde 2021.

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

2 VISÃO GERAL DO TEMA

2.1 Contextualização

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

27. Antes da Constituição de 1988, não havia a consolidação de um sistema público que atendesse às demandas de saúde da população. A lógica prevalente era o atendimento, por meio do INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA

MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL – INAMPS, somente daqueles trabalhadores que possuíam vínculo empregatício.¹

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

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.

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.

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 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.

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.

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:

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;

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

Reconhecimento do poder concedente e da titularidade do serviço ao colegiado formado pelos municípios e pelo estado federado.

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

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 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 filias 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.


3 RESULTADOS DA EXECUÇÃO DO TRABALHO




45. As conclusões da auditoria foram materializadas, inicialmente, em Relatórios de Fiscalização Preliminares, que foram submetidos aos jurisdicionados para manifestação, cuja resposta e documentação apresentada foi objeto de análise pela equipe técnica conforme será abaixo demonstrado.

3.1 Achados

46. O quadro abaixo apresenta o resultado consolidado dos achados identificados na auditoria em cada um dos municípios e do Estado. Ressalta-se que o resultado “ - não Constatado” foi assim considerado quando a resposta e documentos iniciais do gestor foram satisfatórias; “ - sanado” quando o conteúdo da resposta foi considerado aceitável ao longo do processo de auditoria; e, “ - constatado” quando, mesmo após a manifestação acerca do Relatório Preliminar, o achado foi mantido, sendo a resposta considerada insatisfatória.

Achados	Barracão	Campina da Lagoa	Capanema	Civelândia	Curituba	Imbituva	Itapejara D'Oeste	Loanda	Peabiru	Querência do Norte	Rebouças	Reserva
Inadequação dos encaminhamentos dos usuários do SUS da Atenção Básica para a Atenção Especializada.												
Ausência de continuidade no acompanhamento do paciente pela Atenção Básica após atendimento na Atenção Especializada.												
Inadequação da governança interfederativa das Regiões de Saúde.												

Achados	Estado
Planejamento territorial inadequado das regiões de saúde.	

Inadequação da governança interfederativa das regiões de saúde.	
Inadequação dos fluxos para encaminhamento dos usuários no âmbito das Redes de Atenção.	
Ausência de integração entre a atenção básica e as redes de atenção à saúde.	

47. Conforme se verifica do quadro acima, o achado referente à inadequação dos encaminhamentos dos usuários da Atenção Básica para a Atenção Especializada, foi constatado em todos os Municípios pesquisados. Isso porque pode ter relação com diversos aspectos, passando pelo controle da taxa de resolutividade, controle dos encaminhamentos realizados pelos profissionais, a existência de norma operacionalizando e uniformizando os pacientes encaminhados, apoio matricial para evitar encaminhamentos de situações que podem ser resolvidas na Atenção Básica, chegando até a existência de uma carteria mínima de serviços em todas as unidades, para que os usuários de todas as Unidades tenham acesso aos mesmos serviços.

48. Diversos municípios, já durante a auditoria, demonstraram interesse em realizar alguns desses controles, a fim de facilitar o diagnóstico a respeito da real situação do funcionamento da Atenção Básica, de modo a perceber se há necessidade efetiva nos encaminhamentos à Atenção Especializada.

49. O achado que diz respeito ao acompanhamento do cuidado dos pacientes após o retorno da Atenção Especializada só não foi constatado em um Município. Ou seja, se o objetivo geral da auditoria era saber se a Atenção Básica funciona, de fato, como coordenadora do cuidado, restou claro que isso não ocorre. Tal como colocado na contextualização (tópico 2.1), para que haja a coordenação do cuidado, impõe-se a interação dos entes federativos, notadamente para que os diferentes níveis de atenção troquem informações a respeito do tratamento disponibilizado a cada usuário do SUS.

50. Como isso não acontece a contento, as equipes de saúde dos Municípios têm dificuldade para manter a continuidade do cuidado. Seria possível mitigar a ausência de interação com algumas ações, justamente as que foram objeto da auditoria, tais como a estratificação adequada de pacientes, a fim de acompanhar de maneira mais próxima aqueles com o estado de saúde mais graves de doenças crônicas, evitando que sejam encaminhados excessivamente à Atenção Especializada, além das buscas ativas dos pacientes que já fizeram a consulta especializada, mas não retornaram para o acompanhamento do processo terapêutico com a sua equipe de saúde.

51. São situações razoavelmente simples e que podem mitigar algumas deficiências na interação entre os entes federativos. Entretanto, somente um município, repita-se, não teve esse achado. Isto é, a maioria tem deixado de realizar essas ações adequadamente.

52. Outro achado que teve uma incidência muito alta está relacionado à Governança Interfederativa. Embora os municípios tenham sido unânimes em afirmar que têm o direito de se manifestarem nos colegiados de gestão, não foram disciplinadas diversas situações que fragmentam o sistema que deveria ser único. Portanto, contratações de especialistas, seja diretamente ou por meio de consórcios, sem a devida organização de filas, torna o sistema compartimentado, além de impedir que o Estado e os municípios, como um todo, conheçam, de fato, a demanda real de especialistas, atrapalhando inclusive o planejamento dos serviços. Isso se apresentou na grande parte dos casos.

53. Diante de todos esses casos, foram feitas diversas recomendações para evitar encaminhamentos desnecessários, o devido acompanhamento dos usuários e para a organização de cada Região de Saúde mediante regras claras, evitando a formação de filas de especialidades paralelas, como existe atualmente.

54. Cabe destacar que esses achados não serão sanados sem a devida participação do Estado do Paraná.

55. Por fim, com relação aos achados do Estado, houve a incidência de um achado referente à deficiência no planejamento das Regiões de Saúde. Verificou-se, claramente, que em alguns casos os serviços ofertados estão

alguém do necessário para a localidade, concentrando a oferta em quatro macrorregiões, o que obriga, eventualmente, deslocamentos desnecessários dos usuários, além da formação de filas. Evidentemente que não se pode desconsiderar tudo o que foi feito até então. Apenas demonstrar que algumas questões referentes ao planejamento podem e devem ser aprimoradas a fim de melhorar as Regiões de Saúde.

56. A Governança também gerou achado, por óbvio. Não seria possível apontar situações inapropriadas para os municípios sem que houvesse a mesma constatação ao Estado do Paraná. Por outro lado, caberá à Secretaria Estadual de Saúde ser a principal indutora e articuladora para a resolução desses problemas, organizando as filas das especialidades, bem como mapear a real a sua demanda no território.

57. Os fluxos e pontos operacionais também foram objeto de achado, na medida em que não há normatização para que os fluxos e contrafluxos dos pacientes do SUS tenham o mínimo de uniformidade.

58. A questão referente à interação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada também gerou achado. Repetidas vezes foi descrito, neste relatório, que só é possível

59. Cabe destacar, por fim, que a execução da auditoria resultou na elaboração de recomendações aos municípios e ao Estado do Paraná, formalizadas na Proposta de Homologação de Recomendações (PHR) nº 76873-1/21, que, após a homologação serão submetidas às regras do monitoramento nos termos do art. 267-A do Regimento Interno deste Tribunal.

4 CONCLUSÃO

60. Os efeitos advindos da pandemia da Covid-19 trouxeram danos volumosos para diversos setores sociais. A saúde talvez seja a principal área atingida, sem desmerecer as demais crises provocadas. Em decorrência disso, é preciso lembrar a necessidade de organizar o Sistema Único de Saúde de modo a evitar o seu colapso, tendo em vista que para além das doenças que não foram tratadas durante os períodos mais agudizados da crise do CORONAVÍRUS, haverá os efeitos adversos decorrentes das sequelas deixadas pela doença, algo, aliás, sequer conhecidos ainda.

61. Isso reforça a necessidade de cooperação entre os entes federativos. O Estado deve funcionar como organizador e principal articulador da atenção secundária, não obstante o necessário apoio que também deve dar à Atenção Básica, bem como os municípios devem atuar para organizar os seus sistemas municipais, atuando em conjunto para que a Atenção Primária seja a verdadeira coordenadora do cuidado, resolvendo a maior parte dos casos e sendo a principal porta de entrada para o sistema.

62. Assim sendo, esforços para o aumento substancial das ferramentas de telessaúde, a organização de filas, a diminuição de encaminhamentos desnecessários, a cooperação para o oferecimento do maior número de serviços próximos aos pacientes, além do aumento da vinculação das equipes de saúde com os seus adscritos contribuirá de maneira providencial para o funcionamento mais adequado do Sistema Único de Saúde.

63. Cumpre destacar que os resultados individuais das fiscalizações realizadas em cada um dos 12 municípios e do Estado do Paraná – Secretaria Estadual de Saúde – constam de relatórios específicos, os quais foram autuados nesta Corte de Contas por meio do Processo nº 76873-1/21.

5 ENCAMINHAMENTOS GERAIS

64. Ante o exposto, e visando contribuir para o aperfeiçoamento das ações do jurisdicionado destinadas a garantir a Atenção Básica como coordenador do cuidado à saúde dos usuários do SUS, bem como o acompanhamento por parte da sociedade, encaminha-se para publicação e divulgação nos veículos pertinentes.

Curitiba – PR, 10 de fevereiro de 2021.

COORDENADORIA DE AUDITORIAS.

Aline Elis Arboit

Auditor de Controle Externo

Matrícula 51304-0

Guilherme Hansen Faraj

Auditor de Controle Externo

Matrícula 51453-5

Viviane de Medeiros Pires

Auditor de Controle Externo - 3ª ICE
- TCEPR

Matrícula 51650-3

Juliana Kellen Batista

Assessor Especial de Conselheiro
– 3ª Inspeção

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