



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



AUDITORIA OPERACIONAL

Gestão da Atenção Básica



Brasília
2014



Sinopse

Esta Auditoria operacional tem como objeto a gestão da Atenção Básica – AB no Distrito Federal, a qual é definida como o contato preferencial dos usuários da Saúde Pública, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade.

Este trabalho teve sua origem no Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre os Tribunais de Contas brasileiros, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON e o Instituto Rui Barbosa – IRB, que ficaram encarregados de definir o tema, coordenar e orientar dos trabalhos.

O que o Tribunal buscou avaliar?

Identificar os principais problemas de gestão que afetam a qualidade dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura de TI. Para alcançar esse objetivo, foram propostas três questões de auditoria:

1. Como a Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF atua para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica ?
2. O Distrito Federal possui estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão da Atenção Básica?
3. O processo de planejamento da Atenção Básica reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das duas esferas federativas (Distrital e Federal)?

O que o Tribunal encontrou?

O diagnóstico das necessidades de capacitação dos profissionais da SES/DF e o planejamento das ações educativas são insuficientes, o que prejudica a



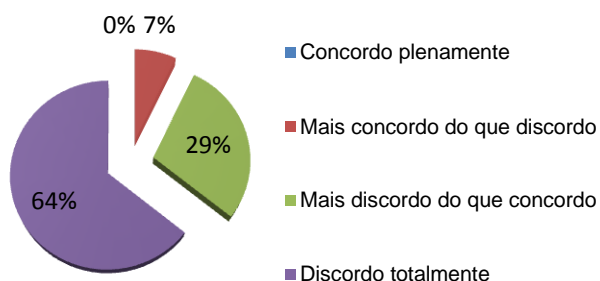
qualidade do atendimento à população. Além disso, os recursos do Fundo de Saúde destinados à capacitação são subutilizados, conforme demonstra o gráfico a seguir:

Programa de Trabalho	Exercício	Percentual liquidado (%)
Capacitação de servidores e profissionais da Atenção Primária em Saúde (10.301.6202.4088.0088)	2013	10,2
	2012	2,1
Capacitação de pessoas (ação executada pela FEPECS) (10.128.6220.4089.0018)	2013	13,5
	2012	12,9
Capacitação de servidores (10.128.6007.4088.0021)	2013	35,7
	2012	20,9

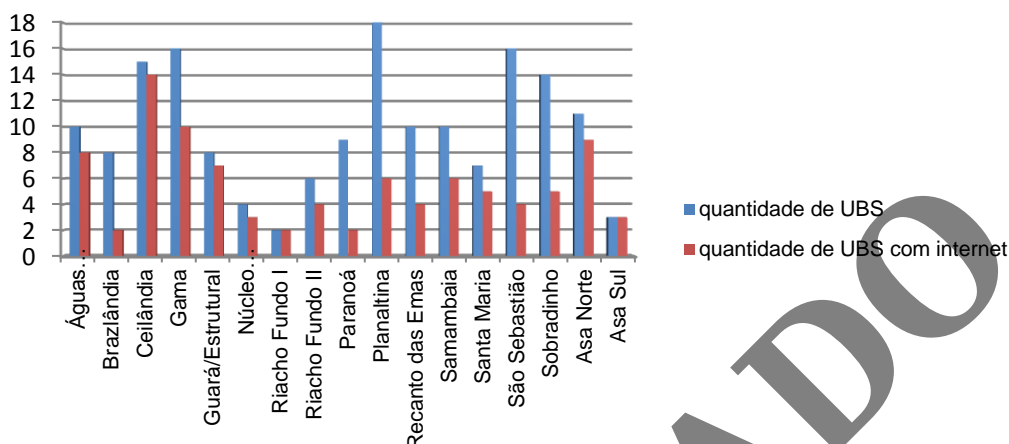
Verificou-se a existência de deficiências na sistemática de monitoramento e avaliação da Atenção Básica, causada principalmente pela fragmentação dos setores vinculados a essa atividade e pela insuficiência da estrutura de TI da Secretaria de Saúde, em especial das Unidades Básicas de Saúde.

Essa insuficiência foi atestada por meio de questionário eletrônico aplicado às 15 Coordenações Gerais de Saúde do DF, conforme se pode verificar a seguir:

Figura: Percepção das Coordenações Gerais de Saúde quanto à suficiência da estrutura de TI disponibilizada para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da AB.



Igualmente, o serviço de internet não abrange a totalidade das Unidades Básicas de Saúde, o que prejudica a qualidade dos serviços prestados, tendo em vista que a celeridade dos atendimentos é comprometida. Senão, veja-se:

**Figura:** Acesso à internet nas unidades básicas das Coordenações Gerais de Saúde

Foram detectados problemas referentes ao levantamento das necessidades de saúde da população e no planejamento dos serviços da Atenção Básica. Em questionários aplicados em visitas a Unidades Básicas de Saúde, verificou-se que 65% dos gerentes não consideram que as necessidades de saúde da população foram contempladas no planejamento realizado pela Secretaria de Saúde.

Constataram-se, também, deficiências na articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de Atenção, em especial no registro de referência e contrarreferência (entendidos como o encaminhamento do paciente para um nível mais complexo e o retorno deste para um nível menos complexo, respectivamente).

Igualmente, foram identificadas falhas no sistema de regulação, que atua sobre a oferta de vagas em consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico frente à demanda por esses serviços. Mesmo entre as especialidades reguladas, o tempo de espera para uma consulta supera dois anos, conforme se demonstra no quadro a seguir:



Tabela – tempo de espera e quantidade de solicitações em especialidades com vagas não reguladas

Especialidade	Quantidade de solicitações	Tempo de espera
Cardiologia - adulto	20.233	2 anos e 6 meses
Dermatologia - geral	16.260	2 anos
Cardiologia - pediatria	1.688	1 ano e 9 meses
Dermatologia - pediatria	945	2 anos e 2 meses
Alergologia Infantil	2.210	2 anos e 2 meses
Cirurgia Pediátrica	5.163	2 anos e 5 meses
Gastroenterologia - pediatria	1.516	2 anos e 3 meses
Neurologia - pediatria	8.702	2 anos e 6 meses
Pneumologia - infantil	1.076	2 anos e 2 meses
Onco-hematologia - hematologia	110	1 ano

Por fim, averiguou-se que a Atenção Básica obteve baixo percentual de execução orçamentária nos três últimos exercícios, conforme exposto na tabela a seguir:

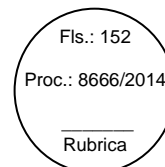
Tabela – Execução orçamentária e financeira da subfunção Atenção Básica por exercício – (em R\$)

Exercício	Despesa Autorizada	Despesa empenhada	Despesa liquidada	Percentual empenhado	Percentual liquidado
2013	65.641.147	38.476.603	25.548.496	58,6%	38,9%
2012	124.041.759	40.769.202	18.946.040	32,9%	15,3%
2011	120.701.691	55.344.161	24.930.095	45,9%	20,7%

Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

Quais foram as proposições formuladas pela equipe de auditoria?

Entre as proposições formuladas à Secretaria de Estado de Saúde do DF, destacam-se: a elaboração bienal de diagnóstico das necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na SES/DF e do Plano de Educação Permanente em Saúde; a implantação de mecanismos para identificar os motivos da evasão de profissionais da Atenção Básica; a informatização plena das Unidades Básicas de Saúde; a sistematização da supervisão, avaliação e monitoramento do registro de dados utilizados para construção de indicadores e perfis epidemiológicos; e a promoção de estudos para agilizar a execução orçamentária e financeira dos



recursos do Fundo de Saúde do DF e para ofertar relatórios gerenciais mais claros e consistentes.

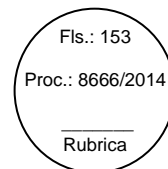
Cabe ressaltar que tais proposições ainda carecem de deliberação do Plenário.

Quais os benefícios esperados com a atuação do Tribunal?

Espera-se, com a adoção das medidas propostas pelo Tribunal, o aprimoramento das ações de capacitação realizadas no âmbito da SES/DF, das práticas de monitoramento e avaliação, do planejamento institucional e governamental da saúde; o aprimoramento da execução financeira e orçamentária dos recursos do Fundo de Saúde do DF; a redução da evasão de profissionais da Atenção Primária; a expansão da estrutura tecnológica nas Unidades Básicas de Saúde; e o aperfeiçoamento da articulação entre os vários níveis de Atenção.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA





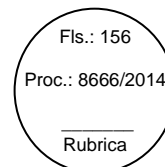
RESUMO

A presente auditoria operacional foi realizada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, com o objetivo de Identificar os principais problemas de gestão que afetam a qualidade da cadeia de serviços da Atenção Básica, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura de TI, avaliando as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas. Foram aplicadas as seguintes técnicas de auditoria: análise documental, entrevistas, correlação das informações obtidas, observação e exame físico, entre outras. Os trabalhos desenvolvidos resultaram nos seguintes achados: 1. Fragmentação do levantamento das necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na SES/DF, bem como do planejamento de ações educativas; 2. Subutilização dos recursos do FSDF destinados à capacitação dos profissionais da Atenção Básica; 3. Inexistência de mecanismos para acompanhamento da rotatividade (*turnover*) dos profissionais que atuam na atenção básica; 4. Deficiências na quantificação dos indicadores e na estrutura para monitoramento e avaliação da Atenção Básica; 5. Insuficiência do suporte de TI disponível para as atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica; 6. Deficiência do levantamento das necessidades da população e no planejamento dos serviços de atenção básica; 7. Deficiências na articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de Atenção; 8. Falta de transparência na divulgação dos dados referentes ao financiamento da Atenção Básica; 9. Baixa execução orçamentária do FSDF para a Atenção Básica.



Sumário

1	Introdução.....	156
1.1	Apresentação.....	156
1.2	Identificação do Objeto	156
1.3	Contextualização	162
1.4	Objetivos.....	163
1.4.1	Objetivo Geral	163
1.4.2	Objetivos Específicos	163
1.5	Escopo.....	164
1.6	Montante Fiscalizado	164
1.7	Metodologia	165
1.8	Critérios de auditoria.....	165
1.9	Avaliação de Controle Interno.....	166
1.10	Risco de Auditoria.....	168
2	Resultados da Auditoria	168
2.1	Questão de Auditoria nº 01 – Como a Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF atua para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica – AB?.....	168
2.1.1	Achado de Auditoria nº 01 – Fragmentação do levantamento das necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na SES/DF, bem como do planejamento de ações educativas.	168
2.1.2	Achado de Auditoria nº 02 – Subutilização dos recursos do FSDF destinados à capacitação dos profissionais da Atenção Básica.	174
2.1.3	Achado de Auditoria nº 03 – Inexistência de mecanismos para acompanhamento da rotatividade (<i>turnover</i>) dos profissionais que atuam na atenção básica.	181
2.2	Questão de Auditoria nº 02 – A SES/DF possui estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?	184
2.2.1	Achado de Auditoria nº 04 – Deficiências na quantificação dos indicadores e na estrutura para monitoramento e avaliação da Atenção Básica.	184
2.2.2	Achado de Auditoria nº 05 – Insuficiência do suporte de TI disponível para as atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.....	194
2.3	Questão de Auditoria nº 03 – O processo de planejamento da AB reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a AB e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das duas esferas federativas (distrital e federal)?.....	204
2.3.1	Achado de Auditoria nº 06 – Deficiência no levantamento das necessidades da população e no planejamento dos serviços de atenção básica.....	204
2.3.2	Achado de Auditoria nº 07 – Deficiências na articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de Atenção.....	211
2.3.3	Achado de Auditoria nº 08 – Falta de transparência na divulgação dos dados referentes ao financiamento da Atenção Básica.	219
2.3.4	Achado de Auditoria nº 09 – Baixa execução orçamentária do FSDF para a Atenção Básica.	223



1 Introdução

1.1 Apresentação

Trata-se de Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, em cumprimento ao Plano Geral de Ação para o exercício de 2014, aprovado pelas Decisões Administrativas nº 63/2013 e Ordinária nº 5.802/2013.

2. O trabalho teve sua origem no Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre os Tribunais de Contas brasileiros, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON e o Instituto Rui Barbosa – IRB, decorrente da Declaração de Vitória/ES, elaborada durante o XXVII Congresso dos Tribunais de Contas do Brasil, ocorrido em 06/12/2013 (fls. 15/25).

3. Destaca-se que os 26 (vinte e seis) Estados e o Distrito Federal foram fiscalizados por meio dos seus respectivos Tribunais de Contas, conforme adesão voluntária ao referido Acordo de Cooperação firmado em 25/03/2014, sendo que o Tribunal de Contas da União e o Grupo de Auditoria Operacional (GAO) da ATRICON ficaram encarregados de definir o tema, coordenar e orientar os trabalhos nas fases de planejamento e execução da auditoria.

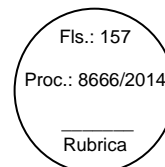
4. A execução da presente auditoria compreendeu o período de 01/07/2014 a 24/10/2014.

1.2 Identificação do Objeto

5. O objeto desta auditoria coordenada abrange a gestão da Atenção Básica – AB no Distrito Federal, a qual é definida como o contato preferencial dos usuários da Saúde Pública, a sua principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde¹, sendo desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade.

6. Ademais, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que busca a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a

¹ Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).



redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades².

7. A atual estrutura administrativa da SES/DF foi aprovada pelo Decreto nº 34.115/2013 e compreende a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS, que, a partir da sua criação em 2010³, trouxe nova dinâmica organizacional à Pasta e às ações de fortalecimento da AB. Exemplo disso foi a elaboração, em 2010, do Plano Distrital de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal⁴.

8. Cabe à SAPS⁵, o fortalecimento institucional e político da AB, garantindo à população do DF a promoção e recuperação da saúde, com base nos princípios orientadores do SUS⁶. Conforme o Regimento Interno da SES/DF⁷, a referida Subsecretaria apresenta as seguintes atribuições:

Art. 406 À Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, unidade orgânica de comando e supervisão, diretamente subordinada ao Secretário, compete:

I - formular, implantar, implementar, coordenar, monitorar e avaliar políticas e programas para a atenção primária à saúde no Distrito Federal;

II - dirigir, coordenar e supervisionar as atividades de gestão da atenção primária à saúde, de atenção à saúde nos ciclos de vida, de atenção domiciliar, de atenção à saúde às populações em condições de vulnerabilidade social e em situação prisional;

III - elaborar proposta para os instrumentos de planejamento do Governo do Distrito Federal relativas às ações e atividades da atenção primária à saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família;

IV - executar o orçamento destinado às ações da atenção primária à saúde;

V - aprovar diretrizes para implantação das unidades básicas de saúde;

VI - acompanhar e orientar, tecnicamente, as Diretorias de Atenção Primária das Coordenações Gerais de Saúde;

² Portaria-MS nº 2.488/2011 – Política Nacional de Atenção Básica.

³ Decreto nº 32.104, de 24 de agosto de 2010.

⁴ Neste normativo foram apresentadas iniciativas tendentes a buscar novos resultados sanitários, tais como investimentos em infraestrutura, organização de fluxos assistenciais, capacitação dos profissionais e modernização da gestão, buscando a melhora na qualidade de vida da população distrital.

⁵ Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

⁶ Universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

⁷ Aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013.



VII - diagnosticar e articular a necessidade de pessoal para atuar na assistência à saúde, em conjunto com a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; e

VIII - desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

9. Ressalte-se que outras Subsecretarias da SES/DF também desempenham papéis relevantes no auxílio à gestão da AB. São eles:

- a Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde – SUTIS, por meio da implantação de soluções de tecnologia da informação necessárias à gestão das ações referentes à AB;
- a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SUGETES, através de ações de capacitação voltadas para a área administrativa e de definição de necessidades de formação; e
- a Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC, colaborando com as atividades de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde prestados à população do DF.

10. No mesmo sentido, cumpre mencionar três outros órgãos vinculados à SES/DF, que se destacam na gestão da Atenção primária:

- o Fundo de Saúde do DF – FSDF, responsável pela movimentação dos recursos aplicados na Saúde Pública do Distrito Federal;
- o Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF, instância máxima de deliberação do SUS no DF – responsável por aprovar o Plano de Saúde Distrital e o orçamento da saúde do DF, bem como por acompanhar sua execução orçamentária;
- a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, entidade da Administração Indireta que promove o ensino em saúde a nível técnico⁸ e superior⁹, bem como ações de capacitação e educação permanente para servidores públicos distritais¹⁰.

11. Elenca-se a seguir os gestores das principais unidades administrativas da SES/DF relacionadas ao objeto da fiscalização, no período de planejamento e execução desta Auditoria Operacional. São eles:

⁸ Escola Técnica de Saúde de Brasília – ETESB.

⁹ Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS.

¹⁰ Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – EAP/SUS.

**Tabela 1:** Titulares das pastas relacionadas ao objeto da fiscalização

Cargo/Função	Gestor
Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal	Elias Fernando Miziara (início dos trabalhos até 22/08/2014)
	José Bonifácio Carreira Alvim (22/08 até 30/10/2014 - interino)
	Marília Coelho Cunha (30/10/2014 até a data de conclusão deste trabalho)
Subsecretária de Atenção Primária à Saúde	Rosalina Aratani Sudo
Subsecretário de Tecnologia da Informação em Saúde	José Carlos Esteves Franscisco
Subsecretária de Gestão do Trab. e da Educação em Saúde	Maria Natividade G. da Silva
Subsecretário de Planej., Regulação, Avaliação e Controle	Rodrigo Rodrigues Miranda
Diretor-Executivo do Fundo de Saúde do DF	José Menezes Neto
Presidente do Conselho de Saúde do DF	José Bonifácio Carreira Alvim
Diretora-Executiva da FEPECS	Gislene Regina de Souza Capitani

Fonte: sítios eletrônicos da SES/DF e do CSDF. Acesso em 23/07 e 1º/08/2014, respectivamente.

Regionalização

12. Haja vista a vedação da CF/1988, art. 32¹¹ de que o Distrito Federal se divida em Municípios e, tendo em vista que uma Região de Saúde deve compreender pelo menos um Município, para o Ministério da Saúde o DF constitui apenas uma Região de Saúde.

13. Entretanto, para aprimorar a gestão da saúde, a SES/DF dividiu o território do Distrito Federal e suas Regiões Administrativas em 7 (sete) regiões de Saúde e 15 (quinze) Coordenações Gerais de Saúde, modelo organizacional que foi seguido e analisado nesta auditoria.

14. A correlação existente entre as Regiões Administrativas, as 15 (quinze) Coordenações Gerais de Saúde e as 7 (sete) Regiões de Saúde observadas no Distrito Federal é apresentada a seguir:

¹¹ Art. 32. O Distrito Federal, vedada sua divisão em Municípios, reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos com interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços da Câmara Legislativa, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição.

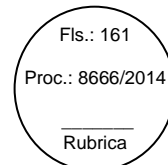


Tabela 2: Quadro demonstrativo da articulação entre as Regiões de Saúde, Regiões Administrativas e Coordenações de Saúde

Denominação	Regiões Administrativas (RA's)	Coordenações Gerais de Saúde (CGS)	Regiões de Saúde
RA I	Brasília (Asa Sul)	CGS Asa Sul	REGIÃO CENTRO SUL
RA XVI	Lago Sul		
RA XVII	Riacho Fundo I	CGS Bandeirante	
RA XXI	Riacho Fundo II		
RA XXIV	Park Way		
RA XIX	Candangolândia		
RA VIII	Núcleo Bandeirante		
RA X	Guará	CGS Guará	
RA XXIX	SIA		
RA XXV	SCIA (Estrutural)		
RA I	Brasília (Asa Norte)	CGS Asa Norte	REGIÃO CENTRO NORTE
RA XVIII	Lago Norte		
RA XI	Cruzeiro		
RA XXII	Sudoeste/Octogonal		
RA XXIII	Varjão		
RA IX	Ceilândia	CGS Ceilândia	REGIÃO OESTE
RA IV	Brazlândia	CGS Brazlândia	
RA III	Taguatinga	CGS Taguatinga	REGIÃO SUDOESTE
RA XX	Águas Claras		
RA XXX	Vicente Pires		
RA XII	Samambaia	CGS Samambaia	
RA XV	Recanto das Emas	CGS Recanto das Emas	
RA V	Sobradinho I	CGS Sobradinho	REGIAO NORTE
RA XXVI	Sobradinho II		
RA XXXI	Fercal		



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



Denominação	Regiões Administrativas (RA's)	Coordenações Gerais de Saúde (CGS)	Regiões de Saúde
RA VI	Planaltina	CGS Planaltina	REGIAO NORTE
RA VII	Paranoá	CGS Paranoá	REGIAO LESTE
RA XXVII	Jardim Botânico		
RA XXVIII	Itapoã		
RA XIV	São Sebastião	CGS São Sebastião	REGIAO SUL
RA II	Gama	CGS Gama	
RA XIII	Santa Maria	CGS Santa Maria	

Fonte: (PPI-2010), DICOAS-GECOAS-NCET

15. Em termos geográficos e populacionais, as Regiões de Saúde estão assim distribuídas:

Figura 1: Mapa das Regiões de Saúde



Fonte: Mapa de Saúde – SES/DF



1.3 Contextualização

16. Diferentemente de outras fiscalizações já realizadas¹² nesta Corte, que versaram principalmente sobre os aspectos estruturais das unidades de Atenção Primária, este trabalho coordenado pelo TCU, Atricon e IRB visa abordar a problemática sob a ótica da gestão da Rede de Atenção Básica à Saúde da SES/DF.

17. Busca fundamentação na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB¹³, que orienta a estruturação da atenção primária nos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

18. Assim, obedecendo às diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 2.488/2011, a PNAB apresenta em suas disposições gerais:

- os princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica;
- as funções na Rede de Atenção à Saúde;
- as responsabilidades de cada esfera de governo;
- os requisitos de infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica;
- a implantação e credenciamento das equipes da Atenção Básica;
- os critérios de financiamento da Atenção Básica;
- os critérios para implantação das equipes e dos núcleos de apoio à Saúde da Família.

19. No atual modelo de gestão da Atenção Básica, destaca-se a Estratégia Saúde da Família – ESF, a qual é operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais¹⁴. Estas atuam nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, nas residências e na mobilização da comunidade de modo a intervir sobre os fatores a que a população está exposta, prestando assistência integral e permanente e realizando atividades de educação e promoção da saúde¹⁵.

¹² Tanto esta Corte, quanto os demais órgão de controle, já realizaram fiscalizações no âmbito da AB, conforme se aduz da leitura da Tabela 3 deste relatório.

¹³ Cumpre indicar que a PNAB considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como elementos equivalentes, associados aos princípios e diretrizes por ela definidos.

¹⁴ A equipe de auditoria da família compreende um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários.

¹⁵ Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em 15/07/2014.



Fiscalizações Anteriores

20. Em consulta ao Sistema de Acompanhamento Processual Eletrônico (e-TCDF) foram identificados processos relacionados à Atenção Básica em Saúde, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 3: Processos TCDF relacionados ao objeto da fiscalização

Processo nº	Objeto	Última Decisão
15.282/2009	Auditoria integrada tendo como objeto o Programa de Atenção Básica de Saúde (Atenção Primária à Saúde – APS).	3.052/2014
40.202/2007 ¹⁶	Programa Saúde da Família.	3.052/2014
27.877/2007 ¹⁷	Programa Saúde da Família.	3.052/2014
35.689/2006	Contratação emergencial para prestar serviços de vigilância nas Unidades Básicas de Saúde da Família.	2.679/2008
1.328/2003	Programa Família Saudável.	491/2014

Fonte: Sistema de Acompanhamento Processual Eletrônico (e-TCDF). Consulta em 23/07/2014.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

21. Identificar os principais problemas de gestão que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica oferecidos em unidades de Atenção Primária, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura de TI, avaliando as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

1.4.2 Objetivos Específicos

22. As questões de auditoria foram assim definidas:

- 1) Como a Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF atua para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica – AB?
- 2) O Distrito Federal possui estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação

¹⁶ Apenso ao Processo nº 15.282/2009.

¹⁷ Apenso ao Processo nº 40.202/2007.



possa contribuir para o aprimoramento da gestão da Atenção Básica?

- 3) O processo de planejamento da AB reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a AB e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das duas esferas federativas (distrital e federal)?

1.5 Escopo

23. O escopo desta fiscalização abrange a gestão da Atenção Básica sob quatro aspectos: gestão de pessoas, avaliação e monitoramento, planejamento de ações na saúde e financiamento.

24. Assim, o presente trabalho examinou os seguintes pontos: alocação de profissionais, educação permanente, utilização de indicadores de gestão, estrutura disponível para a sistemática de avaliação e monitoramento, articulação com os demais níveis de atenção à saúde, levantamento das necessidades de saúde da população e financiamento das despesas relativas à Atenção Básica em 2011 a 2013.

1.6 Montante Fiscalizado

25. O montante empenhado para custeio do objeto fiscalizado nos exercícios de 2011 a 2013, consoante registros do SIGGO, consta da tabela a seguir:

Tabela 4: Montante empenhado na subfunção Atenção Básica (2011-2013)

Exercício	Despesa Empenhada (em R\$)
2011	45.290.243,41
2012	40.769.202,37
2013	38.476.306,33
Total empenhado	124.535.752,11

Fonte: SIGGO. Mês de referência: dez/2013. UO 23901. Consulta em 24/07/2014.



1.7 Metodologia

26. Os procedimentos e técnicas utilizados na execução da presente auditoria compreenderam análise documental, entrevistas, correlação das informações obtidas, observação *in loco* e exame físico.

27. Cumpre registrar que as entrevistas abrangeram questionários eletrônicos aplicados na totalidade das Coordenações Gerais de Saúde e questionários aplicados presencialmente, de forma amostral, em 30 (trinta) Unidades Básicas de Saúde do DF¹⁸. Ademais, entrevistou-se 3 (três) Conselheiros de Saúde do DF.

1.8 Critérios de auditoria

28. Foram utilizados os seguintes critérios:

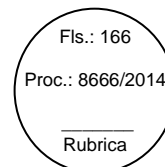
Tabela 5: Legislação e Normas Aplicáveis

Norma	Objeto
Lei Complementar nº 141/2012	Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.
Lei nº 8.080/1990	Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização dos serviços correspondentes.
Decreto nº 32.218/2010	Dispõe sobre a contratação de bens e serviços de Tecnologia da Informação no âmbito da Administração Direta e Indireta do Distrito Federal.
Decreto nº 7.508/2011	Regulamenta a Lei nº 8.080/1990.
Decreto nº 34.155/2013	Altera a estrutura administrativa da SES/DF.
Decreto nº 34.213/2013	Aprova o Regimento Interno da SES.
Portaria MS/GM nº 545/1993	Aprova a NOB-SUS 01/1993, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS.
Portaria MS/GM nº 2.203/1996	Aprova a NOB-SUS 01/1996, que define o modelo de gestão do SUS.
Portaria MS/GM nº 95/2001	Aprova a NOAS-SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência e dá outras providências.

¹⁸ Sendo duas em cada Coordenação.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



Portaria MS/GM nº 1.101/2002	Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.
Portaria MS/GM nº 373/2002	Aprova a NOAS-SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e dá outras providências.
Portaria MS/GM nº 1.996/2007	Aprova a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Portaria MS/GM nº 3.462/2010	Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.
Portaria MS/GM nº 4.279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde.
Portaria MS/GM nº 1.654/2011	Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e seu incentivo financeiro.
Portaria MS/GM nº 2.488/2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.
Portaria MS/GM nº 1.412/2013	Institui o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).
Resolução MS/GM/CIT nº 03/2012	Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – COAP no âmbito do SUS.
Resolução MS/GM/CIT nº 04/2012	Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras para fins de transição entre os processos operacionais pelo Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde-COAP.

1.9 Avaliação de Controle Interno

29. Com o objetivo de orientar a natureza, extensão e profundidade dos testes realizados durante esta fiscalização procedeu-se à Avaliação do Controle Interno.

30. Para aferir o Risco Inerente, decorrente da própria natureza do objeto auditado, consideraram-se as seguintes variáveis: gravidade¹⁹, urgência²⁰, tendência²¹, complexidade²², relevância²³ e materialidade²⁴, conforme tabela abaixo:

¹⁹ Representa o impacto, a médio e longo prazo, do problema analisado caso ele venha a acontecer sobre aspectos, tais como: tarefas, pessoas, resultados, processos, organizações, entre outros.

²⁰ Representa o prazo, o tempo disponível ou necessário para resolver um determinado problema analisado. Quanto maior a urgência, menor será o tempo disponível para resolver esse problema. Deve ser avaliada tendo em vista a necessidade de se propor soluções a fim melhorar a gestão da/do referida matéria/órgão.

²¹ Representa o potencial de crescimento do problema e a probabilidade deste se agravar. Recomenda-se fazer a seguinte pergunta: "Se esse problema não foi resolvido agora, ele vai piorar pouco a pouco ou vai piorar bruscamente?"

²² Pode-se medir a complexidade avaliando se os constituintes da matéria são heterogêneos, se há multiplicidade nas ações, interações e acontecimentos e se há a presença de traços de confusão, acasos, caos, ambiguidades, e incertezas.

²³ A relevância deve ser avaliada, independentemente da materialidade do objeto de auditoria, a fim de buscar a importância



Tabela 6: Avaliação do Risco Inerente

Matriz de Risco Inerente		
	SES/DF	Atenção Básica
Gravidade	●	●
Urgência	●	●
Tendência	●	●
Complexidade	●	●
Relevância	●	●
Materialidade		●
TOTAL		
Média		
Risco inerente (percentual)	76%	

Legenda:

- 1 ● Baixa
- 2 ● Média
- 3 ● Alta
- N/A

Fonte: PT nº 03 – associado ao sistema e-TCDF.

31. Assim, conclui-se pela baixa materialidade das despesas relativas ao objeto auditado, haja vista que estas perfazem 5% em relação ao total da despesa autorizada no âmbito da SES/DF, no período de 2012 a 2014, conforme tabela abaixo:

Tabela 7: Materialidade do objeto auditado

Despesa Autorizada	2012	2013	2014
Total da Despesa Autorizada relativa ao objeto.	R\$ 124.041.759,00	R\$ 65.641.148,00	R\$ 97.301.592,00
Total da Despesa Autorizada na SEDF.	R\$ 2.263.875.371,00	R\$ 2.310.683.500,00	R\$ 2.556.475.731,00
Percentual	5,5%	2,8%	3,8%
Materialidade (Percentual)	3,8%		

Fonte: Sistema Integrado de Administração Contábil – SIGGO. UO 23901. Consulta da execução orçamentária detalhada por subfunção em 19/11/2014.

32. Entretanto, o Risco Inerente atingiu o percentual de 76%, sendo caracterizado, portanto, como elevado²⁵.

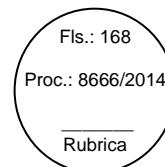
33. No que tange ao Risco de Controle, aplicou-se à Subsecretária de Atenção Primária à Saúde o questionário constante da *Planilha de Avaliação do Controle Interno* (PT nº 03, fls. 35/36). A partir das respostas obtidas, apurou-se o percentual de 27% para o Risco de Controle²⁶, o que permite concluir pela existência de um sistema de controle interno adequado capaz de prevenir ou detectar, em

qualitativa das ações em estudo, quanto à sua natureza, contexto de inserção, fidelidade, integridade das informações.

²⁴ A materialidade traduz a razão entre a despesa autorizada relativa à(s) matéria(s) auditada(s) e o total da despesa autorizada para o órgão no exercício.

²⁵ Risco Inerente – baixo: inferior a 33%; moderado: 33% a 65% e alto: superior a 66%.

²⁶ Risco de Controle – baixo: inferior a 33%; moderado: 33% a 65% e alto: superior a 66%.



tempo hábil, erros e irregularidades relevantes²⁷.

1.10 Risco de Auditoria

34. Uma vez que o Risco Inerente foi avaliado como Elevado²⁸ e o Controle Interno como Forte²⁹, de acordo com o Manual de Auditoria do TCDF, avalia-se o Risco de Auditoria como baixo a moderado, conforme indicado na Tabela 1 da seção 4.9 do Manual de Auditoria.

2 Resultados da Auditoria

2.1 Questão de Auditoria nº 01 – Como a Secretaria de Estado da Saúde do DF – SES/DF atua para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica – AB?

De maneira fragmentada. Não há um diagnóstico institucionalizado, regular e periódico das necessidades de capacitação dos profissionais da SES/DF, os recursos destinados a ações educativas não são executados integralmente e a Secretaria não possui mecanismos para identificar os motivos que levam os profissionais de saúde a se evadirem da Atenção Básica.

2.1.1 Achado de Auditoria nº 01 – Fragmentação do levantamento das necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na SES/DF, bem como do planejamento de ações educativas.

Critério

35. A SES/DF deve promover ações de capacitação e educação permanente de seus servidores, em especial daqueles lotados na Atenção Básica, por meio da atuação efetiva da Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SUGETES.

36. Regimento Interno da SES/DF, art. 326 a 363; Política Nacional de Educação Permanente do SUS (Portaria-MS 1996/2007), Política Nacional de

²⁷ Manual de Auditoria do TCDF, Título II, Capítulo IV, Seção 4.93, pg. 2/4.

²⁸ Risco Inerente – Baixo : inferior a 33%; Moderado: 33% a 66% e Elevado: superior a 66%.

²⁹ Controle Interno (100% menos o Risco de Controle) – Fraco: inferior a 33%; Adequado: 33% a 65% e Forte: superior a 66%.



Atenção Básica – PNAB.

Análises e Evidências

37. As competências da Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SUGETES e dos seus setores subordinados, previstos no Regimento Interno da SES/DF, indica que a eles competem o levantamento das necessidades de capacitação dos servidores da SES/DF, o planejamento de ações educativas e a elaboração do Plano de Educação Permanente dos Profissionais de Saúde no âmbito do Distrito Federal, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente do SUS previstos na PNAB (item 4.1).

38. Entretanto, a SUGETES não exerce satisfatoriamente a essa coordenação das ações de educação em saúde, conforme será abordado a seguir.

Levantamento das necessidades de capacitação dos profissionais da SES/DF

39. Constatou-se que não há no âmbito da SES/DF documento que consolide as necessidades de capacitação dos seus profissionais, não obstante a disposição regimental do art. 326, IV, de que cabe à SUGETES “*definir as necessidades de formação e de educação permanente, em parceria com as unidades da Secretaria, com a FEPECS, e com a Fundação Hemocentro*”. Mais, nem sequer há um procedimento institucionalizado, regular e periódico capaz de diagnosticar em quais casos a Pasta deve atuar para aprimorar e qualificar seu corpo técnico.

40. A própria SES/DF corrobora esse entendimento, conforme transcrito a seguir (Anexo II, PT 05, fl. 71):

Outra limitação diz respeito à elaboração de um diagnóstico das necessidades de formação e educação permanente para o território, tomando por base o perfil epidemiológico. A maior parte das regionais de saúde apresenta dificuldade em trabalhar com indicadores epidemiológicos, fato que não colabora com a construção de um diagnóstico preciso das necessidades de formação, qualificação e educação permanente na APS.

41. O mais próximo ao procedimento aventado foi a aprovação pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CIES da criação de Grupo de Trabalho, em 2012, composto por integrantes de diversas Subsecretarias da SES/DF, com o objetivo de identificar as ações educativas necessárias e de



interesse da Pasta para o biênio 2012-2013 (Anexo II, PT 05, fls. 58 e 62).

42. Entretanto, esta solução mostra-se defasada (trata apenas das ações programadas para o biênio 2012-2013, bem como da ausência de periodicidade do procedimento), pois se constituiu em medida isolada. Inobstante, tal iniciativa não restou efetiva.

43. Noutro giro, conforme resultado dos questionários aplicados nas Unidades Básicas de Saúde³⁰, verificou-se que 92,4% dos profissionais entrevistados não foram consultados acerca dos seus interesses ou necessidades de capacitação (PTs 20, 22 e 23 – associados ao e-TCDF).

44. Além disso, as ações educativas de que os profissionais de saúde participam são, em sua maioria, ofertadas pela SES/DF ou pelas Coordenações Gerais de Saúde sem prévia oitiva deles, o que demonstra a existência de chances consideráveis de que os cursos ofertados não sejam compatíveis com as necessidades de desenvolvimento profissional dos servidores.

Plano de Educação Permanente em Saúde

45. Averiguou-se que o Plano de Ação Distrital de Educação Permanente em Saúde, documento cuja elaboração cabe à SES/DF, deve consolidar a proposta de capacitação dos profissionais da saúde do DF, no horizonte de curto e médio prazo³¹, ainda pendente de elaboração, em que pese a previsão expressa na Política Nacional de Educação Permanente do SUS (Portaria nº 1996/2007, art. 20, II³²). Cumpre mencionar que tal atribuição compete³³ a um dos setores subordinados à SUGETES, a saber, a Diretoria de Planejamento, Desenvolvimento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho e dos Profissionais.

³⁰ Conforme descrito anteriormente na metodologia, a equipe de auditoria visitou duas unidades básicas por Coordenação Regional de Saúde, totalizando trinta visitas, e entrevistou os gestores das respectivas unidade, bem como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

³¹ E não apenas de instrumento para solicitação de recursos federais em Saúde consoante modelo disponibilizado pelo Ministério da Saúde e, segundo a SES/DF, apresentado nos exercícios de 2008 a 2010, conforme Anexo II, PT 05, fls. 57/58.

³² Art. 20. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;

³³ Regimento Interno da SES/DF, art. 343: À Diretoria de Planejamento, Desenvolvimento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho e dos Profissionais, unidade orgânica de direção, diretamente subordinada à Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, compete:

[...]

V - coordenar a elaboração do Plano de Educação Permanente dos Profissionais de Saúde no âmbito do Governo do Distrito Federal, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente do SUS;



46. Instada a se manifestar sobre essa impropriedade por meio da Nota de Auditoria nº 04, a SES/DF discorreu sobre diversas articulações junto à FEPECS e aos Núcleos de Educação Permanente em Saúde – NEPS para elaboração do Plano. Contudo, em 18/08/2014 (Anexo II, PT 05, fls. 65/66), concluiu-se pela existência de diversos óbices à continuidade desta interação, tais como: falta de atribuições regimentais dos NEPS, conflito de competências da SES/DF e da FEPECS, assim como a falta de publicação do regimento interno desta Fundação.

47. No entanto, ao contrário das manifestações da SES/DF, entende-se que o seu Regimento Interno e a Política Nacional de Educação Permanente do SUS são suficientes para atribuir à Pasta a competência de elaborar o Plano de Ação Distrital de Educação Permanente em Saúde, com objetivo de nortear as ações de capacitação dos profissionais da saúde no DF, inclusive daqueles alocados na Atenção Básica.

Planejamento de ações de capacitação

48. Embora o Plano de Ação Distrital de Educação Permanente em Saúde encontre-se em elaboração, compete à SUGETES, também, a gestão do planejamento das ações educativas em saúde, conforme dispõe o Regimento Interno dessa Secretaria, art. 350, I³⁴.

49. Todavia, em face da incapacidade da SUGETES de coordenar as ações de capacitação, estas são promovidas de maneira dispersa e fragmentada em diversas Subsecretarias da SES/DF (algumas com setores próprios de capacitação), quais sejam: a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS, a Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC, a Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS³⁵ e a Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS (Anexo IV, PT 13, fls. 72/77 e 133/134).

50. Registre-se que, na criação do Grupo de Trabalho em 2012³⁶, pactuou-se a priorização de 46 (quarenta e seis) projetos de ações educativas, a partir dos

³⁴ Art. 350. À Gerência de Educação em Saúde, unidade orgânica de execução, diretamente subordinada à Diretoria de Planejamento, Desenvolvimento, Monitoramento e Avaliação do Trabalho e dos Profissionais, compete:

I - gerenciar as ações de planejamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Educação Permanente dos Profissionais da Secretaria, de acordo com o planejamento estratégico da Subsecretaria;

³⁵ Tanto a SVS quanto a SAPS possuem Núcleos (com previsão regimental) destinados à promoção de ações educativas voltadas para suas áreas.

³⁶ Mencionado no §40.



recursos previstos e da relevância destas (Anexo IV, PT 13, fls. 125/127 e 133/134). À SUGETES couberam apenas cursos de caráter administrativo (Anexo II, PT 05, fls. 62).

51. No entanto, no que tange à AB, tais ações não foram levadas a efeito, ensejando a repactuação, em 2013, de 18 (dezoito) dos 46 (quarenta e seis) projetos de ações educativas (Anexo IV, PT 13, fl. 134-verso). Entre eles, os 04 (quatro) projetos afetos à Atenção Básica não chegaram a ser realizados, em que pese terem sido elaborados (Anexo IV, PT 13, fl. 79).

52. Assim, conclui-se que as áreas voltadas à educação em saúde na SES/DF trabalham de forma fragmentada, desordenada, descoordenada e sem estabelecer um canal de comunicação efetivo entre os serviços de diagnóstico das necessidades de capacitação e o planejamento das ações educativas, o que prejudica o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, e a construção do planejamento das ações de capacitação.

Causas

53. Descumprimento do Regimento Interno da SES/DF e do Plano Distrital de Saúde, no que tange às competências da SUGETES relacionadas à coordenação das ações de capacitação dos profissionais que atuam nessa Secretaria, em especial daqueles lotados na AB.

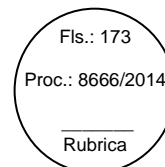
Efeitos

54. Risco de ineficiência e ineficácia das ações de educação permanente, por conta da tendência de superposição destas ou mesmo pelo não atendimento às reais necessidades de capacitação dos profissionais de saúde, em especial daqueles lotados na AB.

55. Risco de defasagem da qualidade dos serviços da AB. Comprometimento da aplicação das ações voltadas para os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Educação Permanente do SUS.

Proposições

56. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos, determinar à SES/DF que:



- a) identifique e adote as providências que entender cabíveis para que bienalmente seja elaborado o diagnóstico das necessidades de capacitação dos profissionais que atuam na SES/DF, em especial daqueles lotados em Unidades Básicas de Saúde (tomando por base o perfil epidemiológico regional);
- b) centralize e coordene o planejamento das ações educativas levadas a efeito nessa Secretaria de modo a torná-las mais eficazes e eficientes, considerando as necessidades e interesses dos profissionais que atuam na SES/DF, em especial daqueles lotados em Unidades Básicas de Saúde;
- c) identifique e execute as medidas administrativas que considerar adequadas para bienalmente elaborar, implementar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde;
- d) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução;
- e) doravante, faça cumprir o seu Regimento Interno no que tange às competências da SUGESTES, insculpidas nos arts. 326 a 363, relacionadas à coordenação das ações de capacitação dos profissionais que atuam nessa Secretaria, em especial daqueles lotados na AB.

Benefícios Esperados

57. Aprimoramento das ações de capacitação realizadas no âmbito da SES/DF, com maior eficácia, eficiência e efetividade na gestão. Aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde prestados no DF, em especial daqueles vinculados à AB.



2.1.2 Achado de Auditoria nº 02 – Subutilização dos recursos do FSDF destinados à capacitação dos profissionais da Atenção Básica.

Critério

58. Leis Orçamentárias Anuais dos exercícios 2012, 2013 e 2014. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, item 3.3, X e XI³⁷. Plano Distrital de Saúde 2012-2015, diretrizes 2.4 e 2.5³⁸. Plano de Reorganização da Atenção Primária, Eixo II, componente Formação e Educação Permanente³⁹.

59. Lei Complementar nº 840/2011⁴⁰, art. 100, o qual foi regulamentado pelo Decreto nº 33.871/2012. Decreto nº 22.019/2001, art. 4º, III⁴¹. Princípio da eficiência, que dispõe que toda ação administrativa deve ser orientada para concretização material e efetiva da finalidade posta pela lei, segundo os cânones jurídico-administrativos⁴².

³⁷ 3.3 COMPETE ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE E AO DISTRITO FEDERAL:

[...] X - Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

XI - Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família;

³⁸ DIRETRIZ 2.4: Inovar as práticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para valorização e qualificação das relações de trabalho dos profissionais da SES DF.

Diretriz 2.5: Assegurar os processos educação em saúde (formação inicial e desenvolvimento profissional), de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

³⁹ **Eixo II** – Organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no DF; **componente** – Formação e Educação Permanente; **ações estratégicas** – Oferta de cursos de atualização para todos os profissionais que atuam na APS; Educação permanente – programas de educação presenciais e à distância, elaboração de protocolos clínicos e de organização dos serviços, criação de rede de tutoria virtual; Realização do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde; Oferta de cursos de Especialização em Saúde da Família e em Gestão de Redes; Oferta de Residência Multiprofissional; Capacitação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde para os gerentes das Unidades Básicas de Saúde.

⁴⁰ Art. 100. A gratificação por encargo de curso ou concurso é devida ao servidor estável que, em caráter eventual:

I – atuar como instrutor em curso de formação, de desenvolvimento ou de treinamento regularmente instituído nos Poderes Executivo ou Legislativo;

II – participar de banca examinadora ou de comissão de concurso para:

a) exames orais;

b) análise de currículo;

c) correção de provas discursivas;

d) elaboração de questões de provas;

e) julgamento de recursos interpostos por candidatos;

III – participar da logística de preparação e de realização de concurso público envolvendo atividades de planejamento, coordenação, supervisão, execução e avaliação de resultado, quando tais atividades não estiverem incluídas entre as suas atribuições permanentes;

IV – participar da aplicação de provas de concurso público, fiscalizá-la ou avaliá-la, bem como supervisionar essas atividades.

§ 1º Os critérios de concessão e os limites da gratificação para as atividades de que trata este artigo são fixados em regulamento, observados os seguintes parâmetros:

I – o valor da gratificação deve ser calculado em horas, observadas a natureza e a complexidade da atividade exercida;

II – o período de trabalho nas atividades de que trata este artigo não pode exceder a cento e vinte horas anuais ou, quando devidamente justificado e previamente autorizado pela autoridade máxima do órgão, autarquia ou fundação, a duzentas e quarenta horas anuais;

III – o valor máximo da hora trabalhada corresponde aos seguintes percentuais, incidentes sobre o maior vencimento básico da tabela de remuneração ou subsídio do servidor:

a) dois inteiros e dois décimos por cento, em se tratando de atividades previstas nos incisos I e II do caput;

b) um inteiro e dois décimos por cento, em se tratando de atividade prevista nos incisos III e IV do caput.

§ 2º A gratificação por encargo de curso ou concurso somente pode ser paga se as atividades referidas nos incisos do caput forem exercidas sem prejuízo das atribuições do cargo de que o servidor for titular, devendo implicar compensação de horário quando desempenhadas durante a jornada de trabalho, na forma do art. 61, § 2º.

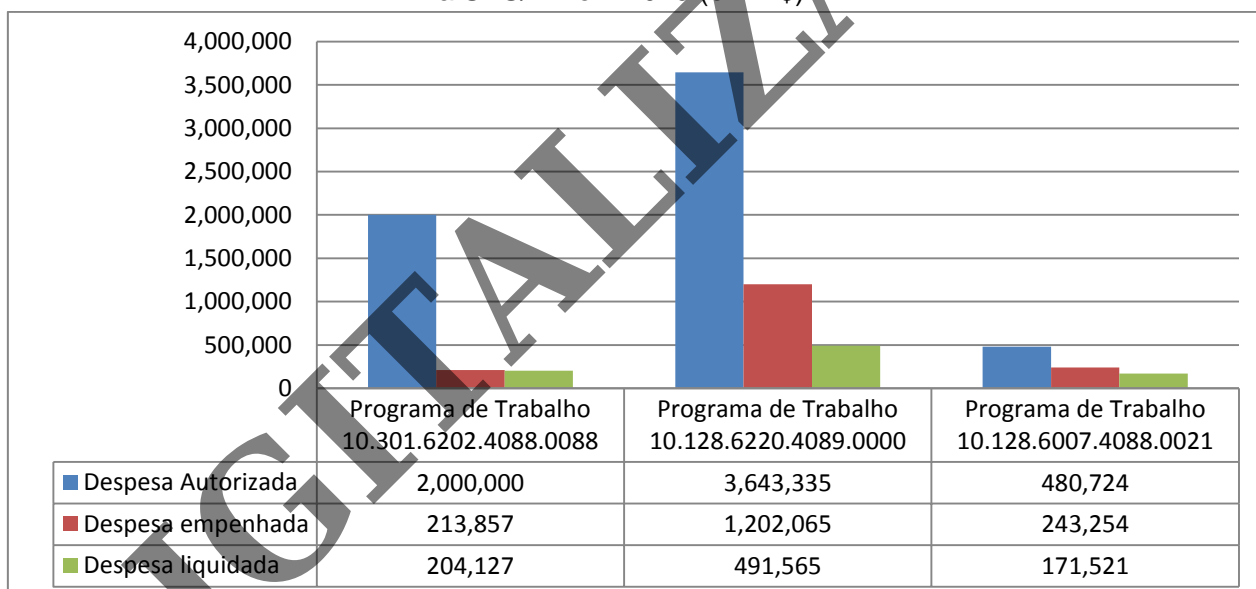


Análises e Evidências

60. Compete à SES/DF promover ações de capacitação e educação permanente aos profissionais da saúde que atuam na AB, conforme previsto em diversos planos e normativos que regem esta matéria, tais como a PNAB, o Plano Distrital de Saúde 2012-2015, o Plano de Reorganização da Atenção Primária, entre outros. Todavia tem-se que a execução financeira e orçamentária dos recursos destinados à capacitação dos profissionais da AB apresenta índices reduzidos de liquidação.

Senão, veja-se:

Figura 2 – Despesas autorizadas, empenhadas e liquidadas com capacitação na SES/DF em 2013 (em R\$)



Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

§ 3º A gratificação por encargo de curso ou concurso não se incorpora à remuneração do servidor para qualquer efeito e não pode ser utilizada como base para cálculo de qualquer outra vantagem, nem para fins de cálculo dos proventos de aposentadoria ou das pensões.

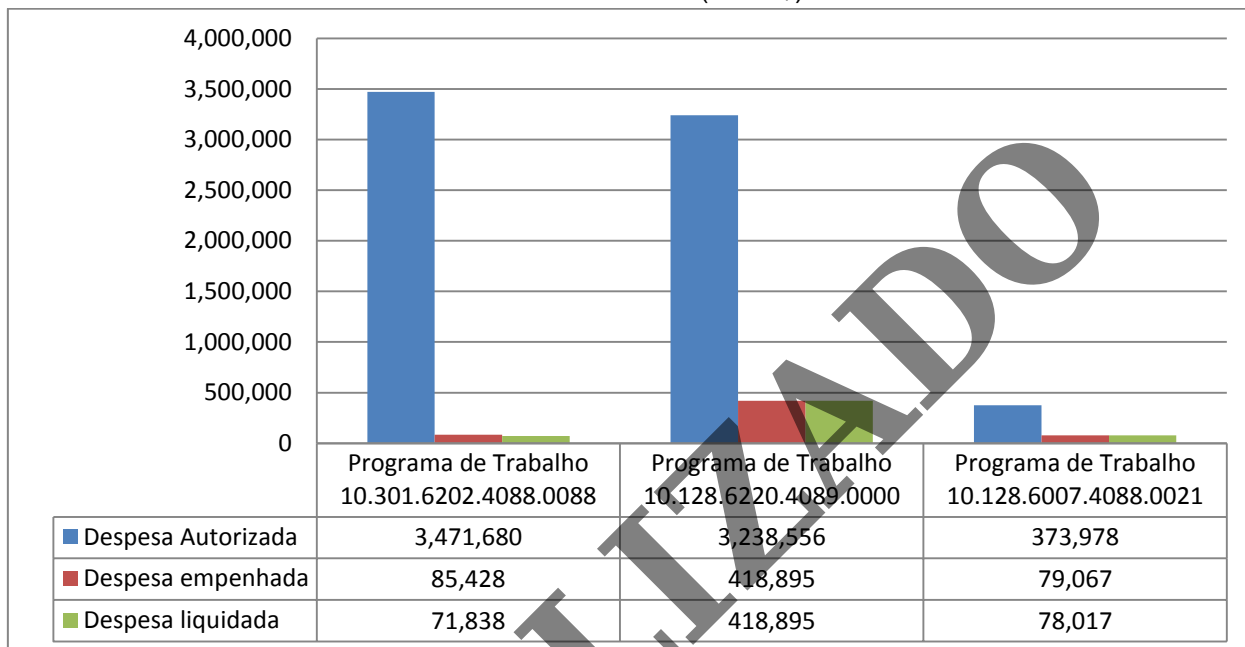
⁴¹ Art. 4º Compete à Secretaria de Estado de Gestão Administrativa, na qualidade de Gestora do SIGRH:

[...] III – a padronização, ordenamento e normatização das tabelas existentes nos módulos do SIGRH;

⁴² FRANÇA, Vladimir da Rocha. *Eficiência administrativa*. In: Revista de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Renovar, n. 220, abr./jul. 2000, p. 168.



Figura 3 – Despesas autorizadas, empenhadas e liquidadas com capacitação na SES/DF em 2012 (em R\$)



Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

Tabela 8 – Percentual de despesas liquidadas em relação ao montante autorizado

Programa de Trabalho	Exercício	Percentual liquidado (%)
Capacitação de servidores e profissionais da Atenção Primária em Saúde (10.301.6202.4088.0088)	2013	10,2
	2012	2,1
Capacitação de pessoas (ação executada pela FEPECS) (10.128.6220.4089.0018)	2013	13,5
	2012	12,9
Capacitação de servidores (10.128.6007.4088.0021)	2013	35,7
	2012	20,9

Fonte: SIGGO, 2014. Consulta extraída em 02/10/2014.

61. Como se aduz dos baixos níveis de liquidação expostos na tabela e nos gráficos acima, a intenção do legislador fica desvirtuada, haja vista que a SES/DF executa parcialmente o orçamento para a capacitação dos seus servidores, principalmente aqueles da AB. A falha também contraria o princípio da eficiência, haja vista a inexistência de ação administrativa que concretize a finalidade proposta em lei para tais recursos (no caso a LOA).



62. Essa situação decorre dos morosos trâmites, além da deficiência de articulação entre as áreas envolvidas, a que são submetidos os processos referentes às ações de capacitação na SES/DF. Tal deficiência foi reconhecida pela jurisdicionada ao manifestar-se sobre a não execução dos 04 (quatro) projetos de capacitação afetos à AB para o biênio 2012/2013 mencionados no Achado de Auditoria nº 01, conforme transcrito a seguir (Anexo IV, PT 13, fl. 79):

[...]

Já a pactuação relacionada ao “manejo clínico dos transtornos leves e moderados e urgências psiquiátricas na APS”, diferente do que foi apontado pela EAPSUS teve sim seu projeto básico elaborado. Porém em decorrência das dificuldades enfrentadas para a execução dos outros projetos, dos prazos estabelecidos para a execução do recurso e da fragilidade na articulação entre as áreas correlacionadas naquele momento, o projeto não se configurou em um processo. (grifo nosso)

63. Igualmente, a FEPECS corroborou esse entendimento ao elencar as dificuldades relacionadas à execução dos recursos destinados à capacitação dos profissionais da SES/DF (Anexo IV, PT 13, fls. 136-verso):

[...]

3. Dificuldade e pouca agilidade na tramitação dos processos de EP.

Exemplo disso são os processos autuados que enfrentam dificuldades de tramitação na SUAG, com equívocos de encaminhamentos internos a esta Subsecretaria. A definição de um fluxo claro de tramitação, na SUAG, de projetos voltados a EP, poderia dar agilidade e viabilidade em sua execução.

4. Baixa compreensão sobre as especificidades descritas nos processos da área de educação, gerando encaminhamentos indevidos, atrasos e pareceres incorretos.

Como o tema educação é pouco vivenciado nos processos tramitados internamente na SUAG/SES, especificidades relacionadas à instrução processual não são amplamente conhecidas o que gera inúmeros questionamentos, muitas idas e vindas dos projetos, por vezes inviabilizando a execução.

5. Não elaboração por parte das áreas técnicas de projetos básicos de cursos.

Apesar do interesse manifesto e disputa dos recursos entre diversos setores da SES, e do monitoramento e oferta de apoio pela Fepecs, algumas propostas educativas pactuadas sequer foram instruídas pelas áreas responsáveis, o que não ocasionou tramitação de nenhuma ordem.



64. Vale registrar que, de outro lado, a FEPECS afirmou não encontrar obstáculos na execução dos recursos consignados em seu orçamento para o mesmo fim, não obstante a insuficiência destes para atender a todos os profissionais que atuam na AB. Conforme se observa na resposta à NA 06 (Anexo II, PT 05, fl. 111):

Quanto aos recursos destinados à FEPECS em seu orçamento próprio, não existem dificuldades para execução, mas o volume de recursos é insuficiente para cobrir a demanda.

65. Do mesmo modo, os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde à SES/DF para o desenvolvimento de ações de capacitação, historicamente alocados no Programa de Trabalho 10.128.6220.4089.0018 – Capacitação de pessoas – ação executada pela FEPECS, encontram dificuldades quanto à execução orçamentária e financeira (conforme evidenciado nos gráficos supra). Estes são transferidos ao Fundo de Saúde do DF e, por conta disso, possuem execução adstrita a órgãos relacionados prioritariamente à saúde, impossibilitando a sua descentralização à FEPECS (por ser esta uma instituição de educação) (Anexo IV, PT 13, fls. 136-verso).

66. Nessa esteira, a SES/DF afirmou que (Anexo II, PT 05, fl. 71):

A EAPSUS/FEPECS encontra muita dificuldade para executar os cursos que utilizam recursos do orçamento da SES e que, portanto, tramitam na SES, sejam eles federais, oriundos do financiamento da EP ou não. Quanto aos recursos destinados a FEPECS em seu orçamento não existem dificuldades para execução, mas o volume de recursos é insuficiente para cobrir a demanda.

67. Dada a impossibilidade de proceder à descentralização dos recursos destinados à capacitação oriundos do FSDF para execução diretamente pela FEPECS, bem como as dificuldades elencadas no âmbito da SES/DF para a execução destes, deveria a Secretaria firmar convênio, ou instrumento congênere⁴³, com a referida Fundação a fim de fomentar a sua execução orçamentária e financeira e lograr êxito na execução de ações educativas.

68. Com relação à baixa execução dos recursos retromencionados (demonstrada nas Figuras 2 e 3 e na Tabela 8) e à necessidade de capacitação dos servidores da SES/DF, a solução adotada por diversas áreas técnicas da Secretaria foi promover ações de educação em saúde ministradas pelos próprios servidores da SES/DF.

⁴³ Constantes da Lei nº 13.019/2014.



69. No entanto, os instrutores nada recebem por esse trabalho, tendo em vista a inexistência de rubrica orçamentária nas tabelas constantes do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos – SIGRH, afetas à SES/DF (Anexo IV, PT 14, fls. 154/173), para pagamento da gratificação por encargo de curso e concurso (PT xx), em que pese haver previsão legislativa e regulamentação⁴⁴.

70. Cumpre registrar que o rol de rubricas orçamentárias existente no SIGRH é gerido pela SEAP/DF, que detém a competência para padronizar, ordenar e normatizá-las, conforme dispõe o Decreto nº 22.019/2001, art. 4º, III. Senão veja-se:

Art. 4º Compete à Secretaria de Estado de Gestão Administrativa, na qualidade de Gestora do SIGRH:

[...]

II – a padronização, ordenamento e normatização das tabelas existentes nos módulos do SIGRH;

71. A FEPECS também relatou dificuldades quanto à operacionalização dessa gratificação e, a despeito de não haver rubrica própria, oscilou seu entendimento entre os elementos de despesa 11 (Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil) e 36 (Outras Despesas Correntes)⁴⁵. A Fundação questionou a Secretaria de Estado de Administração Pública do DF – SEAP/DF acerca da matéria, alertando-a para as possíveis consequências do continuísmo dessa situação, nos seguintes termos (Anexo IV, PT 13, fl. 138):

*Os autos do Processo nº 064.000.251/2013, remetidos à SEAP/DF tratam da implementação da GEEC, com a finalidade de dar continuidade aos Editais de Credenciamento de instrutores da ETESB, para a realização de cursos técnicos na área da saúde, inicialmente o Curso de Qualificação Profissional Inicial para Agentes Comunitários da Saúde da Coordenação Geral de Saúde de Recantos das Emas, projeto prioritário da atenção primária, cuja formação está pactuada com a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde/SES, com recursos remanejados do **Programa de Formação Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde**, recurso repassado (Fundo a Fundo) pelo Ministério da Saúde por meio do **Programa de Formação Profissional dos Agentes Comunitários de Saúde** que compõe Bloco de Financiamento “Gestão SUS”.*

Àquela Pasta foi solicitada a autorização da despesa, bem como instada sobre a efetivação e/ou orientações dos procedimentos

⁴⁴ Lei Complementar nº 840/2011, art. 100, e o Decreto nº 33.871/2012.

⁴⁵ A opção pelo primeiro elemento de despesa adveio de orientações constantes do Manual de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do DF (exercício 2013). A escolha do segundo é oriundo da interpretação do teor da Portaria-SEF nº 70/2014.



*necessários, a fim de viabilizar o respectivo pagamento, por tratar de programa a ser realizado via Fundo de Saúde e devido às restrições impostas pela Lei de responsabilidade fiscal – LRF, Lei Complementar nº 101, de 04/05/2001 e ao estabelecido no Decreto nº 33.324, de 29/09/2011, vez que trata de **despesa de pessoal** a ser alocado em Programa de Trabalho e Natureza de Despesa: **Administração de Pessoal; 31.90.11** do Manual de Planejamento e Orçamento do DF – exercício 213. Registrando o prazo necessário para a execução da proposta, cuja não efetivação incorrerá na devolução dos recursos ao Ministério da Saúde, inviabilizando a execução de projeto prioritário da área federal e, por conseguinte, do Governo do Distrito Federal.*

Os autos encontram-se na Coordenação de normas de processos Judiciais – CONJ/SUGEP/SEAP.

72. Como se depreende da leitura do excerto acima, o processo mencionado pela FEPECS, cuja matéria ainda pende de conclusão, foi autuado em 03/06/2013, tramitado à SEAP/DF em 24/07/2013 e movimentado pela última vez em 31/10/2013 (Anexo IV, PT 14, fl. 153).

Causas

73. Ineficiência da SES/DF ao não proceder adequadamente à execução financeira e orçamentária dos recursos destinados à capacitação dos profissionais da saúde.

74. Inércia da SEAP/DF ao não instituir rubrica orçamentária específica para a gratificação por encargo de curso e concurso no SIGRH.

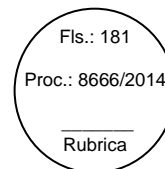
Efeitos

75. Ociosidade dos recursos do FSDF destinados à capacitação dos profissionais da saúde, bem como risco de realocação dos mesmos em finalidades diversas nos exercícios seguintes.

76. Desestímulo à instrutoria de ações de educação em saúde promovidas por servidores da SES/DF, haja vista a inexistência de contrapartida pecuniária a título de gratificação por encargo de curso e concurso.

Proposições

77. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos:



I. Determinar:

- a) à SES/DF que promova estudos com vistas a examinar alternativas que agilizem a execução orçamentária e financeira dos recursos do FSDF destinados à capacitação dos profissionais que atuam na SES/DF, em especial daqueles lotados na AB;
- b) à SEAP/DF adote providências para criar rubrica orçamentária no SIGRH que possibilite o pagamento de gratificação por encargo de curso e concurso (instituída pela LC nº 840/2011 e regulamentada pelo Decreto nº 33.871/2012);

II. Recomendar à SES/DF que firme convênio, ou instrumento congênere, com a FEPECS, a fim de que esta Fundação contribua para a execução financeira e orçamentária dos recursos do FSDF destinados à capacitação dos profissionais que atuam nessa Secretaria, em especial daqueles lotados na AB.

Benefícios Esperados.

78. Prover mais eficiência e eficácia à execução financeira e orçamentária dos recursos do FSDF destinados à capacitação dos servidores da SES/DF em especial daqueles lotados na AB.

79. Incentivar os profissionais da SES/DF a atuar como instrutores em cursos de capacitação promovidos por essa Secretaria e pela FEPECS.

2.1.3 Achado de Auditoria nº 03 – Inexistência de mecanismos para acompanhamento da rotatividade (*turnover*) dos profissionais que atuam na atenção básica.

Critério

80. A SES/DF deve acompanhar a rotatividade dos profissionais de saúde da Atenção Básica, elencando os motivos que os levaram a deixar seus postos, a fim de mitigá-los.



Análises e Evidências

81. Há uma demanda considerável por profissionais de saúde na Atenção Básica, conforme se depreende da leitura dos PTs 18 e 19 (associados ao e-TCDF), no qual a SES/DF manifestou-se sobre a matéria, detalhando a carga horária prevista, a existente e a necessária por especialidade em cada unidade básica de saúde do DF.

82. A título exemplificativo, o déficit atinge até 100% nas especialidades Clínica Médica e Pediatria nos Centros de Saúde nºs 02 de Brazlândia e 02 do Itapoã (PT 19 - associados ao e-TCDF).

83. Parte dessa carência de profissionais advém da rotatividade dos mesmos, a qual tende a ser influenciada negativamente pela existência reiterada de problemas apontados por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁴⁶ (PTs 20, 22 e 23 associados ao e-TCDF). São os mais recorrentes:

- Deficiências nos procedimentos de referência e contrarreferência;
- Escassez de recursos humanos e materiais (principalmente medicamentos);
- Sobrecarga de trabalho;
- Baixa resolutividade (fator agravado pela morosidade na marcação de consultas com especialistas no âmbito da atenção de média e alta complexidade);
- Infraestrutura precária da unidade.

84. Nesse sentido, espera-se que a SES/DF atue de modo preventivo e proativo, detectando⁴⁷ problemas como os acima relacionados e adotando providências para mitigá-los, em vez de apenas reagir às solicitações de remoção de profissionais para outra unidade básica de saúde ou mesmo de migração para outro nível de atenção à saúde.

85. Além disso, a SES/DF não possui mecanismos para acompanhamento da rotatividade dos profissionais da Atenção Básica nem sequer a título reativo, ou seja,

⁴⁶ Tais opiniões foram tomadas quando da aplicação de questionários nas Unidades Básicas de Saúde a que a equipe de auditoria procedeu. Vale mencionar que o questionamento dirigido aos profissionais de saúde foi: "Quais **pontos negativos** do seu trabalho o **levariam a se desligar** da atenção básica do DF?"

⁴⁷ Utilizando-se de metodologia análoga à executada pela equipe de auditoria (PT 12 – associado ao sistema e-TCDF), se for o caso.



nem após a efetivação da remoção destes a Secretaria atua no sentido de identificar se o que motivou a mudança teve origem em alguma insatisfação com as condições laborais do antigo posto de trabalho.

86. Ao ser instada sobre a existência de tais mecanismos⁴⁸, a SES/DF limitou-se a afirmar que (Anexo IV, PT 13, fl. 68):

Quanto à rotatividade, para uma informação com dados fidedignos depende-se de ser efetuado estudo e análise. Todavia é permitido afirmar que é a área com menor (turnover), uma vez que tem horário flexível de funcionamento favorável, não tem rotina de escala noturna e nem plantões nos feriados e fins de semana.

87. Contudo, em que pese a declaração da SES/DF de que a AB é o nível de atenção à saúde com menor rotatividade, tendo em vista a quantidade de profissionais de saúde necessários descrita nos PTs 18 e 19 (associados ao e-TCDF), entende-se que essa Secretaria não pode prescindir de quaisquer ferramentas capazes de identificar os motivos que ensejam a evasão e/ou mitigar a escassez de recursos humanos.

Causas

88. Inércia da SES/DF ao não mapear e mitigar os motivos que levam os profissionais de saúde a se desligarem da Atenção Básica.

Efeitos

89. Risco de evasão continuada dos profissionais de saúde da Atenção Básica, o que pode elevar os déficits destes nas Unidades Básicas de Saúde e, conseqüentemente, a geração de sobrecargas de trabalho naqueles remanescentes, comprometendo a qualidade dos serviços. Tendência ao aumento da lista de espera pela marcação de consultas nas unidades de atenção básica por falta de médicos. Cobertura reduzida da Estratégia de Saúde da Família.

Proposições

90. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexistir alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos, determinar à SES/DF que:

⁴⁸ Solicitou-se à SES/DF no âmbito das Notas de Auditoria nºs 05 e 12 informações acerca de "Mecanismos utilizados para acompanhamento da rotatividade (turnover) dos profissionais que atuam na Atenção Básica" (fls. 72/73 e 85/86)



- a) implante mecanismos para acompanhamento da rotatividade (*turnover*) dos profissionais que atuam na atenção básica;
- b) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar a medida supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução;
- c) doravante, identifique, prévia e concomitantemente, os motivos que levam os profissionais da saúde a se evadirem da Atenção Básica e adote providências para mitigá-los.

Benefícios Esperados

91. Redução da evasão de profissionais da Atenção Básica. Melhoria da qualidade de vida no trabalho dos profissionais da Atenção Básica. Aumento da cobertura da ESF.

2.2 Questão de Auditoria nº 02 – A SES/DF possui estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

A SES/DF não apresenta quantitativo de funcionários suficientes, nem rotinas padronizadas de avaliação de resultados e repasse de informações, apesar de possuir setores voltados às atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica e fazer uso de indicadores de desempenho. A maioria das falhas detectadas na sistemática de avaliação está relacionada à insuficiência da estrutura de TI. A limitação impede a SES/DF de aprimorar o acompanhamento da gestão da Atenção Básica.

2.2.1 Achado de Auditoria nº 04 – Deficiências na quantificação dos indicadores e na estrutura para monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Critério

92. Institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação; acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção



Básica, como parte do processo de planejamento e programação; alimentação e análise da qualidade e consistência dos dados nos sistemas de informação (Lei nº 8.080/1990, Art. 15, I, III, IV, Art. 17, II, XIV; Decreto nº 7.508/2011, Seção II (COAP) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 3.1, VIII, IX, X; 3.4, VII, XIII); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ, IV).

Análises e Evidências

Estrutura para monitoramento e avaliação da Atenção Básica

93. A SES/DF apresenta em sua estrutura administrativa setores responsáveis pelas atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica, conforme indicado a seguir:

Tabela 9: Estrutura Organizacional da SES/DF para avaliação e monitoramento da AB

1. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde/SAPS	
a. Diretoria de Gestão da Atenção Primária à Saúde/DIGAPS	
Gerência de Monitoramento e Avaliação/GEMA	09 profissionais, sendo 08 profissionais de 40h e 01 de 20 h.
b. Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde/DIRAPS (nível regional)	
Gerência de Gestão, Planejamento, Monitoramento e Avaliação/GGPMA	01 profissional de 40h por Coordenação Geral de Saúde (CGS), totalizando 15 profissionais.
2. Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle/SUPRAC	
a. Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde/DICOAS	
Gerência de Monitoramento e Avaliação de Serviços de Saúde/GEMOAS	07 servidores: 02 chefias (servidores de 40h) e 05 servidores, sendo 01 cedido do Ministério da Saúde desde maio/2013
3. Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SVS	
a. Diretoria de Gestão e Planejamento/DIGEPLAN	
Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação/GEPLAMA	Não foi informado o quantitativo de profissionais no setor.
b. Diretoria de Vigilância Epidemiológica/DIVEP	
c. Núcleo de Vigilância Epidemiológica (nível regional)	

Fonte: PT 05, fls. 3/4 e 52/54.

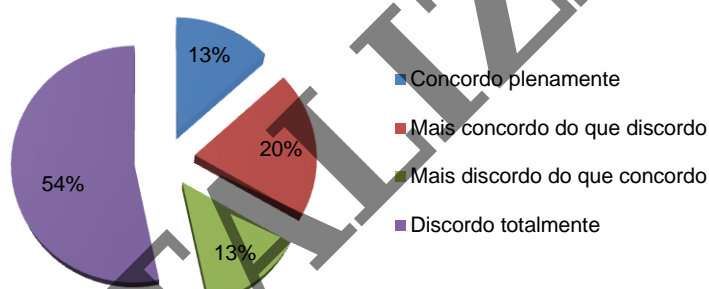
94. Em que pese a existência de setores específicos para essas atividades, a insuficiência de técnicos e a falta de qualificação dos mesmos em monitoramento e



avaliação foram apresentados como limitações à sistemática de monitoramento e avaliação da Atenção Básica (PT 05, fl. 5). Questionada sobre a maneira de alocar e dimensionar o número de servidores nesses setores, a Jurisdicionada informou a inexistência de critérios (PT 05, fl. 54).

95. Ilustrando tal cenário, em resposta a questionário eletrônico (PT 08, fls. 30/38), pouco mais de 10% das Coordenações Gerais de Saúde declararam possuir quantidade satisfatória de servidores na equipe para desenvolvimento das atividades, conforme indicado a seguir:

Figura 4: Percepção das CGS e/ou DIRAPS quanto à suficiência no quantitativo de servidores na equipe responsável pelo monitoramento e avaliação da AB.



Fonte: PT 09 - associado ao sistema e-TCDF

96. Outra fragilidade identificada nessa sistemática de avaliação diz respeito à fragmentação dos setores. Como se depreende da estrutura organizacional da SES/DF para avaliação e monitoramento da AB apresentada na Tabela 9 supra, há unidades com competência para avaliar e monitorar a AB em três Subsecretarias da SES/DF, cada uma delas responsável pela gerência de determinado sistema de informação, quais sejam (PT 10, fl. 55):

- SAPS: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
- SUPRAC: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).
- SVS: Sistema de Nascido Vivo (SINASC), Sistema de Mortalidade (SIM), Sistema do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), dentre outros.

97. Questionada sobre a matéria, a SES/DF encaminhou à equipe de auditoria a seguinte manifestação (PT 10, fl. item 4 da NA9):



Se todas as gerências e os Sistemas de Informação estivessem em uma só Subsecretaria facilitaria o monitoramento e a avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) contribuindo para cessão da fragmentação dos dados inseridos nos sistemas e com a criação de planilhas paralelas pelos níveis Central, Regional e Local para captação dos dados que ajudam o gestor na tomada de decisão e planejamento. (grifou-se)

Quantificação dos indicadores

98. No que tange ao processo avaliativo das ações e serviços da AB, há utilização de métodos qualiquantitativos, baseados em dados obtidos em sistemas informatizados como SIA/SUS, SIH, SIAB, SINANSC, SIM e SIPNI (PT 05, fl. 4).

99. Os dados são cadastrados no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS - SARGSUS a partir das bases dos Sistemas de Faturamento (SIA e SIH – gestor SUPRAC) e dos Sistemas Epidemiológicos (SINAN, SIM, SINASC, SINAN – gestor SVS), Siscolo, Sismama e outros, alimentados pelas Coordenações Regionais de Saúde e geridos na Administração Central (PT 04, fl. 298/298-verso).

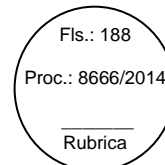
100. Há, ainda, ações voltadas a um acompanhamento mais sistemático, em especial da Estratégia Saúde da Família, monitorando o número de equipes, a população cadastrada e acompanhada e os principais agravos à saúde (PT 05, fl. 4).

101. Nesse aspecto, a sistemática de monitoramento e avaliação a cargo da GEMA/DIGAPS/SAPS abrange reuniões com a equipe da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde – DIRAPS para discussão do processo de trabalho desenvolvido nas unidades básicas de saúde com discussão de indicadores, pactuação de metas e definição de estratégias de atuação.

102. São, ainda, realizadas visitas técnicas, definidas em planejamento anual ou em atendimento a demandas específicas, registradas por meio de Relatórios. Nesta oportunidade, são discutidas peculiaridades capazes de justificar o não alcance, se for o caso, das metas pactuadas, tais como: equipes incompletas, integrantes de férias ou licenças, impossibilidade de realização de visitas devido à sobrecarga de trabalho e/ou inexistência de veículo para locomoção (PT 06, fls.108/136).



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



103. De acordo com a GEMA, no 1º e 2º quadrimestre de 2014 foram realizadas 193 visitas, cabendo às GGPMA's, em âmbito regional, a realização de discussões trimestrais (PT 10, fl. 54).

Figura 5: Acompanhamento das Regionais de Saúde realizado pela GEMA/DIGAPS/SAPS no 1º e 2º quadrimestre de 2014.

Regionais	Janeiro			Fevereiro			Março			Abril			Maio			Junho			Julho			Agosto		
	A	G	E	A	G	E	A	G	E	A	G	E	A	G	E	A	G	E	A	G	E	A	G	E
Asa Norte																1	1		1			2		
Águas Claras/Taguatinga																								
Brazlândia										2												1	1	
Ceilândia					1			1		4			1			1		1				1		
CNBPWRF ⁴⁹					2													1					1	
Gama	3	1		1			3			3			4	1		2			3			3		3
Guará/Estrutural					1			3	9							1	1							
Paranoá/Itapoã			10			2			7	1	4													
Planaltina													1											
Recanto das Emas	1			1	1								1	5		5	1	1	1	1		1		1
Samambaia		4	2		4	10		4		1			1			1			3	1		5		
Santa Maria																		1	13			1		
São Sebastião																								
Sobradinho			5		3			4		8	2					2	1		1	2		4		
Granja do Torto								1																
Total	4	5	17	2	12	12	3	12	17	3	16	6	5	3	6	3	5	8	4	9	17	4	14	6

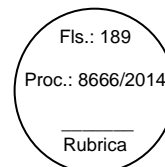
Fonte: PT 10, fl.57.

Equipes da SES/DF realizam visitas técnicas às unidades de atenção básica a fim de discutir peculiaridades capazes de justificar o não atingimento de metas pactuadas.

104. Cerca de 87% das Coordenações Gerais de Saúde (Regionais) declararam utilizar indicadores na avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços prestados na AB (PT 09). Os indicadores utilizados nessa sistemática baseiam-se na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e estão contidos, basicamente, em três instrumentos (PT 05, fls. 51/52):

- 1) Plano Plurianual – PPA - rol de 16 indicadores monitorado pela GEMOAS/DICOAS/SUPRAC e avaliado pela Secretaria de Estado de

⁴⁹ Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way e Riacho Fundo.



Planejamento e Orçamento do Distrito Federal - SEPLAN (PT 06, fls. 2/27 – associado ao sistema e-TCDF);

2) Pacto pela Saúde/Transição COAP 2013-2015 - rol de 57 indicadores, monitorado pelas equipes técnicas, acompanhado e avaliado pela GEMOAS/DICOAS/SUPRAC; e

3) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ - rol de 47 indicadores, monitorado pela SAPS (exceto o indicador de Saúde Bucal nº 5, monitorado pela Gerência de Odontologia/SAS e avaliado pela GEMOAS/DICOAS/SUPRAC).

105. Neste momento, cumpre trazer algumas considerações a respeito da Transição COAP 2013-2015, do PMAQ e do Relatório Anual de Gestão – RAG 2013.

106. O Distrito Federal ainda não assinou o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP⁵⁰ (PT 04, fl. 3), em que os entes signatários assumem, conjuntamente, o compromisso de organizar de maneira compartilhada as ações e os serviços de Saúde na região. Assim, em atendimento à Resolução CIT nº 5/2013, registra-se anualmente a Pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no Sistema de Pactuação dos Indicadores - SISPACTO (PT 04, fls. 7/14, 16 e 130/132).

107. Questionada sobre a não celebração do COAP, a SES/DF noticiou que o Distrito Federal é considerado uma única Região de Saúde pelo Ministério da Saúde - MS. Tal peculiaridade estaria ensejando a discussão sobre a possibilidade de firmar o COAP entre o DF e a Região de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE⁵¹ (PT 04, fl. 4).

108. Os indicadores pactuados são apurados e avaliados anualmente⁵², sendo alimentados no SISPACTO⁵³. Seus resultados compõem o Relatório Anual de Gestão – RAG e são também disponibilizados pelo Ministério da Saúde no Tabnet⁵⁴,

⁵⁰ O COAP tem suas bases no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

⁵¹ Composição da RIDE: Distrito Federal, Municípios de Goiás (Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa) e Municípios de Minas Gerais (Buritis, Cabeceira Grande e Unai)

⁵² Dentre os indicadores da Pactuação 2013, apenas 7 (sete) são passíveis de acompanhamento quadrimestral (PT 04, fl. 298.v).

⁵³ A GEMOAS/SUPRAC é o setor responsável pela compilação das informações e alimentação no sistema SISPACTO, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (PT 04, fl. 4).

⁵⁴ O Tabnet é um tabulador desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde – SUS.



no sítio do DATASUS (PT 04, fl. 91).

109. No que tange ao PMAQ, trata-se de programa de adesão voluntária que busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB. Atualmente, cerca de 60,5% das equipes no Distrito Federal aderiram ao Programa. Segundo a Jurisdicionada, a adesão não é completa devido a problemas como inadequação de infraestrutura física (inclusive computadores), insuficiência de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e existência de profissionais com carga horária de 20 horas semanais, quando a ESF exige de 40 horas⁵⁵ (PT 10, fl. 54).

110. Em que pese a previsão legal⁵⁶ para envio do RAG ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, o RAG 2013 foi apresentado ao Conselho de Saúde do Distrito Federal apenas em 21/10/2014 (PT11 – associado ao sistema e-TCDF), em virtude de falhas no Sistema de Apoio a Elaboração do RAG - SARGSUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (PT 04, fls. 3, 169/176). Por consequência, o Tabnet⁵⁷ ainda apresenta informações desatualizadas, referentes ao exercício de 2012.

111. Cumpre lembrar que o RAG é um importante instrumento da gestão do SUS⁵⁸, sendo fundamental para o planejamento da gestão.

112. Questionada sobre a relação dos indicadores utilizados e o planejamento da AB, a Jurisdicionada apenas informou:

Os indicadores de saúde, bem como os indicadores sociais e de vulnerabilidade da comunidade são levados em consideração para a tomada de decisão e priorização para implantar novos serviços/equipes de saúde. (PT 05, fls. 5/6)

113. Segundo a jurisdicionada, o instrumento de planejamento utilizado pelas áreas técnicas da SES/DF é o Mapa Estratégico (PT 05, fl. 5). Conforme depreende-se da Figura 6 abaixo, no referido instrumento não é possível identificar de forma direta como é feito o planejamento das ações a partir dos indicadores alcançados.

⁵⁵ Conforme PNAB – item 4.4.1

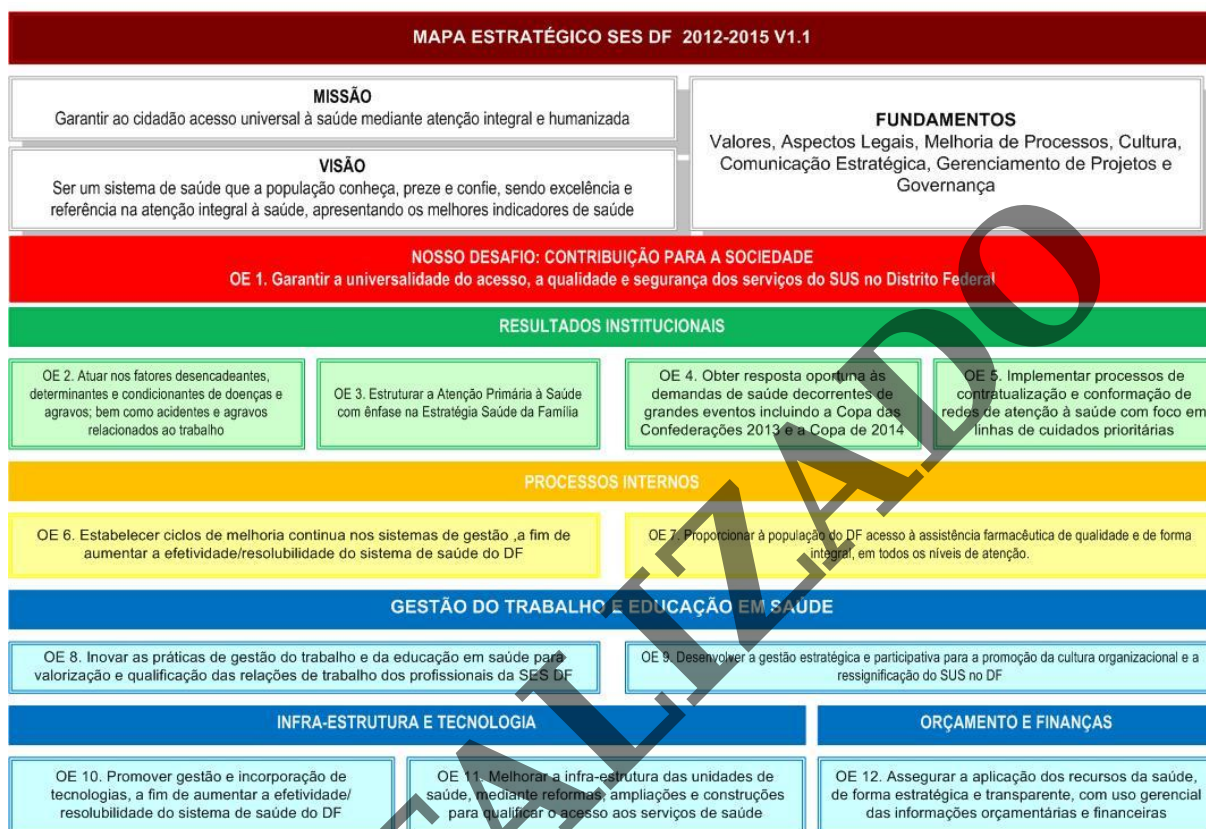
⁵⁶ Lei Complementar nº 141/2012, art. 36, §1º.

⁵⁷ Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2012/cnv/pactdf.def> >. Acesso em: 23/10/2014.

⁵⁸ Lei Nº 8.142/1990, art. 4º, item IV. Referenciado também na Lei Complementar nº 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde.



Figura 6: Mapa Estratégico SES/DF



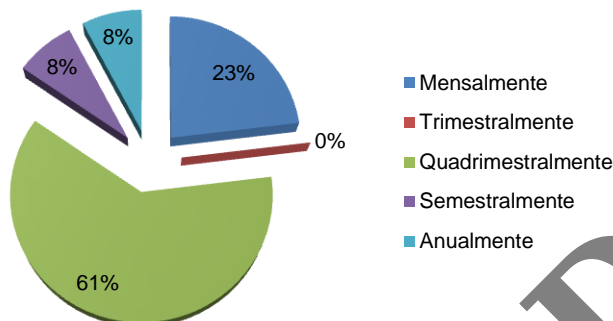
Versão 1.1 após solicitações de alterações da CGE SESDF (PORTARIA Nº 215, DE 09 DE OUTUBRO DE 2012)

Fonte: sítio eletrônico da SES/DF.

114. Por fim, em análise às respostas obtidas por meio de questionário eletrônico, foi possível identificar que não há padronização da periodicidade com que as Coordenações Gerais de Saúde avaliam os resultados da AB (Figura 7), nem no estabelecimento de procedimentos de checagem da confiabilidade dos dados inseridos nos sistemas informatizados utilizados para avaliar e monitorar a AB (Figura 8). Segundo a GEMOAS/DICOAS/SUPRAC, a subnotificação dos registros nos sistemas e a demora, tanto por parte das regionais como das áreas técnicas, no envio dos dados apresentam-se como ameaça à representatividade dos indicadores apurados (PT 04, fl. 04).

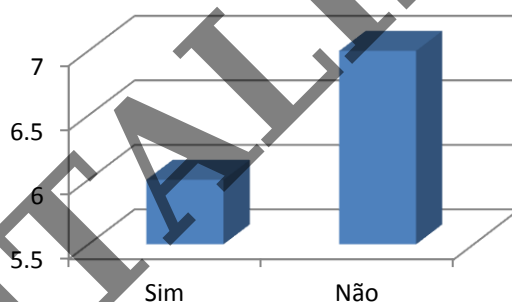


Figura 7: Periodicidade de avaliação dos resultados da AB nas Coordenações Gerais de Saúde



Fonte: PT 09 - associado ao sistema e-TCDF

Figura 8: Existência de procedimentos para verificar a confiabilidade dos dados alimentados nos sistemas informatizados.

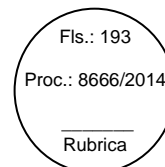


Fonte: PT 09 - associado ao sistema e-TCDF

Causas

115. Insuficiência do quantitativo de servidores lotados nos setores de monitoramento e avaliação e da capacitação dos profissionais da SES/DF para realizar os procedimentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Inexistência de critérios que norteiem os gestores quanto ao dimensionamento e alocação de recursos humanos para equipes e setores de monitoramento e avaliação. Insuficiência de agentes comunitários de saúde e de profissionais de 40h (PT 10, fl. 54).

116. Práticas de monitoramento e avaliação não institucionalizadas e excessiva fragmentação da estrutura da SES/DF voltada à matéria (Decreto nº 34.155/2013). Fragilidade na relação existente entre o planejamento e os indicadores utilizados.



Efeitos

117. Comprometimento do monitoramento e avaliação da AB, da fidedignidade dos dados alimentados, das ações de planejamento e das tomadas de decisão. Sobrecarga de trabalho e falta de motivação dos servidores.

118. Desconhecimento do cenário global da AB distrital, resultando em déficit de informações estratégicas e deficiências no planejamento; dificuldades na consolidação dos dados da AB; perda de oportunidade de fortalecimento do SUS; comprometimento do planejamento das ações em saúde.

Proposições

119. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexistir alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos:

I. determinar à SES/DF que:

- a) dote os setores de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de servidores em quantitativo suficiente, com base em critérios de dimensionamento predefinidos, e com a devida capacitação para desempenho de suas atividades;
- b) aprimore o fluxo de informações entre as Coordenações Gerais de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde, buscando uma institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica, de maneira coordenada e regionalizada;
- c) avalie a possibilidade de o DF firmar o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP juntamente com a Região de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE, adotando as providências cabíveis para a sua efetiva implementação, se for o caso;
- d) alimente, analise e verifique a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação, utilizando-os no planejamento da Atenção Básica;



- e) realize estudos para avaliar a fragmentação dos setores envolvidos no monitoramento e avaliação da Atenção Básica, buscando garantir a centralização ou a efetiva integração dos setores envolvidos;
- f) promova a sensibilização das Unidades Básicas de Saúde e das Coordenações Gerais de Saúde quanto à necessidade de definição de fluxos e rotinas na sistemática de monitoramento e avaliação, garantindo o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica;
- g) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução.

Benefícios Esperados

120. Institucionalização e aprimoramento das práticas de monitoramento e avaliação; qualificação da atenção à saúde; aperfeiçoamento do planejamento das ações de saúde, do suporte das tomadas de decisão, do diagnóstico das fragilidades da AB; melhoria dos serviços prestados na AB.

2.2.2 Achado de Auditoria nº 05 – Insuficiência do suporte de TI disponível para as atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

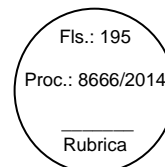
Critério

121. Necessidade de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica –SIAB para um sistema unificado (e-SUS); informatização das unidades de saúde e processos de trabalho da SES/DF; alinhamento da área de TI com as políticas e diretrizes prioritárias da SES/DF.

122. Plano Distrital de Saúde 2012-2015; PDTI 2011-2014.

Análises e Evidências

123. Diante das novas diretrizes apontadas pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, o Departamento de Atenção Básica - DAB da Secretaria de Atenção



à Saúde - SAS do Ministério da Saúde - MS elaborou a Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), propondo a reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, a ser substituído gradativamente pelo Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – SISAB, e, para tanto, o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e dos processos de trabalho.

124. Cumpre mencionar que a efetiva utilização desses sistemas possibilita o recebimento dos recursos decorrentes do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável), relacionado aos seguintes programas: 1) Equipes da Atenção Primária à Saúde: Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF e EACS), Equipes de Atenção Domiciliar (EMAP e EMAD), Equipes de Consultório na Rua e Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 2) Programa de Saúde na Escola (PSE), Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Projeto Mais Médicos⁵⁹ (PT 05, fl. 9).

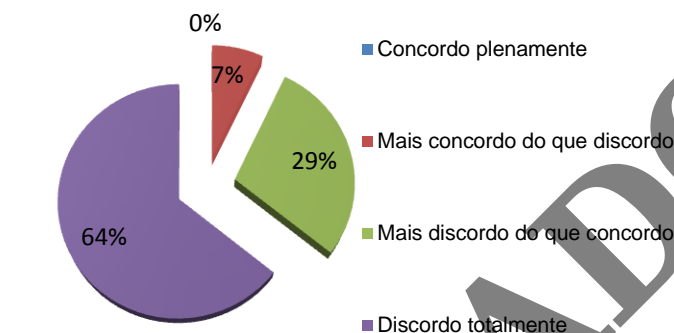
125. A SES/DF, entretanto, não se encontra preparada para reestruturação do SIAB, reconhecendo inclusive a carência de computadores, em nível central e regional, para desempenho das atividades de monitoramento e avaliação da AB. A situação não se difere nas Unidades Básicas de Saúde, cuja informatização ainda demonstra-se distante, havendo demandas por infraestrutura lógica e elétrica, acesso à internet, microcomputadores, estabilizadores e impressoras (PT 5, fls. 5/7 e 56).

126. Respostas obtidas através de questionário eletrônico enviado às Coordenações Gerais de Saúde corroboram com o cenário insatisfatório da estrutura de TI oferecida pela SES/DF à AB, conforme se depreende dos gráficos abaixo:

⁵⁹ Programas do Governo Federal a que a SES/DF aderiu.

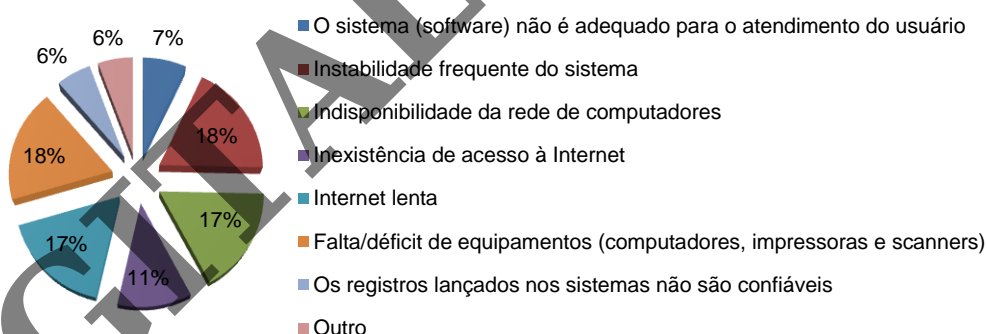


Figura 9: Percepção das Coordenações Gerais de Saúde quanto à suficiência da estrutura de TI disponibilizada para o desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da AB.



Fonte: PT 09 – associado ao sistema e-TCDF

Figura 10: Principais problemas de TI enfrentados pelas Coordenações Gerais de Saúde.

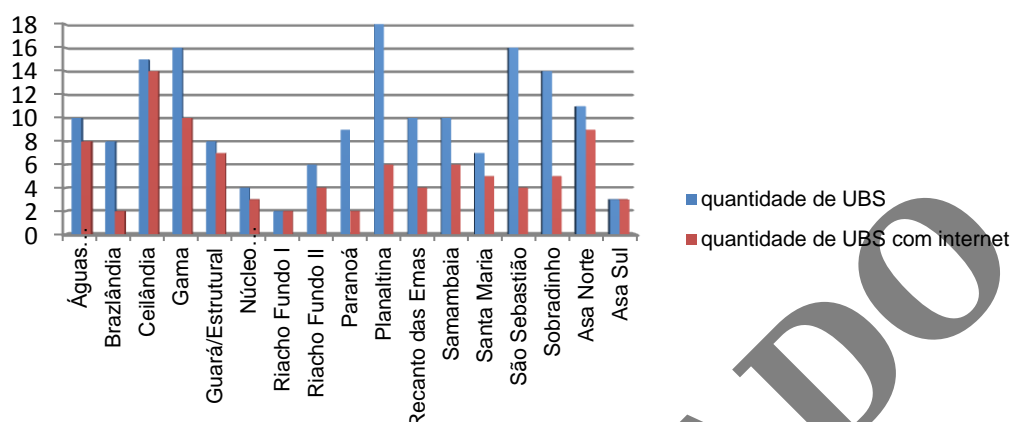


Fonte: PT 09 – associado ao sistema e-TCDF

127. Cerca de 42,37% das unidades não possuem sequer acesso à internet, não podendo, desta maneira, a SES/DF assinar termo de compromisso para implantação do e-SUS com a infraestrutura de TI de que dispõe atualmente (PT 05, fl. 6).



Figura 11: Acesso à internet nas unidades básicas das Coordenações Gerais de Saúde



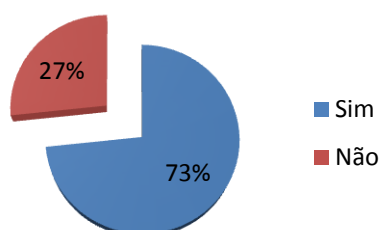
Fonte: PT 07 – associado ao sistema e-TCDF

128. Cumpre ressaltar que a informatização das unidades de saúde é prevista como condição necessária para a aferição e atendimento de alguns indicadores pactuados, como “*Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB*” (indicador 2) e “*Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados*” (indicador 60) (PT 04, fls. 92.v e 126).

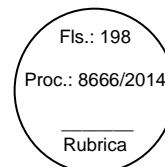
129. No mesmo sentido, destaca-se que uma das diretrizes constantes do Plano Distrital de Saúde 2012-2015 é “*Completar a informatização das unidades de saúde e processos de trabalho da SES*” (Diretriz 2.3).

130. A situação é agravada pela atuação insuficiente de cerca de 25% das Coordenações Gerais de Saúde, que não possuem diagnóstico da estrutura de TI necessária às atividades de monitoramento e avaliação nas unidades a elas vinculadas, conforme indicado abaixo:

Figura 12: Regionais que possuem diagnóstico da infraestrutura de TI necessária para monitoramento e avaliação da AB.



Fonte: PT 09 - associado ao sistema e-TCDF



131. Em que pese as deficiências no diagnóstico a nível regional, segundo a SAPS, atualmente existe uma demanda por 2519 computadores e 482 impressoras nas unidades de AB da rede (PT 07 – associado ao sistema e-TCDF).

132. Para suprir essa necessidade de computadores, foi elaborado um Termo de Referência para aquisição (Processo nº 060.010.391/2014) de novas máquinas⁶⁰, com vistas também à implantação do Telessaúde e dos demais programas de aprimoramento da gestão da AB (PT 05, fls. 7 e 56). Segundo a Secretaria, trata-se de aquisição amparada no PDTI⁶¹ 2011-2014, que dispõe sobre Modernização da Infraestrutura Tecnológica para implementar ações de melhoria e otimização dos recursos de TI e Comunicação (PT 06, fl. 138). Nada foi informado, entretanto, sobre medidas voltadas ao atendimento da demanda por impressoras.

133. Questionada sobre o levantamento das necessidades de TI anterior àquele realizado para autuação do processo SES nº 060.010.391/2014, a SAPS informou não haver “qualquer memória escrita anterior a esta” (PT 10, fl. 58).

134. No que tange ao atendimento das unidades de saúde ainda não conectadas à rede de comunicação corporativa, a Secretaria informou a autuação do Processo nº 060.010.716/2013, no qual foram previstas flexibilidade no quantitativo de circuitos de dados e alterações nas velocidades de transmissão dos dados de acordo com as necessidades de cada localidade a ser atendida.

135. De acordo com a Subsecretaria de Tecnologia da Informação em Saúde – SUTIS, em que pese a existência de dificuldades de viabilidade técnica para instalação de circuito de dados em algumas unidades básicas de saúde, o contrato vigente com a empresa Telecom (Processo nº 060.001.758/2008), atende as obrigações pactuadas e as demandas de links de comunicação apresentados àquela Subsecretaria (PT 10, fl. 81). Trata-se de percepção bem destoante daquela obtida pela equipe de auditores durante a execução desta fiscalização (PT 12 – associado ao sistema e-TCDF).

136. Quanto ao suporte técnico de TI oferecido às Unidades Básicas de Saúde, a SUTIS limitou-se a informar:

⁶⁰ Aquisição de 2551 microcomputadores, atendendo quantitativamente a demanda das unidades de saúde das Regionais, da FEPECS e da SAPS (PT 07).

⁶¹ Plano Diretor de Tecnologia da Informação.



Atualmente para os atendimentos aos chamados técnicos de 1º, 2º e 3º nível são disponibilizados para os usuários os telefones 0800-6444436, 3325-4428, 3321-1195, 3322-1962 e 3348-2480 (PT 10, fl. 72).

137. Nas entrevistas realizadas com os gestores, também foram relatados casos em que a unidade de saúde reporta-se ao hospital da respectiva Regional para obter o suporte de TI (PT 12 – associado ao sistema e-TCDF).

138. A SES/DF ainda informou que adquiriu o Sistema Integrado de Saúde – SIS para atendimento de todas as unidades de seu complexo corporativo, incluindo a AB (PT 05, fl. 56). Reconheceu, porém, que após anos de utilização do Projeto SIS (Trakcare), há a necessidade de atualização de seu software para oferta de novas funcionalidades e melhor excelência operacional (PT 10, fls. 75/76).

139. Assim, esta solução vem sendo preparada para que as informações nela inseridas sejam enviadas à base de dados do SISAB. Uma nova versão do Trakcare substituirá o e-SUS, tornando-se o responsável pela transmissão de dados ao SISAB⁶² (PT 05, fls. 6 e 13).

140. Sobre a utilização da nova versão do Trakcare a Secretaria dispôs:

(...) o primeiro passo para sua implantação é identificar a capacidade tecnológica das unidades de saúde – UBS, como conectividade, rede local, quantidade de computadores, quantidade de impressoras e atender a estas necessidades. É importante também que, em paralelo ao atendimento às necessidades levantadas, seja planejado e executado a capacitação dos profissionais e gestores/gerentes da SES. (PT 05, fl. 8)

141. O estágio de implantação da nova solução, entretanto, caminha a passos lentos:

(...) a SES/DF está extremamente atrasada para o cumprimento dos prazos definidos na Portaria SAS/MS nº 14/2014⁶³, não tendo iniciado a implantação de nenhuma das soluções, mesmo tendo sido definido pela SUTIS e informado à SAPS em fevereiro de 2014, que seria instalado o Trackcare, na sua nova versão para teste em três unidades básicas de saúde (UBS): Centro de Saúde Nº 03 de Samambaia, Clínica da Família nº 02 do Recanto das Emas e Centro de Saúde Nº 04 do Riacho Fundo II, o que não ocorreu até o momento. (PT 05, fl.9)

O Sistema Trakcare foi reiteradamente criticado pelos profissionais de saúde por conta da lentidão no acesso e da insuficiência de relatórios gerenciais.

⁶² Portaria MS/GAB nº 1.412/2013, art. 3º § 1º: “No caso do Distrito Federal e dos Municípios que utilizam sistemas de “software” próprios, as informações serão enviadas de forma compatível com a base de dados do SISAB.”

⁶³ Institui os prazos para o envio da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente às competências de janeiro a junho de 2014 e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2014. Cabe registrar que o MS prorrogou o prazo para utilização do SISAB para junho/2015 (PT 5, fl. 6).



142. A SES/DF previa para o mês de setembro de 2014 a implantação do módulo para a Atenção Primária do Trakcare, adequado à estratégia e-SUS, no Centro de Saúde nº 3 de Samambaia, em caráter experimental. Entretanto, transcorrido o prazo informado, não houve a referida implantação.

143. Na oportunidade de encaminhamento de informações a esta Corte, a SES/DF já mencionava que a conclusão do projeto dependeria da adequação, a cargo da SUTIS, de estrutura local de TI (rede lógica, elétrica, link de internet e equipamentos de informática) das Unidades Básicas de Saúde (PT 5, fl. 6).

144. Em que pese a constatação de ausência de registro de ata nas reuniões realizadas entre a SAPS e a SUTIS, a Secretaria encaminhou listas de presença de algumas reuniões na qual as Subsecretarias trataram das necessidades de melhorias na estrutura de TI das UBS's (PT 10, fl. 58). Mesmo sem registro das decisões tomadas nesses encontros, as listas de presença demonstram que foi levado ao conhecimento da SUTIS o cenário de TI na AB (PT 10, fls. 67/71).

145. Cumpre registrar que nas visitas realizadas a Ictidão e a pouca funcionalidade do Trakcare foi reiteradamente mencionada pelos gestores das UBS (PT 12 – associado ao sistema e-TCDF). Segundo eles, na configuração atual, o Trakcare se trata de mero sistema de alimentação de dados, incapaz de gerar estatísticas e relatórios gerenciais, para o qual os servidores não foram capacitados. Sobre a matéria, a GEMA/DIGAPS/SAPS pronunciou-se nos seguintes termos (PT 10, fl. 56):

O Sistema Trakcare não atende a todos as necessidades da APS, deixando de fora alguns formulários da Estratégia de Saúde da Família, como por exemplo, todas as fichas e relatórios das equipes.

*Está prevista a funcionalidade no Trakcare de emissão de relatórios para fornecimento de dados aos gestores Central, Regional e Local, para aprimoramento da gestão. Porém os profissionais **não conseguem** emitir relatório devido os mesmos não terem sido capacitados para utilização do sistema e/ou pelo fato do sistema **não conseguir emitir relatórios**. A falta de emissão de relatórios sobrecarrega os profissionais devido os mesmos terem que preencher os dados no Sistema Trakcare e preencher o formulário de "Registro de Procedimentos e Marcação de Consultas" a cada turno (manhã e tarde). (grifo no original)*

146. Observa-se que a atual versão do software disponibilizado pela SES/DF



impacta negativamente na realização de um efetivo monitoramento pelos gestores da AB.

147. Segundo a SES/DF, os sistemas utilizados para repasse das informações da AB entre o nível regional e central são o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS. A jurisdicionada reconheceu, ainda, a importância do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA e dos sistemas que possuem interface com os serviços da AB, tais como SINAN, SISVAN, SISNAC, SIM, SISCAN, SISPRENATAL (PT 05, fl. 5). Entretanto, nas visitas realizadas foi recorrente o encaminhamento de dados às CES por meio físico ou via e-mail e queixas relativas à falta de comunicação entre os sistemas e à ausência de oferta de ferramentas gerenciais (PT 12 – associado ao sistema e-TCDF).

148. Por fim, cumpre registrar que o PDTI 2011-2014 prevê revisões anuais, entre os meses de abril e junho de cada ano de sua abrangência (PT 06, fl. 171). Entretanto, ao ser questionada sobre a data da última revisão do Plano (NA nº 03), a SES/DF nada informou. Reiterado o questionamento (NA nº 10), a SUTIS pronunciou-se nos seguintes termos:

Conforme previsto no item 4 do PDTI – 2011-2014 SES-DF, foram realizadas as revisões, porém não houve a necessidade de promover alterações, com base na execução dos projetos estruturantes e catálogos de necessidades previstas que estão em curso e solicitações e demandas apresentadas à esta SUTIS-SES, motivo pelo qual não houve ainda sua publicação. (grifou-se) (PT 10, fl. 74)

149. Como se depreende da resposta acima, mais uma vez a Jurisdicionada eximiu-se de informar a data da última revisão do Plano. Estranha-se que em um cenário tecnológico tão dinâmico e complexo, o documento elaborado em 2011 possa ainda atender, por completo, às demandas de uma Secretaria do porte da SES/DF.

Causas

150. Inexistência de diagnóstico amplo e atualizado das condições de TI nas Unidades Básicas de Saúde; Unidades Básicas de Saúde sem viabilidade técnica para instalação de circuito de dados (PT 10, fl. 75).

151. Revisões do PDTI insensíveis às demandas da AB; inexistência de



registro de ata das reuniões realizadas entre SAPS e SUTIS, comprometendo o acompanhamento das decisões acordadas (PT 10, fl. 58).

152. Informatização incompleta das unidades de saúde e padrões de encaminhamento de dados à SES/DF não padronizados. Insuficiência de suporte técnico para manutenção da estrutura de TI nas unidades da AB. Insuficiência técnica e operacional dos sistemas disponibilizados aos gestores para monitorar a AB.

Efeitos

153. Comprometimento da sistemática de monitoramento e avaliação da AB. Perda de recursos referentes ao Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável).

Proposições

154. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos, determinar à SES/DF que:

I. determinar à SES/DF que:

- a) informatize as Unidades Básicas de Saúde, em atendimento à diretriz 2.3 do Plano Distrital de Saúde 2012-2015 (*Completar a informatização das unidades de saúde e processos de trabalho da SES*);
- b) garanta a infraestrutura lógica, elétrica e demais equipamentos de informática necessários ao desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- c) aperfeiçoe os mecanismos de comunicação entre SAPS e SUTIS, de maneira a garantir:
 - 1) comunicação tempestiva e processos de trabalho eficientes e efetivos;
 - 2) registro de ata das reuniões realizadas, visando o acompanhamento das decisões acordadas e, quando for o caso, de demandas por alteração no Plano Diretor de Tecnologia da Informação – PDTI.



- d) aprimore as ferramentas gerenciais disponíveis nos sistemas de informação oferecidos às unidades de saúde, em especial daquelas vinculadas à AB;
- e) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução;
- f) doravante, mantenha atualizado o diagnóstico da estrutura de TI necessária às atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- g) doravante, ao proceder à revisão anual do Plano Diretor de Tecnologia da Informação – PDTI, certifique-se da efetiva mensuração das demandas das áreas técnicas, em especial daquelas vinculadas à AB.

Benefícios Esperados

155. Expansão da infraestrutura tecnológica do complexo corporativo da SES/DF; desenvolvimento dos programas e ações de saúde, como o Telessaúde e o e-SUS; possibilidade de qualificação dos profissionais.

156. Acesso à internet para transmissão de informações, comunicação e educação permanente das equipes; agilidade, confiabilidade e segurança da informação; maior conhecimento por parte dos gestores e usuários quanto à situação da AB; aprimoramento da gestão com base em resultados de indicadores de desempenho mais confiáveis.

157. Volume de dados acumulados nos sistemas de informação proporcional ao volume de informação gerenciais produzidas; planejamento das ações de saúde e suporte das tomadas de decisão.



2.3 Questão de Auditoria nº 03 – O processo de planejamento da AB reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a AB e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das duas esferas federativas (distrital e federal)?

158. *A SES realiza um levantamento insuficiente das necessidades da população, o que orienta um planejamento focado no tratamento da doença e não na ampliação da prevenção ou no diagnóstico próprios da Atenção Básica, principalmente em virtude da deficiência de articulação entre os diversos níveis de atenção geridos pela SES/DF. Além disso, falta transparência na divulgação dos dados referentes ao financiamento da Atenção Básica e há baixa execução orçamentária do Fundo de Saúde do DF para a Atenção Básica.*

2.3.1 Achado de Auditoria nº 06 – Deficiência no levantamento das necessidades da população e no planejamento dos serviços de atenção básica.

Critério

159. Devem ser utilizados estudos e informações consistentes sobre as necessidades de saúde da população para planejar a Atenção Básica considerando as especificidades da cada Coordenação Geral de Saúde. Decreto nº 7.508/2011, art. 15; Portaria GM/MS nº 332/2006; PNAB 3.3, V, VIII.

Limitações da metodologia de levantamento das necessidades de saúde da população

Análises e Evidências

160. Segundo Mandú e Almeida, apud Egry e Oliveira ⁶⁴:

*“Tal como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são **social e historicamente determinadas**, elas situam-se entre natureza e cultura, ou seja, **não dizem respeito somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto de vida em que o indivíduo progressivamente se humaniza** (ou torna-se*

⁶⁴ Egry, E. Y.; I. Oliveira, M. A. C. Marcos Teóricos e conceituais de necessidade. In: Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para Pesquisadores. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.



humano)". (grifou-se).

161. No "Pacto da Saúde"⁶⁵ o conceito de necessidades de saúde permite abrigar realidades diversas, considerando "necessidades" as estimativas de demandas por ações e serviços de saúde baseados nos agravos à saúde e nas más condições de vida.

162. O levantamento das necessidades de saúde e sua consideração no planejamento tem por objetivo garantir a universalidade do sistema de saúde e a integralidade da atenção. Assim, destaca-se a importância do planejamento focado na estruturação da Atenção Básica como centro da prevenção e ordenadora do cuidado.

163. Nesse sentido, com o objetivo de incorporar o levantamento das necessidades de saúde ao planejamento, foi instituído pelo Decreto nº 7.508/2011⁶⁶ a obrigatoriedade de elaboração de um Mapa de Saúde, instrumento que também alcança a organização e interação dos serviços de saúde, nos seguintes termos:

*Art. 2º, item V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a **capacidade instalada** existente, os **investimentos** e o **desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema**.*

164. Ainda, no mesmo normativo, o seu art. 17⁶⁷ torna obrigatório que o Mapa de Saúde oriente o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

165. A importância dessas informações no levantamento de necessidades de saúde foi descrita no Mapa de Saúde do DF nos seguintes termos:

*(...) tem a intenção de contribuir para a construção de um diagnóstico **vivo** da situação de saúde da população do Distrito Federal, respeitando as especificidades de cada território, de forma que **supere as desigualdades regionais**, e, ao mesmo tempo, possa dar respostas aos problemas de saúde da população. (grifou-se)*

65 Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

66 Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

67 "O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde."



166. Assim, na elaboração do Mapa de Saúde do Distrito Federal (PT 15) foram analisados os perfis etários, sociais, especialidades mais utilizadas, dentre outros parâmetros com impacto na qualidade dos serviços de saúde.

167. Embora esses fatores tenham o objetivo de demonstrar e caracterizar os habitantes de cada Regional de Saúde de maneira específica, na prática foram utilizados para considerar um perfil populacional generalizado, baseado na quantidade de habitantes, idade, renda per capita, entre outros elementos.

168. Para compreender como a matéria foi conduzida no âmbito da SES/DF, solicitou-se informações acerca das estratégias para elaboração e atualização do levantamento das necessidades de saúde da população (NA nº 07). Foram citadas as seguintes medidas (fl. 75, anexo II):

- *indução da capacidade de formulação de planos de enfrentamento locais através de matriz SWOT;*
- *busca do comprometimento e representatividade baseados no modelo de gestão BSC- Balanced Score Card;*
- *determinação do foco das intervenções sistêmicas e locais de saúde por meio de árvore de problemas;*
- *priorização e tratamento de problemas através da matriz GUT;*
- *análise constante dos resultados alcançados e adequação dos planos em relação às necessidades de saúde em cada região.*

169. Adicionalmente, a SES/DF reafirmou a utilização dos supracitados instrumentos com a aplicação de questionários no âmbito das Coordenações Gerais de Saúde (fls. 04/13 Anexo IV), com vistas a implantação da “Gestão Estratégica” na SES/DF.

170. Entretanto, o exame das informações prestadas pela SES/DF indica que a metodologia utilizada não se mostrou suficiente para levantar as necessidades de saúde da população. Primeiro, porque os dados considerados nos instrumentos não são representativos da Atenção Básica, mas da própria Secretaria⁶⁸, prioritariamente da área administrativa. Segundo, porque são focados na oferta de serviços e não nas necessidades de saúde da população.

171. Posteriormente, mediante a aplicação de questionário eletrônico (PT 12), os 15 (quinze) Coordenadores Regionais de Saúde foram chamados a se manifestar

⁶⁸ Os questionários não foram aplicados nas Unidades Básicas de Saúde.



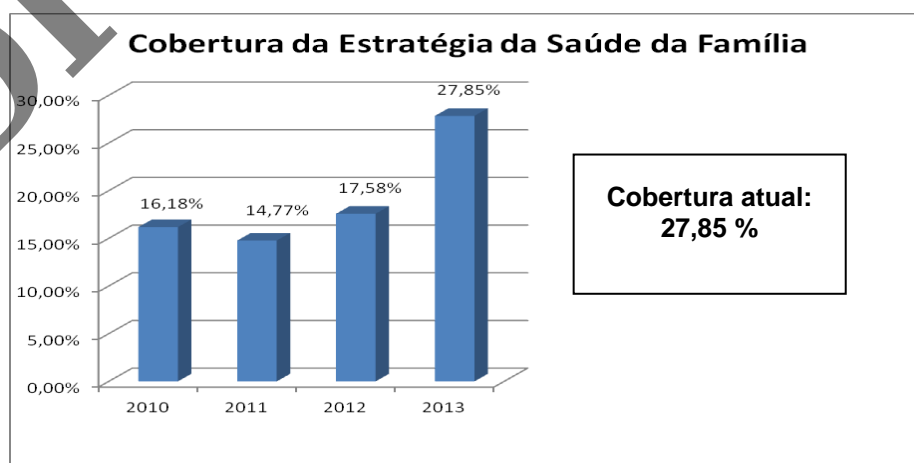
acerca do levantamento das necessidades de saúde da população para os serviços prestados pela AB. Em resposta, reafirmaram a realização destes levantamentos, através de dados de sistemas de informação (11), indicadores de saúde (11), dados epidemiológicos (13) e dados fornecidos pelas equipes de saúde das unidades (13).

172. Importante salientar que todas estas fontes de informação são encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde à Coordenação Geral de Saúde sem periodicidade estabelecida. Outra falha ocorre quando os dados são coletados e inseridos nos sistemas da SES/DF e do Ministério da Saúde⁶⁹ pelos Agentes Comunitários de Saúde (Ficha A⁷⁰) e não passam por nenhum procedimento de verificação de confiabilidade, conforme tratado no Achado de Auditoria nº 04 (figura 6).

173. Assim, o risco de inserção de dados incorretos ou imprecisos e a demora na inserção destes nos sistemas⁷¹ podem comprometer a representatividade das informações⁷².

174. Ainda que os dados produzidos pelos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF se mostrassem confiáveis, eles seriam pouco representativos das necessidades de saúde da população, uma vez que a cobertura da ESF no Distrito Federal encontra-se bastante reduzida, conforme evidencia o gráfico a seguir:

Figura 13 – Cobertura da ESF por exercício (2010-2013)



⁶⁹ O Sistema da SES/DF é o Trakcare. O Ministério da Saúde administra vários sistemas como o SIAB, SIVAN, HIPERDIA, SISCAN, entre outros.

⁷⁰ Formulário próprio do Ministério da Saúde para coleta de dados de saúde.

⁷¹ Da SES/DF e Ministério da Saúde.

⁷² Os dados inseridos no SIAB e utilizados na formação de indicadores de saúde.

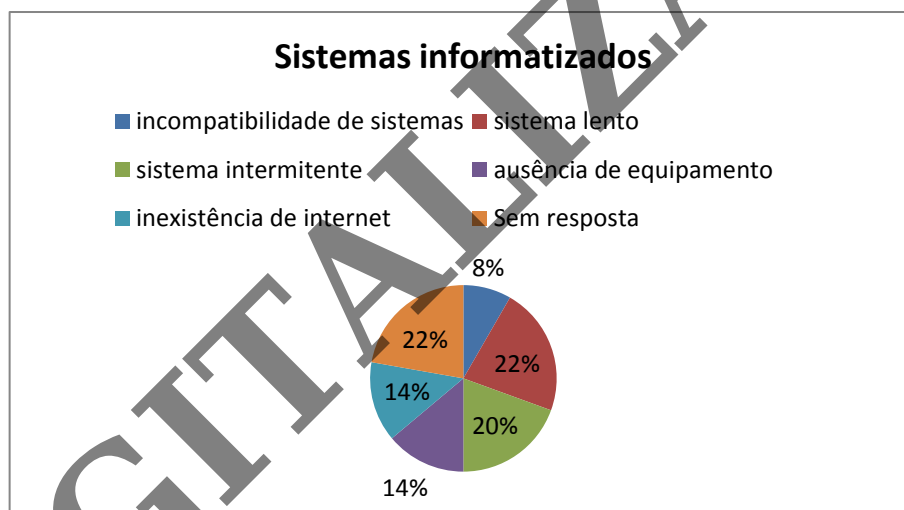


Fonte: RAG 2013

175. Conforme indicado no Achado de Auditoria nº 05, a SES/DF informou que 42,37% da Rede de Atenção Básica não possui acesso à internet e que a quantidade de computadores da SES/DF são insuficientes para atender as unidades de saúde (PT 05, fl. 56). Portanto, pode-se afirmar que a Rede de Atenção Básica não é totalmente informatizada⁷³.

176. Os sistemas informatizados, tanto da SES/DF quanto do Ministério da Saúde, também possuem problemas conforme descrito pelos gerentes das Unidades visitadas:

Figura 14 – Problemas em sistemas informatizados relatados por gestores de UBS



Fonte: PT 12

Falhas no Planejamento da Atenção Básica para 2011/2014

177. O Planejamento realizado pela SES/DF para a Atenção Básica, Plano Distrital – Reorganização da Atenção Primária à Saúde no DF – Estratégia de Apoio à consolidação de Redes de Atenção à Saúde, foi elaborado em novembro de 2010. Neste, a Secretaria expõe os problemas encontrados na Atenção Básica e formaliza suas propostas de intervenção para os quatro anos seguintes.

178. Um exemplo destas propostas de intervenção consistia na ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, que em 2010 era pouco superior a 16%,

⁷³ Segunda a Secretaria de Estado da Saúde do DF, considera-se informatizada a unidade que possua computadores, internet e sistemas suficientes para operacionalização do prontuário eletrônico.



para 50% em 2014. Todavia, no presente, a cobertura da ESF está próxima a 28% (PT16, fl. 27).

179. Com relação à cobertura da Atenção Básica por região de saúde, verificou-se que, enquanto a Região Sudeste possui 21 Unidades Básicas de Saúde para atendimento de 709.354 habitantes⁷⁴, a Região Norte possui 32 unidades para fornecer o atendimento a 339.825 indivíduos. Assim, ainda que se considerem as necessidades de saúde da população apenas nos parâmetros demográficos, estas igualmente não foram atendidas.

180. Em questionários aplicados aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde visitadas durante esta fiscalização pode-se aferir que a maioria (65%) não considera que as necessidades de saúde da população foram contempladas no planejamento realizado pela SES/DF em novembro de 2010 (PT 12, Associado ao sistema e-TCDF).

181. A priorização da capacidade de oferta em detrimento ao levantamento das necessidades de saúde da população realizado na Atenção Básica, a priori, demonstra a existência de falhas no planejamento, conforme verificado no citado Plano Distrital, onde a oferta de serviços estrutura o sistema de Atenção Básica, e não o contrário. Em consequência, não atende suficientemente a população⁷⁵.

Causas

182. Planejamento institucional insatisfatório para atender as necessidades da população, em face da insuficiência nos levantamentos de informações; falta de apoio logístico da SES/DF às CGS para realização dos levantamentos de necessidades de saúde da população; falta de procedimentos de verificação de confiabilidade dos dados inseridos nos sistemas informatizados (da SES/DF e do Ministério da Saúde) e baixa cobertura da Atenção Básica.

Efeitos

183. Prestação insuficiente de serviços médico-hospitalares, uma vez que estão baseados na oferta e não nas necessidades de saúde da população.

⁷⁴ São 331.354 habitantes sem cobertura da Atenção Básica, uma vez que cada UBS sem ESF atende 18.000 habitantes e cada UBS com ESF atende 12.000 habitantes. Dados populacionais obtidos no PT 15.

⁷⁵ Egrý, Emiko Yoshikawa. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para Pesquisadores. Universidade de São Paulo; São Paulo, 2008.



Proposições

184. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos, determinar à SES/DF que:

- a) preste apoio institucional às Coordenações Regionais de Saúde no levantamento das necessidades de saúde da população definindo periodicidade, metodologia e requisitos de coleta e tratamento de dados, respeitando os princípios da territorialização e regionalização do SUS/MS;
- b) sistematize a coleta, supervisão, avaliação, monitoramento e registro de dados inseridos nos sistemas informatizados do Ministério da Saúde e da SES/DF para construção dos indicadores de saúde;
- c) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução;
- d) doravante, mantenha atualizado o planejamento operacional (Planos de Ação) de suas Subsecretarias, alinhando-os aos objetivos, metas e indicadores previstos nos instrumentos de Planejamento estratégico (PPA's, Plano de Reestruturação da Atenção Básica e Mapa da Saúde), com o objetivo de garantir maior efetividade no alcance dos resultados esperados na Atenção Primária.

Benefícios esperados

185. Tornar efetiva a realização do levantamento das necessidades da população. Aprimorar o planejamento institucional e governamental, estabelecendo



a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

2.3.2 Achado de Auditoria nº 07 – Deficiências na articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de Atenção.

Critérios

186. Deve haver efetiva articulação entre a SES/DF e as Coordenações Regionais de Saúde no planejamento da Atenção Básica, com adequada referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de Atenção à Saúde.

Análises e Evidências

187. A Atenção Básica é a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde e ordenadora do cuidado ao longo do tempo. Estudos indicam que uma Atenção Básica estruturada e efetiva pode atender a 85% das necessidades de saúde da população⁷⁶.

188. Com o objetivo de garantir a oferta dos serviços de saúde, torna-se necessário assegurar o acesso⁷⁷ da população por meio da regulação, que não só assegure condições mínimas na prestação de serviços, mas também promova a organização do Sistema Único de Saúde. Sobre a matéria, o Conass⁷³ assim se manifestou:

Quanto mais forte for a atuação do Estado, por meio da introdução de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso.

189. Portanto, o papel central da regulação consiste em assegurar o desempenho do Sistema Único de Saúde, prestando uma assistência eficiente e equitativa para atender às necessidades de saúde da população.

190. Nesse sentido, os gestores de Saúde devem introduzir mecanismos de regulação, protocolos e padrões de assistência e monitorar o seu desempenho. Outro fator importante a ser priorizado é a informação para o usuário, que esclarecido atua como um agente regulador.

⁷⁶ Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Para entender a gestão do SUS, M.S., 2011 - Regulação

⁷⁷ Compreendendo acesso como parte geográfica e sócio-organizacional (horário de funcionamento, a forma da marcação de consulta, filas, entre outras).



191. Para isso, é necessário configurar uma rede de ações e serviços de saúde capazes de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção à saúde, orientados por um sistema de referência e contrarreferência⁷⁸.

192. Alguns mecanismos e instrumentos são necessários para a realização da regulação, são eles:

- a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde da população e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos e demográficos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;
- a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas unidades na rede assistencial e atribuição de responsabilidades aos gestores na rede de atenção à saúde;
- a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com os processos de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação;
- a delegação de autoridade sanitária ao regulador, quando se fizer necessário, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da Regulação em Saúde;
- acesso, instrumentalizado por protocolos clínicos, às linhas de cuidado previamente definidas.

193. Nesses casos, as Centrais de Regulação⁷⁹ introduzem a figura do regulador, que atua sobre a oferta dos recursos disponíveis (consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) para os quais não há agenda ou recursos disponíveis, porém, há a necessidade de garantir o atendimento.

194. Assim, torna-se necessário um sistema informatizado para a realização da regulação. Para isso, o Ministério da Saúde disponibiliza o SISREG, um software que funciona em computadores conectados à internet⁸⁰.

⁷⁸ Referência consiste no encaminhamento do paciente de um nível menos complexo para o mais complexo. A contrarreferência seria o retorno, do nível mais complexo para o menos.

⁷⁹ Unidade destinada a análise e deliberação imediata sobre o acesso dos pacientes aos serviços de saúde.

⁸⁰ Por meio de navegadores: internet explorer, Firefox, chrome, entre outros.



195. No Distrito Federal, os exames e especialidades não são todos regulados. Segundo a SES/DF, são regulados apenas 14 tipos de especialidades médicas, algumas delas segmentadas por tipo de enfermidade ou tratamento (PT 05), cujo controle ocorre por meio do SISREG.

196. Entre as especialidades reguladas, algumas possuem fila de espera de 2 (dois) anos e meio, conforme dados abaixo fornecidos pela SES/DF:

Tabela 10 – tempo de espera e quantidade de solicitações de consulta em especialidades reguladas

Especialidade	Quantidade de solicitações	Tempo de espera
Cardiologia - adulto	20.233	2 anos e 6 meses
Dermatologia - geral	16.260	2 anos
Cardiologia - pediatria	1.688	1 ano e 9 meses
Dermatologia - pediatria	945	2 anos e 2 meses
Alergologia Infantil	2.210	2 anos e 2 meses
Cirurgia Pediátrica	5.163	2 anos e 5 meses
Gastroenterologia - pediatria	1.516	2 anos e 3 meses
Neurologia - pediatria	8.702	2 anos e 6 meses
Pneumologia - infantil	1.076	2 anos e 2 meses
Onco-hematologia - hematologia	110	1 ano

197. Pode-se aferir, analisando os dados fornecidos pela SES/DF, que mesmo as especialidades reguladas não oferecem um atendimento adequado, ou em tempo hábil, à população. O extenso tempo de espera pode se prolongar ainda mais em virtude das novas regulações classificadas como prioridade pelo médico regulador⁸¹.

198. Os atendimentos não regulados são encaminhados para atendimento dentro da própria regional de saúde. Nos casos em que a Regional possuir hospital ou clínica de especialidades há o encaminhamento dentro da própria Regional, sem a realização de classificação de risco. Essa classificação tem por objetivo priorizar o

⁸¹ O médico regulador faz uma hierarquização das necessidades, priorizando o atendimento dos casos mais graves, o que ocasiona o retardo no atendimento dos casos mais simples.

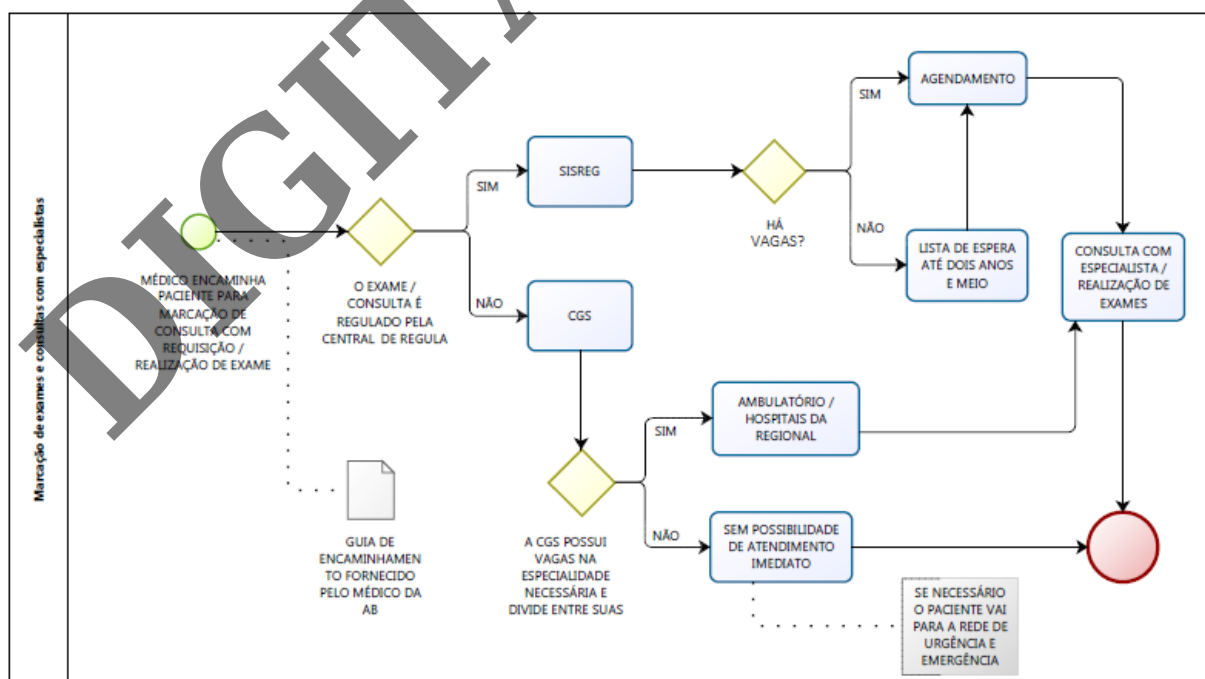


atendimento dos eventos mais graves e sua ausência pode levar ao agravamento de diversos casos, em razão da demora para o atendimento.

199. Na ausência de vagas reguladas pela Central de Regulação, ou na espera por vagas dentro das próprias regionais, o paciente acaba por procurar atendimento nos hospitais da rede, usando a Urgência e Emergência como porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

200. Um exemplo citado constantemente durante as visitas realizadas na execução desta Auditoria Operacional nas Unidades Básicas de Saúde foi a especialidade “ortopedia”. Este serviço não é regulado e não há oferta suficiente de vagas. Assim, frequentemente, a orientação é para o paciente se dirigir diretamente ao Hospital Regional do Paranoá, referência em quadros de emergência de ortopedia da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do DF.

201. Segue um fluxograma da referência na Assistência à Saúde no DF, conforme informação fornecida pelos gestores, enfermeiros e médicos das Unidades Básicas de Saúde:



202. É importante observar no fluxo que há possibilidade de o paciente não conseguir atendimento no nível ambulatorial (o que acontece com frequência) (PT 12,



associado ao sistema e-TCDF). Este é um dos motivos da sobrecarga do serviço de urgência, seja ele em Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais.

203. Durante a realização das entrevistas desta fiscalização, vários entrevistados demonstraram o desconhecimento do processo de regulação na SES/DF, o que evidencia a necessidade da capacitação dos profissionais da área de saúde. Senão, veja-se:

A informática cadastra o paciente e o inclui na regulação. Não há fluxo de acompanhamento da referência e contrarreferência, eventualmente o profissional de saúde promove algum acompanhamento do paciente com o qual desenvolveu alguma afinidade. (PT 12, fl. 60)

O que o Hospital oferece, fica em Brasília. O que não tem "vai pro plano (PT12, fl. 72).

Paciente leva formulário no setor de estatística da unidade para regulação. Não há acompanhamento, nem contrarreferência. (PT 12, fl. 141).

204. Não só a regulação parcial⁸², mas diversos outros fatores podem intensificar essa dificuldade de acesso aos outros níveis de atenção à saúde, como insuficiência de médicos, falta de unidades de saúde, não estabelecimento de linhas de cuidado⁸³ e a não realização de matriciamento.

205. Por oportuno, deve-se ressaltar que o estabelecimento de linhas de cuidado ou protocolos clínicos padronizados amplia a possibilidade de atuação do médico generalista, diminuindo a necessidade de encaminhamento e a necessidade de circulação do paciente na Rede.

206. O benefício da padronização pode ser visto, por exemplo, na reumatologia. No Distrito Federal, esta especialidade é de difícil acesso e a parcela de usuários que desenvolvem artrose cresce em virtude do envelhecimento da população. Sem padronização o médico generalista não prescreve tratamento para artrose e o tempo de espera de, em média, um ano para a consulta com o especialista pode agravar seu quadro clínico.

⁸² No Distrito Federal apenas uma pequena porcentagem das vagas é disponibilizada para regulação.

⁸³ Forma de articulação de recursos humanos, físicos e materiais, orientado por diretrizes clínicas para a condução oportuna e ágil dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia.



207. Assim, com uma linha de cuidado padrão estabelecida, os médicos generalistas seguiriam as diretrizes clínicas para prescrição do tratamento sem necessidade de referenciamento e contrareferenciamento nos casos de menor complexidade.

208. O apoio Matricial, ou Matriciamento, consiste em um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Pode ser realizado por profissionais de diversas especialidades.

209. O Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Humanização, preconiza o matriciamento como um instrumento de intervenção junto à Atenção Básica estimulando a integração da Rede, organizada pelo princípio da responsabilidade compartilhada.

210. Do mesmo modo que o estabelecimento das linhas de cuidado, o matriciamento aumenta a resolutibilidade da Atenção Básica, diminuindo o tempo de espera para os casos em que realmente é imprescindível referenciar.

211. A Secretaria de Estado da Saúde afirmou a existência do matriciamento na sua Rede por meio de suas 13 (treze) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família I (NASF I) (PT 13, fl. 80), que seguem os parâmetros de cobertura prescritos na Portaria GM/MS nº 3.124/2012⁸⁴.

212. Importante observar que a cobertura recomendada de ESF⁸⁵ é de 3.000 habitantes por equipe consistida. Logo, as 13 unidades de NASF I no DF são capazes de atender, no máximo, 351.000 habitantes, isto é, 13,26% da população⁸⁶ do DF⁸⁷.

213. Assim, em razão da baixa cobertura da ESF, o matriciamento não consegue ampliar o escopo de ações de compartilhamento de saberes, comprometendo o sistema de referência e contrarreferência.

⁸⁴ O NASF I pode atender de 5 a 10 equipes da Estratégia Saúde da Família.

⁸⁵ Cobertura por Equipe de Estratégia Saúde da Família na Política Nacional de Atenção Básica-PNAB.

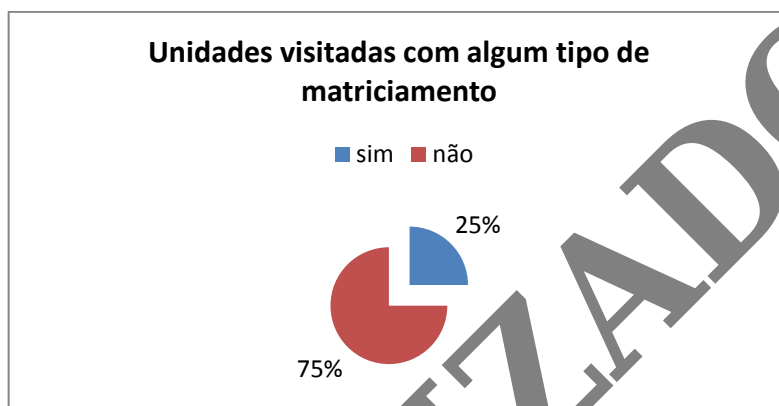
⁸⁶ Em razão do matriciamento ser um serviço de apoio ao atendimento, tem por objetivo uma cobertura de 100% da população.

⁸⁷ Estimada em 2.645.529 para 2012, segundo o Mapa de Saúde do DF, pág. 30.



214. Através do questionário aplicado aos médicos da Atenção Básica (PT 12, associado ao sistema e-TCDF) também foi possível aferir a baixa representatividade do matriciamento na Atenção Primária, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

Figura 15 – Percentual de UBS visitadas com matriciamento



215. Com relação à contrarreferência a maioria dos médicos consultados afirmou a sua inexistência. A falta de um sistema informatizado, de prontuário eletrônico⁸⁸ e a carência de informações fornecidas pelos médicos para o contrareferenciamento dos dados de sua consulta clínica, foram os motivos mais recorrentes para impossibilitá-la (PT 12, associado ao sistema e-TCDF).

216. Assim, não são atendidas as necessidades de saúde da população, principalmente, em virtude da deficiência de articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde geridos pela SES/DF.

Causas

217. Infraestrutura tecnológica nas unidades operacionais inadequada para realização de referenciamento e contrareferenciamento; Sistema de regulação insuficiente e pouco abrangente; Controle Regional de vagas em especialidades de maneira segmentada; Ausência do estabelecimento de procedimentos e linhas de cuidado padronizadas; Insuficiência de capacitação para realização do referenciamento e contrareferenciamento; Baixa representatividade do matriciamento na SES/DF.

⁸⁸ A SES/DF utiliza em algumas de suas unidades o Sistema Trakare que possui prontuário eletrônico, o que possibilita o trânsito de informações entre as unidades. O Ministério da Saúde também disponibiliza gratuitamente sistema para tal fim.



Efeitos

218. Insuficiência do atendimento à população. Impossibilidade de implantação da contrarreferência e da longitudinalidade do cuidado. Reforço do modelo hospitalocêntrico em detrimento da Atenção Básica.

Proposições

219. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexistir alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos, determinar à SES/DF que:

- a) estabeleça fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência) da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à Saúde;
- b) planeje, de forma regionalizada, e amplie a estrutura da média e alta complexidade, com o intuito de apoiar a continuidade do cuidado;
- c) amplie o quantitativo de vagas disponibilizadas pelo sistema de regulação, em detrimento às vagas disponibilizadas regionalmente;
- d) implemente ferramenta de acompanhamento de referência e contrarreferência nas Unidades de Saúde, em especial daquelas vinculadas à Atenção Primária;
- e) planeje e estabeleça linhas de cuidado dentro das possibilidades de ampliação de escopo da Atenção Básica;
- f) implemente estratégias para o desenvolvimento do apoio matricial nas Unidades de Saúde, em especial daquelas vinculadas à Atenção Primária;
- g) crie mecanismos que institucionalize o preenchimento/registro da contrarreferência nas Unidades de Saúde, em especial daquelas vinculadas à Atenção Primária;



- h) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar as medidas supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados consoante prazo e a unidade/setor responsável pela execução.

Benefícios esperados

220. Implementação e aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação da Atenção Básica com os demais níveis de Atenção à Saúde; criação de ferramentas de acompanhamento da referência e da contrarreferência; redução do encaminhamento de pacientes para a média e alta complexidade; melhoria da continuidade e da coordenação do cuidado pela Atenção Básica.

2.3.3 Achado de Auditoria nº 08 – Falta de transparência na divulgação dos dados referentes ao financiamento da Atenção Básica.

Critério

221. Lei nº 12.527/2011 – Lei da Transparência, art. 5º⁸⁹. Princípio da publicidade⁹⁰, que dispõe, em sua vertente material, que a Administração Pública possui o dever de publicar atos administrativos em meio oficiais de forma clara e compreensível ao público médio⁹¹.

Análises e Evidências

222. Por força do art. 36 da Lei Complementar nº 142/2012, a SEF/DF publica periodicamente o Relatório de Atividades Quadrimestrais – RAQ e o submete à aprovação do Conselho de Saúde do DF, conforme disposto na mesma lei.

223. O RAQ acumulado referente ao exercício de 2013, ou seja, que versa sobre seus 1º, 2º e 3º quadrimestres, traz em seu primeiro capítulo demonstrativos do montante, fonte dos recursos aplicados e execução orçamentária e financeira dos

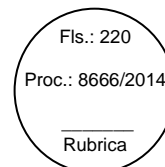
⁸⁹ Art. 5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.

⁹⁰ CF/1988, art. 37, caput.

⁹¹ AMARAL, Antonio Carlos Cintra do. O PRINCÍPIO DA PUBLICIDADE NO DIREITO ADMINISTRATIVO. **Revista Eletrônica de Direito do Estado (REDE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº. 19, julho/agosto/setembro, 2009. Disponível na internet: [HTTP://www.direitodoEstado.com.br/rede.asp](http://www.direitodoEstado.com.br/rede.asp). Acesso em: 16 de março de 2010. WLASSAK, Thomas. **O princípio da publicidade. Considerações sobre forma e conteúdo**. Jus Navigandi, Teresina, ano 7, n. 60, 1 nov. 2002. Disponível em: <http://jus.uol.com.br/revista/texto/3425>. Acesso em: 23 dez. 2010.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



recursos destinados à Atenção Básica. Entretanto, a clareza desses instrumentos, principalmente dos quadros nºs 05, 06 e 09, mostra-se prejudicada, haja vista a insuficiência de informações que permitam ao leitor concluir pela consistência dos dados ou mesmo compreender o seu teor, conforme transcrição a seguir:

O Quadro 05, a seguir apresenta o detalhamento da execução orçamentária da saúde segundo a fonte 138 (repasse Fundo a Fundo/MS).

Quadro 05 – Execução por Bloco de Financiamento

Blocos de Financiamento	Empenhado (A)	Liquidado (B)	Pago (C)	% (BXA)
Atenção Básica	153.678.946,70	142.254.194,21	142.131.410,22	92,57
Atenção de Média e Alta Complexidade	595.038.408,11	456.862.302,18	454.557.724,27	76,78
Vigilância em Saúde	50.609.087,97	39.734.691,38	38.548.404,01	78,51
Assistência Farmacêutica	38.536.095,83	26.617.456,65	26.445.014,71	69,07
Gestão do SUS	1.752.958,84	542.270,04	542.270,04	30,93
Total Geral	839.615.497,45	666.010.914,46	662.224.823,25	79,32

Fonte: SIGGO, dados extraídos em 13/01/2014.

Nota: (%) Execução liquidada em relação à despesa empenhada.

[...]

O Quadro 06 traz o demonstrativo das receitas e despesas por Bloco de Financiamento no ano de 2013.

Quadro 06 - Demonstrativo das Receitas e Despesas por Bloco de Financiamento

DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS POR BLOCO DE FINANCIAMENTO – 2013		
Blocos de Financiamento	Receitas (R\$)	Despesas (R\$)
Atenção Básica	408.520.744,34	393.408.645,81
Atenção de Média e Alta Complexidade	2.024.012.371,08	2.010.379.930,38
Vigilância em Saúde	105.773.893,18	105.773.893,13
Assistência Farmacêutica	165.860.412,81	151.542.712,66
Gestão do SUS	67.445.340,87	67.445.339,87
Convênios e outros repasses	23.650.500,32	1.434.374,25
Investimentos	89.072.417,06	77.359.506,40
TOTAL	2.884.335.679,66	2.807.344.402,50

Fonte: FNS/MS e SIGGO/GDF, dados extraídos 20/02/2014.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



[...]

Quadro 09 - Execução Orçamentária por Objetivo Específico

Objetivo Específico	Despesa Autorizada	Despesa Empenhada	Despesa Liquidada	% Liquidado
Atenção Básica	65.641.147,00	38.476.306,33	25.548.496,57	38,90%
Atenção de Média e Alta Complexidade	803.667.591,00	744.994.054,52	631.758.108,05	78,60%
Vigilância em Saúde	83.035.064,00	48.627.605,67	37.921.742,08	45,70%
Assistência Farmacêutica	211.941.641,00	202.992.751,06	151.601.559,96	71,50%
Gestão do SUS	96.126.548,00	92.402.206,16	91.175.220,80	94,80%
Urgência e Emergência	75.506.593,00	55.188.626,04	32.784.976,96	43,40%
Saúde Mental	7.131.678,00	4.839.990,45	4.186.636,42	58,70%
Gestão e Manutenção do Estado (*)	1.869.151.277,00	1.861.599.717,19	1.848.576.180,73	98,90%
Fundação Hemocentro	30.265.802,00	29.557.243,19	29.503.044,09	97,50%
FEPECS	5.343.335,00	1.752.633,19	1.042.133,19	19,50%
TOTAL	3.247.810.676	3.080.431.134	2.854.098.099	87,90%

Fonte: SIGGO, 2014.

Nota: (*) Os valores referentes a Ressarcimentos, Indenizações e Restituições e Amortizações e Encargos da Dívida Pública Relativa ao INSS e PASEP constam no OE Gestão e manutenção do Estado.

224. Constatou-se em consulta ao Quadro Demonstrativo de Despesa – QDD do Fundo de Saúde do DF – FSDF no Sistema Integrado de Gestão Governamental – SIGGO, que a soma dos valores relativos à subfunção “Atenção Básica”, em 2013, perfaz um total de R\$ 65.641.147,00, idêntico, portanto, ao do Quadro 09.

225. De outro lado, no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, consta que o valor transferido ao FSDF a título de Atenção Básica foi de R\$ 88.566.969,58.

226. Depreende-se dos quadros acima que os valores referentes à Atenção Básica não estão compatíveis entre si. Mais, como os valores do Quadro 05 referem-se apenas aos oriundos da fonte 138, era de se esperar que este montante fosse inferior ao dos demais quadros (que compreendem outras fontes). Todavia, isso não se verifica na comparação com o Quadro 09.

227. Destarte, a equipe de auditoria instou a SES/DF a se manifestar sobre as possíveis contradições contidas no âmbito do RAQ 2013. Em que pese a dificuldade dos próprios setores da Secretaria em elucidar as diferenças encontradas, foi possível esclarecer que o Quadro 05 contém recursos da fonte 338, além da 138 (conforme anuncia o mesmo). Aquela se refere ao superávit oriundo desta relativo



ao exercício anterior. Bem assim, foi explicado pela SEF/DF que as informações relativas ao quadro 06 possuem elevados valores tendo em vista que foi incluso o montante gasto com pessoal (dado oriundo dos sistemas SIGRH e SIOPS).

228. Tal situação contraria o princípio da publicidade, em seu sentido material, qual seja, de que a Administração deve divulgar informações claras e compreensíveis ao cidadão médio, haja vista que as aparentes inconsistências acima relatadas dificultam entender como os recursos destinados à Atenção Básica estão sendo empregados no Distrito Federal, ou mesmo qual o exato valor destes.

229. Nesse sentido, entende-se que no que tange à publicação dos demonstrativos de execução orçamentária e financeira, em especial aqueles referentes à Atenção Básica, a SES/DF não agiu conforme preceitua o art. 5º da Lei nº 12.527/2011, ou seja, deixou de franquear à sociedade a informação de forma transparente e clara.

Causas

230. Ineficácia na consolidação das informações com fins de prover a transparência dos gastos públicos com saúde, em especial com a Atenção Primária.

Efeitos

231. O controle social ficou prejudicado em relação aos recursos destinados à Atenção Básica, em termos de como estão sendo empregados ou mesmo qual o valor destes.

Proposições

232. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos, determinar à SES/DF que:

- a) promova estudos e adote providências com vistas a ofertar relatórios gerenciais mais claros e consistentes a fim de permitir o efetivo controle social sobre os recursos, receitas e despesas vinculados à Atenção à Saúde, em especial daqueles destinados à Atenção Básica;
- b) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar a medida supra, contendo cronograma de ações completo,



bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução.

Benefícios Esperados

233. Aprimorar a atuação dos órgãos de fiscalização e do controle social.

2.3.4 Achado de Auditoria nº 09 – Baixa execução orçamentária do FSDF para a Atenção Básica.

Critério

234. Lei Complementar Federal nº 141/2012, art. 36⁹². Leis Orçamentárias Anuais dos exercícios 2012, 2013 e 2014. Princípio da eficiência, que dispõe que toda ação administrativa deve ser orientada para concretização material e efetiva da finalidade posta pela lei, segundo os cânones jurídico-administrativos⁹³.

Análises e Evidências

235. Em que pese a pouca clareza dos demonstrativos do RAQ 2013, constatou-se um baixo grau de execução financeira e orçamentária dos recursos afetos à Atenção Primária.

236. Com efeito, no quadro 09 constata-se que os empenhos liquidados perfizeram apenas 38,9% do total destinado para a AB (distante da Atenção de

⁹² Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

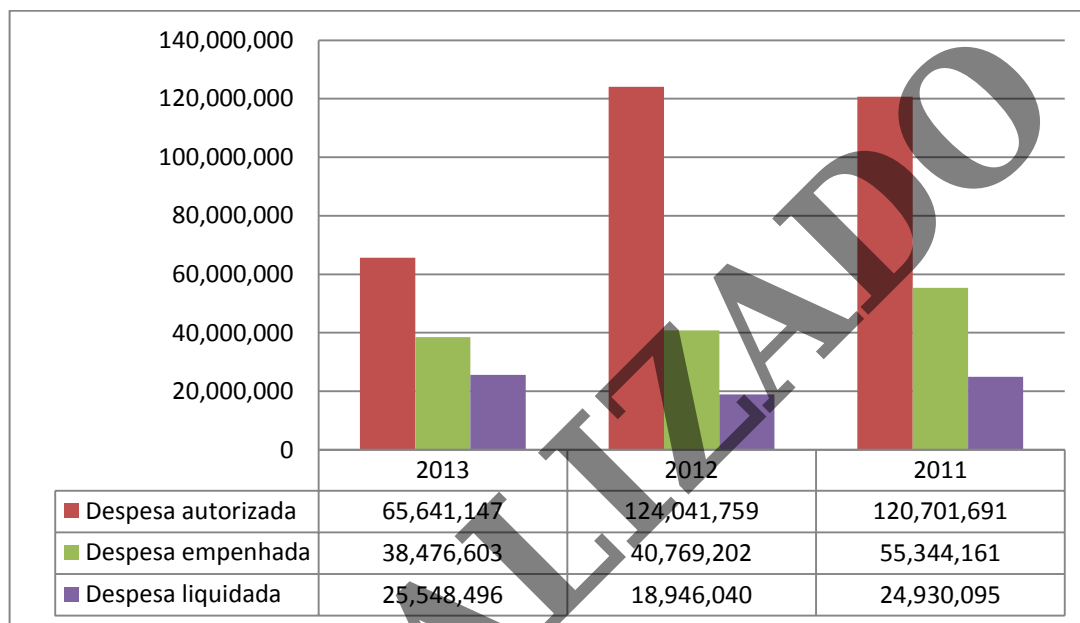
§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

⁹³ FRANÇA, Vladimir da Rocha. *Eficiência administrativa*. In: Revista de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Renovar, n. 220, abr./jul. 2000, p. 168.



Média e Alta Complexidade, que atingiu 78,6%). Tal situação se repetiu nos exercícios de 2012 e 2011. Senão, veja-se:

Figura 16 - Execução orçamentária da subfunção Atenção Básica por exercício – (em R\$)



Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

Tabela 11 – Percentual de despesas liquidadas da subfunção Atenção Básica em relação ao montante autorizado (2011-2013)

Exercício	Percentual liquidado
2013	38,9%
2012	15,3%
2011	20,7%

Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

237. No que tange a Programas de Trabalho da subfunção Atenção Básica, esse cenário se agrava. De fato, em 2013, apenas um Programa superou 20% de liquidação em relação à dotação autorizada. Mais, durante o triênio 2011-2013, constatou-se que o percentual liquidado em alguns deles foi nulo, conforme se demonstra a seguir (PT 17 – associado ao sistema e-TCDF):



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA

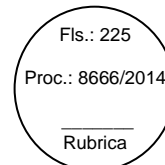
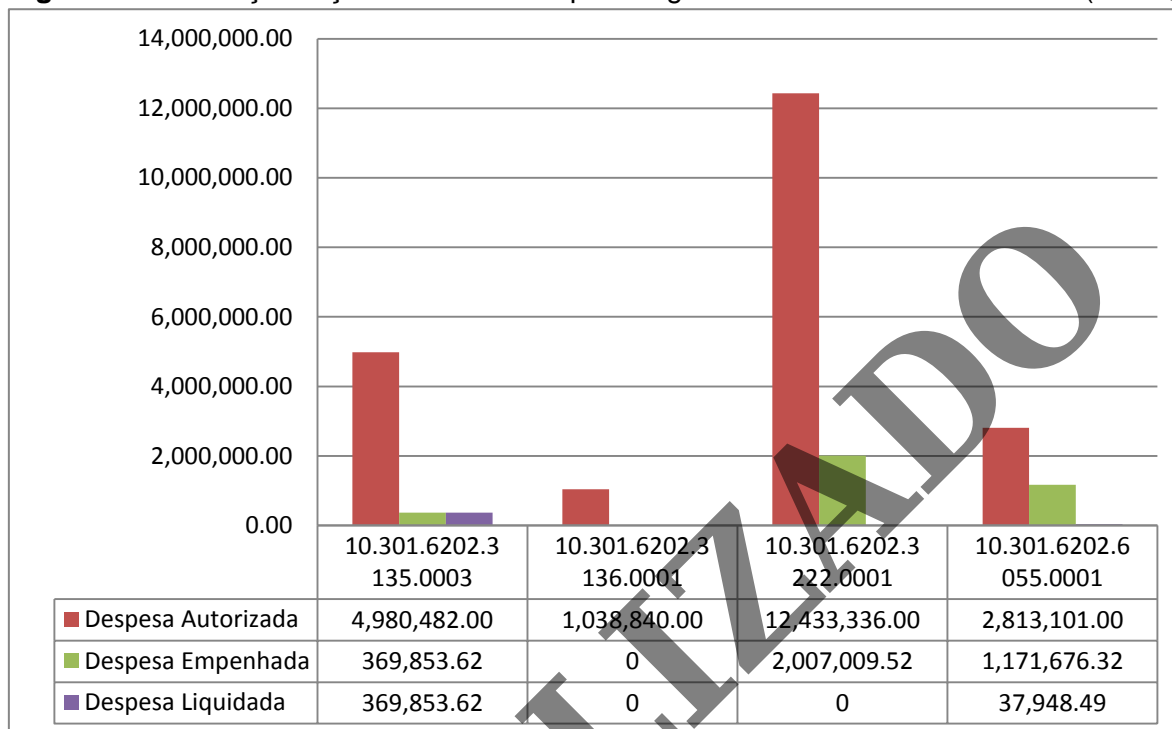
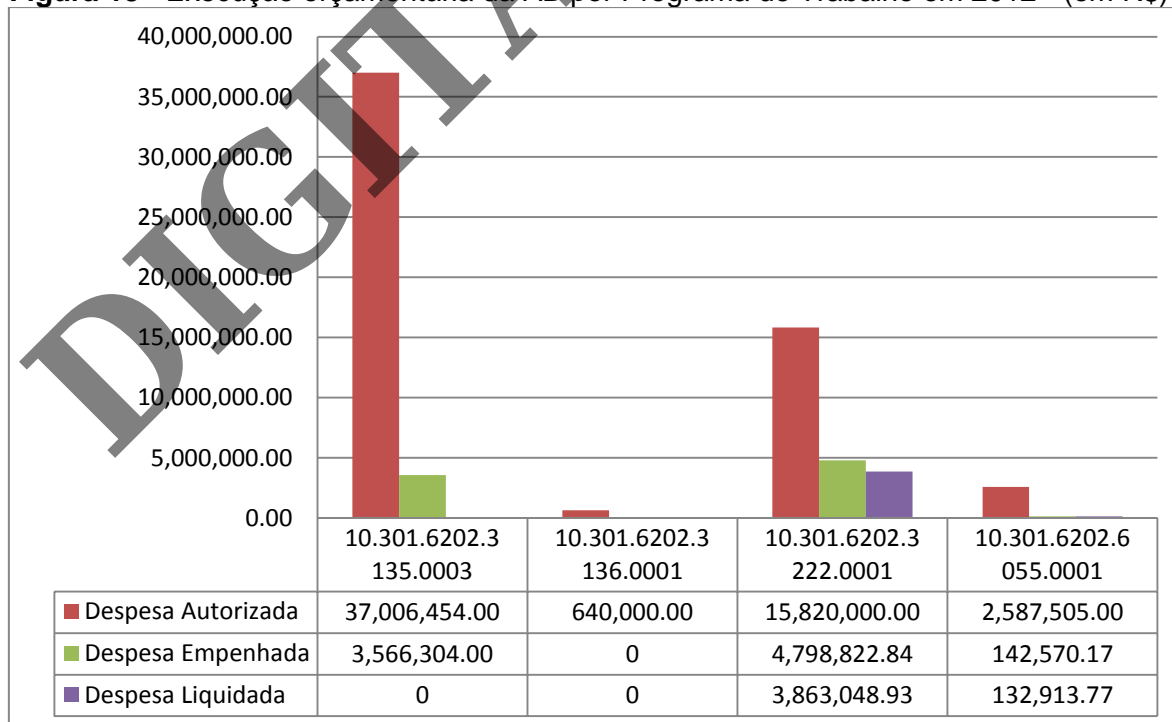


Figura 17 - Execução orçamentária da AB por Programa de Trabalho⁹⁴ em 2013 - (em R\$)



Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

Figura 18 - Execução orçamentária da AB por Programa de Trabalho em 2012 - (em R\$)

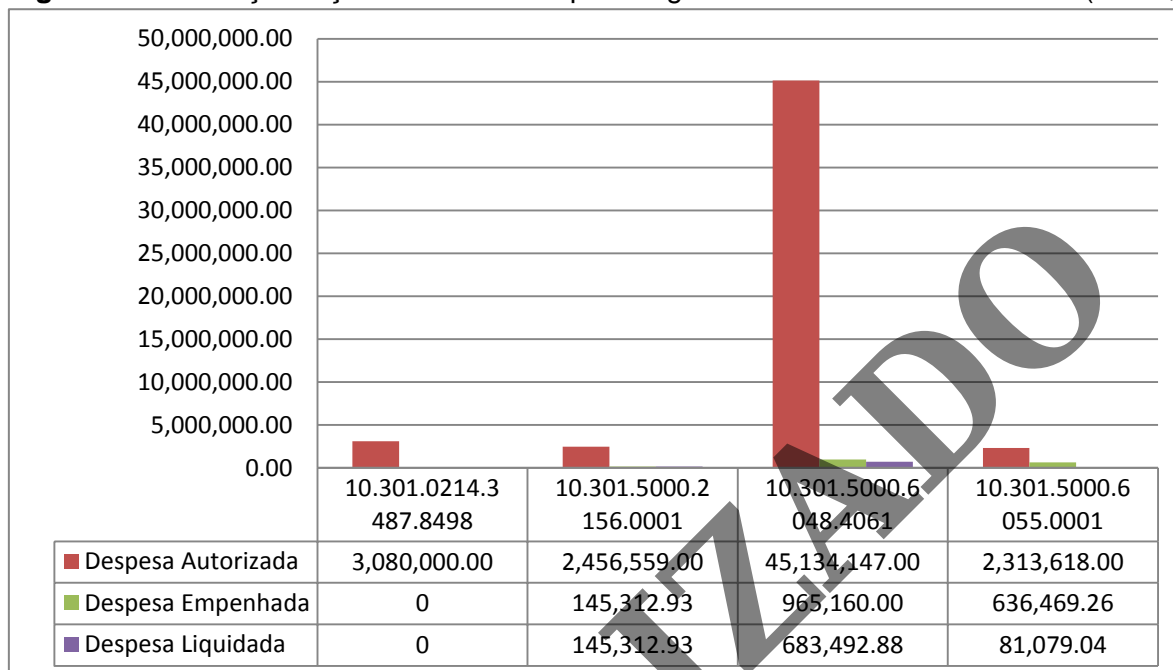


Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

⁹⁴ 10.301.6202.3135.0003: Construção de Unidades Básicas de Saúde.
10.301.6202.3136.0001: Ampliação de Unidades Básicas de Saúde.
10.301.6202.3222.0001: Reforma de Unidades Básicas de Saúde.
10.301.6202.6055.0001: Assistência à saúde para o sistema prisional.



Figura 19 - Execução orçamentária da AB por Programa de Trabalho⁹⁵ em 2011 - (em R\$)



Fonte: SIGGO, 2014, extraído em 02/10/2014.

238. Destarte, diante das informações supra, conclui-se pela subutilização dos recursos do FSDF destinados à AB, uma vez que o gestor deveria se ater à execução total dos recursos, o que não se verificou, conforme se depreende das informações contidas nas Figuras 16 a 19 e na Tabela 11.

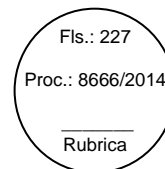
Causas

239. Ineficiência e ineficácia da SES/DF ao não proceder adequadamente à execução financeira e orçamentária dos recursos do FSDF destinados à Atenção Básica.

Efeitos

240. Ociosidade dos recursos oriundos do FSDF destinados à AB. Risco de redução dos valores repassados pela União ao DF a título de financiamento da AB, tendo em vista a sua baixa execução. Risco de degradação dos serviços prestados na Atenção Primária.

⁹⁵ 10.301.0214.3487.8498: Reformas e ampliações em unidades de Atenção Primária em saúde.
10.301.5000.2156.0001: Ações de assistência à saúde da mulher.
10.301.5000.6048.4061: Ações de assistência à saúde do adulto.
10.301.5000.6055.0001: Assistência à saúde da população penitenciária do Distrito Federal.



Proposições

241. Após a manifestação do jurisdicionado sobre os achados de auditoria e seus tópicos, caso inexista alteração do conteúdo destes, será proposto ao egrégio Plenário, ao menos, determinar à SES/DF que:

- a) promova estudos e adote providências com vistas a examinar alternativas administrativas que agilizem a execução orçamentária e financeira dos recursos do FSDF, em especial daqueles destinados à Atenção Básica;
- b) elabore e remeta a esta Corte um Plano de Ação com objetivo de implantar a medida supra, contendo cronograma de ações completo, bem como mapeamento da sequência de procedimentos que serão executados constando prazo e a unidade/setor responsável pela execução;
- c) doravante, adeque o montante de despesas liquidadas na AB às necessidades desse nível de Atenção à saúde indicadas nos Programas de Trabalho elencados na LOA.

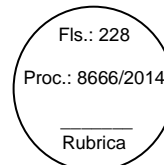
Benefícios Esperados

242. Prover mais eficiência e eficácia à execução financeira e orçamentária dos recursos do FSDF destinados à AB. Adequar a estrutura da SES/DF dispensada às necessidades deste nível de Atenção à Saúde.

Brasília (DF), 21 de novembro de 2014.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



PROCESSO N.º: 8666/2014 TIPO DA AUDITORIA: (X) AOP () AI () AR

CHECKLIST – AVALIAÇÃO DE ADEÂNCIA AOS CRITÉRIOS DE QUALIDADE

ETAPA: EXECUÇÃO DA AUDITORIA – RELATÓRIO PRÉVIO

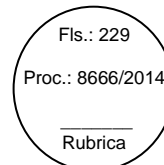
ITENS A VERIFICAR		Coordenador				Diretor				Gabinete			
		S	O	I	NA	S	O	I	NA	S	O	I	NA
2.2	Matriz de Planejamento												
2.2.1 2	Referências (seção 4.12.11 do MA). Referência aos PTs que comprovam a execução dos procedimentos listados na Matriz de Planejamento.	X											
3	EXECUÇÃO												
3.1	Matriz de achados (seção 5.3 do MA e item 4.1 do MAO)												
3.1.1	Achados de auditoria (seção 5.3.1. do MA e 4.1.1. do MAO).	X											
3.1.2	Os Achados estão adequados às questões de auditoria?	X											
3.1.3	Crítérios (seção 5.3.2 do MA, NAGs 4111.1 e 4111.3.1).	X											
3.1.4	Análises e evidências, referenciando os papéis de trabalho que as documentam (seção 5.3.3. do MA e 4.1.2. do MAO, NAGs 4111.3.2).	X											
3.1.5	Causas (seção 5.3.4. do MA e 4.1.3. do MAO, NAGs 4111.2 e 4111.3.3).	X											
3.1.6	Efeitos (seção 5.3.5. do MA e 4.1.4. do MAO, NAGs 4111.2 e 4111.3.4).	X											
3.1.7	Proposições / Recomendações (seção 5.3.6 do MA e 4.1.6. do MAO e NAGs 4111.3.7)	X											
3.1.8	Benefícios esperados (seção 5.3.7. do MA e 4.1.7. do MAO).	X											
3.1.9	Referências (seção 5.3.8 do MA).	X											
3.1.10	Boas práticas (item 4.1.5. do MAO).				X								
3.1.11	Data de elaboração, autoria, revisão (Coordenador) e supervisão (Diretor) (seção 3.5, d e Anexo VII do MA e item III, a, 1 da Decisão TCDF nº 41/2009).	X											
3.2	Matriz de Responsabilização (seção 5.5. do MA) – Somente se houver proposta tendente à responsabilização nas proposições do Relatório.	Não aplicável na fase de Relatório Prévio											
3.2.1	Achados de auditoria (seção 5.5.1 do MA).												
3.2.2	Irregularidade (seção 5.5.2 do MA).												
3.2.3	Data (ou período) de ocorrência do fato (seção 5.5.3 do MA).												
3.2.4	Responsável(eis) (seção 5.5.4 do MA).												
3.2.5	Período de exercício no cargo (seção 5.5.5 do MA).												
3.2.6	Conduta (seção 5.5.6 do MA).												
3.2.7	Nexo de causalidade (seção 5.5.7 do MA).												
3.2.8	Excludente(s) de culpabilidade (seção 5.5.8 do MA).												
3.2.9	Proposta de encaminhamento (seção 5.5.9 do MA).												
3.2.10	Data de elaboração, autoria, revisão (Coordenador) e supervisão (Diretor) (seção 3.5, d e Anexo VIII do MA).												

S: Satisfatórios / O: Oportunidade de melhoria / I: Insatisfatório ou Inexistente / NA: Não Aplicável.

Obs (3.1.10) e (3.2.8) – Esses itens não podem ser marcados como “não aderentes” (Insatisfatórios), pois o não preenchimento indica a ausência de boas práticas ou de excludentes de culpabilidade.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



ITENS A VERIFICAR		Coordenador				Diretor				Gabinete			
		S	O	I	NA	S	O	I	NA	S	O	I	NA
4	RELATÓRIO												
4.1	Estrutura do Relatório (item 6.2 do MA; item 5 do MAO e item III, a, 2 da Decisão TCDF nº 41/2009)												
4.1.1	Sinopse - Sumário Executivo Preliminar (Padrão SEAUD).	X											
4.1.2	Resumo (seção 6.3.1 do MA e item 5.2 do MAO).	X											
4.1.3	Sumário (seção 6.3.2 do MA e item 5.1 do MAO).	X											
4.2	Introdução												
4.2.1	Apresentação (seção 6.3 c/c 4.2.a do MA e item 5.3 do MAO).	X											
4.2.2	Período de realização da auditoria – execução dos trabalhos de campo (seção 4.2, “a” e NAGs 4706.2).	X											
4.2.3	Identificação do objeto (seção 6.3 c/c 4.2.b do MA).	X											
4.2.4	Contextualização (seção 6.3 c/c 4.2.c do MA e item 5.3.1 do MAO).	X											
4.2.5	Definição do Objetivo Geral de Auditoria (seção 6.3 c/c 4.5 do MA, item 5.3.2 do MAO).	X											
4.2.6	Definição dos Objetivos Específicos da Auditoria (seção 6.3 c/c 4.6 MA, item 5.3.2 do MAO).	X											
4.2.7	Delimitação do Escopo dos trabalhos (seção 6.3 c/c 4.7 MA e item 5.3.2 do MAO): Abrangência; Período em exame e, se aplicável, extensão dos procedimentos.	X											
4.2.8	Montante Fiscalizado (Padrão SEAUD).	X											
4.2.9	Metodologia (seção 6.3.3.a do MA; item 5.3.3 do MAO).	X											
4.2.10	Crítérios (seção 6.3.3.b c/c 5.3.2 do MA).	X											
4.2.11	Resultado da avaliação dos sistemas de controle interno (seção 6.3 c/c 4.8 do MA).	X											
4.3	Desenvolvimento do relatório (Resultados da Auditoria)												
4.3.1	Questões de auditoria de acordo com a matriz de planejamento (seção 6.3 do MA e item 5.4 do MAO). Obs.: Se realizada alguma alteração na execução, necessário representar a Matriz de Planejamento atualizada.	X											
4.3.2	Questões de auditoria objetivamente respondidas em no máximo 2 parágrafos (Seção 6.3.4 do MA 2011).	X											
4.3.3	Achados de auditoria contendo todos os elementos (critério, análises e evidências, causas, efeitos) (seção 6.3 do MA e item 5 do MAO).	X											
4.3.4	Achados de auditoria sustentados por evidências pertinentes, suficientes e adequadas (seção 5.3.3 do MA; item 5 do MAO; item 3.5.1 da INTOSAI; NAGs 1113).	X											
4.3.5	As proposições são claras, razoáveis e respeitam a discricionariedade do gestor. (Somente no Relatório Final).	X											
4.3.6	As proposições guardam coerência lógica e tentam, prioritariamente, solucionar as suas causas. (seção 5.3.6 do MA; item 5.7 do MAO e art. 3º, I, f da Resolução TCDF nº 194/09) (Somente no Relatório Final).	X											
4.3.7	Proposta de encaminhamento do Relatório Prévio ao gestor para considerações. (seção 6.2 do MA, item 5.5 do MAO, NAGs, 4111.3.5 e 4713).	X											
4.3.8	Quando apresentadas considerações pelo gestor, o relatório final deve mencioná-las em tópico específico. (seções 6.2 e 6.3.4 do MA; item 5.5 do MAO; art. 3º, I, g da Resolução nº 194/09, item 4713.2 das NAGs) – Somente no Relatório Final.												

S: Satisfatórios / O: Oportunidade de melhoria / I: Insatisfatório ou inexistente / NA: Não Aplicável.

Obs. (4.3.5 e 4.3.6) - Na Secretaria de Auditoria, o Relatório Prévio é encaminhado aos gestores para consideração sem as proposições.

(4.3.8) – A ser avaliado na etapa de Relatório Final de Auditoria.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



ITENS A VERIFICAR		Coordenador				Diretor				Gabinete			
		S	O	I	NA	S	O	I	NA	S	O	I	NA
4.4	Conclusão do relatório (Somente no Relatório Final)												
4.4.1	Conexão lógica entre os achados e a conclusão (seção 6.3.5 do MA; item 5.6 do MAO e art. 3º, I, f da Resolução TCDF nº 194/09)												
4.4.2	Conexão lógica entre as respostas às questões de auditoria e a conclusão.												
4.4.3	Recomendação específica para que o gestor elabore e apresente, em prazo determinado pelo Tribunal, plano de ação para implementar as proposições apontadas, naquilo que não couber o cumprimento imediato (seções 6.3.7.1 e 6.3.7.2 do MA e item 6 do MAO)												
4.4.5	Recomendação para que seja indicado responsável por prestar as informações ao Tribunal durante o monitoramento do Plano de Ação (seção 6.3.7.2, "e" do MA e item 6 do MAO)												
4.5	Forma de redação (item 6.3 do MA)												
4.5.1	Clareza e objetividade (seção 6.1, "a" e "e", do MA, item III, a, 2 da Decisão TCDF nº 41/2009, NAGs 3600 e 4703.1)	X											
4.5.2	Concisão - parágrafos preferencialmente curtos (seção 6.1, "f" MA)	X											
4.6	Outras verificações do relatório												
4.6.1	Observância do cronograma de execução dos trabalhos e de elaboração do relatório (seção 4.13 do MA; item 3.6 do MAO, art. 1º, §2º, da Portaria nº 33/2008 e art. 3º, I, b da Resolução nº 194/09).	X											
4.6.2	Registro da data de elaboração, autoria, revisão (Coordenador) e supervisão (Diretor) (seções 2.6.1; 3.5, "b" e "d" e 6.4 do MA).	X											
5	PAPÉIS DE TRABALHO												
5.1	Evidências documentadas nos papéis de trabalho (seções 3.3, a do MA; item 5 do MAO e art. 3º, I, e da Resolução 194/09, NAGs 1113)	X											
5.2	Elaboração que permita a outros auditores chegarem às mesmas conclusões (seção 3.3 do MA; item 3.5.7 da INTOSAI; art. 3º, I, d e e da Resolução TCDF nº 194/09, item III, a, 3 da Decisão TCDF nº 41/2009 e NAGs 4706.1)	X											
5.3	Codificação e referenciação (seções 3.6 e 3.7 do MA e item III, a, 3 da Decisão TCDF nº 41/2009)	X											
5.4	Indicação da auditoria, órgão/entidade, objeto de fiscalização, autor, data (seção 3.5 do MA e item III, a, 3 da Decisão TCDF nº 41/2009)	X											
5.5	Registro da aplicação das técnicas previstas no programa de auditoria/matriz de planejamento (seções 3.2 e 3.3 do MA; itens 3.5 e 3.6 do MAO e item III, a, 3 da Decisão TCDF nº 41/2009)	X											
5.6	Guarda em meio físico ou eletrônico (pasta corrente ou pasta permanente) dos documentos e informações oriundos da auditoria (seção 3.10 do MA e item III, a, 3 da Decisão TCDF nº 41/2009).	X											
5.7	Anexação dos papéis de trabalho ao Sistema Processual no campo adequado (seção 3.10 do MA e item III, b da Decisão TCDF nº 41/2009)	X											
TOTAL DOS ITENS		43			1								

S: Satisfatórios / O: Oportunidade de melhoria / I: Insatisfatório / NA: Não Aplicável.

Obs. (4.4.1 a 4.4.5) A ser avaliado na etapa de Relatório Final de Auditoria.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



Aderência da etapa de Execução – Relatório Prévio

	Total de Itens	(a) Itens Avaliáveis (S + O + I)	(b) Nota máxima possível (a) x 2	(c) Pontuação: $\frac{(S \times 2) + (O \times 1)}{1}$	Aderência (c) / (b)	Assinatura
Coordenador de equipe	44	43	86	86	100%	
Diretor	44					
Gabinete	44					

DIGITALIZADO



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



Informação nº 29/2014–SEAUD DIAUD1

Brasília (DF), 21 de novembro de 2014.

Processo nº: 8666/2014 (1 volume e 4 anexos)
Jurisdicionada: Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF
Assunto: Auditoria Operacional
Montante em exame: R\$ 124.535.752,11
Ementa: Auditoria operacional. Relatório Prévio de Auditoria. Encaminhamento ao gestor para conhecimento e manifestação.

Senhor Diretor,

Em conformidade com o disposto no capítulo 6 do Manual de Auditoria do TCDF, aprovado pela Resolução nº 195, de 3.3.2009, na sua versão atualizada, apresenta-se a versão prévia do Relatório de Auditoria, realizada no âmbito do Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF com o objetivo de Identificar os principais problemas de gestão que afetam a qualidade da cadeia de serviços de Atenção Básica oferecidos em unidades de Atenção Primária, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura de TI, avaliando as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas, para fins de encaminhamento aos gestores daquela jurisdição.

2. A avaliação da aderência do Relatório Prévio às normas de auditoria foi realizada por meio de *checklist* acostado às fls. 228/231, contendo os critérios de qualidade estabelecidos para essa atividade no mencionado Manual e em outros instrumentos.

3. Espera-se, com o presente encaminhamento, dar oportunidade aos gestores de tomarem conhecimento dos resultados da auditoria e de se manifestarem quanto à pertinência dos achados, seus critérios, suas evidências, suas causas, seus efeitos, das proposições de correção ou melhorias e dos benefícios esperados.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA

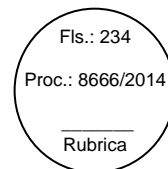


4. Ressalte-se que não constam do relatório prévio as indicações de responsabilidade, as conclusões, as considerações finais e as sugestões ao Plenário.
5. Assim, deve-se alertar aos gestores que o mérito dessa versão ainda será objeto de apreciação pelo Tribunal, que as propostas de correção ou melhorias não possuem caráter cogente neste momento e que os esclarecimentos prestados serão considerados pela equipe técnica na avaliação da pertinência dos achados e proposições na elaboração da versão final do Relatório de Auditoria.
6. Cabe ressaltar recente inovação nos relatórios de auditoria: a inclusão de SINOPSE, que disponibilizará aos dirigentes e gestores, em rápida leitura, uma visão panorâmica dos objetivos da fiscalização e dos resultados alcançados.
7. Ante o exposto, sugere-se ao(à) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Conselheiro(a) Relator(a), com fulcro no art. 1º, §1º, da Resolução nº 271/2014, a remessa, por meio de Despacho Singular, de cópia da versão prévia do Relatório de Auditoria de fls. 147/227 aos gestores da(s) Secretaria de Estado de Saúde Distrito Federal, para conhecimento e manifestação, no prazo de 30 (trinta) dias, acerca dos achados, critérios, evidências, causa, efeitos, propostas de correção e melhorias e dos benefícios esperados, fazendo constar, em caso de discordância, seus argumentos e eventual documentação comprobatória.
8. Por fim, adverte-se que, conforme o art. 1º da Resolução nº 271/2014, o prazo fixado para a manifestação é improrrogável. A não apresentação das considerações neste prazo enseja a perda da oportunidade de se manifestar previamente à deliberação plenária.

À superior consideração.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
PRIMEIRA DIVISÃO DE AUDITORIA



De acordo. À superior consideração.

DIGITALIZADO