TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

TCEMG

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Relatório de Auditoria Operacional

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Secretaria Executiva do Tribunal
Superintendência de Controle Externo
Diretoria de Matérias Especiais
Coordenadoria de Auditoria Operacional

Relatório de Auditoria Operacional

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Equipe de auditoria:
Valéria Cristina Gonzaga (Líder de equipe)
Helena Agostinha de Menezes Sousa
Jacqueline Loures
Luís Fernando Monteiro Ribeiro

Jacqueline Lara Somavilla (Coordenadora)
Ryan Brwnner Lima Pereira (Coordenador)

Colaboradores:
Carliene Emmanuelle Camargos Lins
Joelma Terezinha Diniz de Macedo
Marcelo Vasconcelos Trivellato

2014

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

Agradecimentos

O sucesso desta auditoria relaciona-se, entre outros fatores, à parceria que se estabelece entre a equipe de auditoria, os beneficiários e as entidades e órgãos envolvidos na operacionalização do tema avaliado. Nesse sentido, compete agradecer:

1. aos gestores e servidores da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG) pela presteza no atendimento às solicitações apresentadas e percepção da importância de sua participação na concretização das melhorias no desempenho da Atenção Primária à Saúde no âmbito do estado de Minas Gerais;

2. aos secretários municipais de saúde e demais profissionais de saúde municipais, pela participação ativa na pesquisa.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. ____
ASS. ____

Lista de Siglas

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEICOM	Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas
GRS	Gerência Regional de Saúde
IDAtB	Índice de Desempenho da Atenção Básica do SUS.
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS na Atenção Básica
IRB	Instituto Rui Barbosa
MS	Ministério da Saúde
PAD-MG	Pesquisa de Amostra de Domicílios
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROMOEX	Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

SIACE	Sistema Informatizado de Apoio do Controle Externo
SIGPLAN	Sistema de Informações Gerenciais do estado de Minas Gerais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
SUS	Sistema Único de Saúde
TCEMG	Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Taxa de resposta aos questionários eletrônicos por região, Brasil - 2014 11

Tabela 2: Municípios selecionados para visitas *in loco* 12

Tabela 3: Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família nas Regiões de Minas Gerais em 2011 16

Tabela 4: Gasto do Estado em Saúde por Subfunção, Minas Gerais - 2012 e 2013 52

Tabela 5: Relação da Aplicação Estadual e Municipal em Atenção Básica em 2013 nos municípios da amostra 53

Tabela 6: População, Despesa realizada Saúde em Casa, Gasto per capta em atenção básica, Despesa Saúde, Gasto per capta saúde por Região de Planejamento - Minas Gerais, 2013 ... 55

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Esperança de Vida ao Nascer 15

Gráfico 2: nº de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos 15

Gráfico 3: Percepção dos gestores municipais de saúde quanto à suficiência de capacitação – Minas Gerais 20

Gráfico 4: Percepção dos Gestores regionais sobre a Estrutura de TI e Avaliação de Indicadores 29

Gráfico 5: Instrumentos celebrados 39

Gráfico 6: Gasto em Saúde por Subfunção - Minas Gerais, 2012 52

Gráfico 7: Gasto em Saúde por Subfunção - Minas Gerais, 2013 52

Gráfico 8: Concordância dos gestores municipais com recursos transferidos pelo estado ao município para aplicação em Atenção Básica 54

Gráfico 9: Gasto per capita em Atenção Básica por região de planejamento – Minas Gerais 2013 56

Gráfico 10: Avaliação critérios distribuição recursos da SES/MG aos municípios 57

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DE AUDITORIA 9

ANTECEDENTES 9

OBJETIVO E ESCOPO DA AUDITORIA 9

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA 10

ESTRUTURA DO RELATÓRIO 12

2. VISÃO GERAL 13

3. GESTÃO DE PESSOAS 17

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO 22

5. PLANEJAMENTO 33

6. COMENTÁRIOS DO GESTOR 60

7. CONCLUSÃO 61

8. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO 63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

ANEXO I 67

ANEXO II 70

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. ____
ASS. ____

1. INTRODUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DE AUDITORIA

1.1. A auditoria teve como finalidade avaliar o nível de resolutividade das unidades básicas de saúde, identificando os principais problemas que afetam a qualidade e a cobertura da Atenção Básica à Saúde[1] no Estado de Minas Gerais.

ANTECEDENTES

1.2. Em 14 de novembro de 2012, durante o III Encontro Nacional dos Tribunais de Contas do Brasil, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG) assinou a Declaração de Campo Grande (Anexo I), por meio da qual se comprometeu a realizar auditorias coordenadas em temas de relevante interesse nacional, priorizando inicialmente as áreas de educação e saúde.

1.3. Em decorrência do Acordo de Cooperação celebrado com outros Tribunais de Contas, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (ATRICON) e o Instituto Rui Barbosa (IRB), definiu-se que a auditoria operacional na área da Saúde teria por finalidade identificar os principais problemas que afetam a qualidade e a cobertura da Atenção Básica à Saúde.

1.4. Em Oficina realizada no TCU, com a participação dos Tribunais de Contas convenentes, foram discutidos os eixos propostos e definidos os seguintes eixos comuns: gestão de pessoas, avaliação e monitoramento, e planejamento.

OBJETIVO E ESCOPO DA AUDITORIA

1.5. Com a finalidade de dar cumprimento ao objetivo proposto, o escopo da auditoria foi delimitado pelas seguintes questões/subquestões:

- Questão 1: Como a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) atua para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica?

- Questão 2: O Estado possui estrutura, indicadores e suporte de Tecnologia de Informática (TI), de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

- Questão 3: O processo de planejamento da Atenção Básica (AB) 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?

[1] Conforme Portaria MS 2.488/2011, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos "atenção básica" e "Atenção Primária à Saúde", nas atuais concepções, como termos equivalentes.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. ____
ASS. ____

- Subquestão 3.1: O planejamento das ações estaduais voltadas à atenção básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?

- Subquestão 3.2: A Secretaria Estadual de Saúde atua para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

- Subquestão 3.3: De que forma o Estado tem contribuído para o financiamento tripartite da Atenção Básica?

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

1.6. Na fase de planejamento, as técnicas utilizadas para obtenção de dados basearam-se em pesquisa documental, por meio de consulta à legislação, à bibliografia específica e a documentos administrativos requeridos à SES/MG, bem como em entrevistas com técnicos da SES/MG e especialistas em saúde.

1.7. A fim de identificar as áreas prioritárias da investigação, foram aplicadas as seguintes técnicas de diagnóstico:

- Análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* – SWOT, na qual foram levantadas pela equipe forças e fraquezas do ambiente interno e oportunidades e ameaças, do ambiente externo;

- Análise *Stakeholder*, na qual foram identificados os principais atores interessados no tema auditado, bem como opiniões e conflitos de interesse e informações relevantes.

- Diagrama de Verificação de Risco - DVR, com o objetivo de identificar as áreas mais sensíveis, que apresentam maior risco no âmbito do tema auditado.

- Diagrama de *Ishikawa*, com o objetivo de identificar as causas dos problemas ou dos resultados que se pretende melhorar no âmbito do tema auditado.

1.8. Na fase de levantamentos preliminares, foi realizada visita exploratória no dia 02/07/2014, no município de Mário Campos, onde foram entrevistados a Secretária Municipal de Saúde e usuários das Unidades Básicas de Saúde.

1.9. Utilizando-se o Sistema Pesquisar do TCU, foram aplicados questionários eletrônicos aos secretários municipais de saúde com o objetivo de conhecer a realidade dos gestores locais da Atenção Básica, suas percepções, desafios e opiniões. Os questionários eletrônicos ficaram disponíveis para respostas de 10/09 a 30/09/2014. Responderam ao questionário 432 gestores, taxa de resposta de 50,65% nos municípios mineiros. Apresentam-se na Tabela 1 as demais taxas de resposta aos questionários por região do Brasil.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

Tabela 1: Taxa de resposta aos questionários eletrônicos por região, Brasil - 2014

Região	Taxa de resposta (%)
Norte	39
Nordeste	48
Centro-oeste	38
Sudeste	50
Sul	55
Brasil	49

Fonte: https://contas.tcu.gov.br/comunidade/mod/forum/search.php?search=resposta&id=26&perpage=10&page=1, Acesso em 10/10/2014

1.10. Também foram aplicados questionários eletrônicos aos gestores regionais de saúde com o objetivo de conhecer a realidade da gestão das regionais de saúde dos Estados e do Distrito Federal, e a percepção, desafios e opiniões dos respectivos gestores regionais. Os questionários eletrônicos ficaram disponíveis para respostas de 10/09 a 30/09/2014. Responderam ao questionário 9 (nove) gestores, taxa de resposta de 50 %.

1.11. Foram realizadas, ainda, visitas *in loco*, cuja amostra foi definida segundo estratégia metodológica proposta pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para todos os tribunais participantes.

1.12. Para seleção dos municípios a serem visitados pelo TCEMG, utilizou-se como critério de escolha o Índice de Desempenho do SUS na Atenção Básica (IDSUS), formulado pelo Ministério da Saúde. Este índice pretende avaliar o desempenho do SUS, atribuindo uma nota de zero a 10 para cada município, em que os menores escores representam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no município. O IDSUS classifica os municípios em seis grupos homogêneos. Para definição da amostra, foram selecionados de cada grupo homogêneo os municípios que apresentassem os melhores desempenhos do IDSUS da Atenção Básica (valores acima de 7,99) e os piores (valores abaixo de 4,00), conforme Anexo II.

1.13. Considerando a logística necessária ao deslocamento das equipes de auditoria, bem como a necessidade de respeitar os critérios nacionalmente definidos para a seleção da amostra, foram visitados 12 municípios no período de 01/09 a 12/09/2014, identificados na Tabela 2 segundo classificação do IDSUS e índice da atenção básica (IDAtB):

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. ____
ASS. ____

Tabela 2: Municípios selecionados para visitas *in loco*

Município		Classificação IDSUS	IDAtB
1.	São João da Ponte	4	9,51
2.	Ibertioga	4	9,45
3.	Januária	4	3,73
4.	Teófilo Otoni	4	4,96
5.	Muzambinho	5	3,83
6.	Botelhos	5	3,55
7.	Bandeira do Sul	5	1,18
8.	Alpinópolis	5	9,92
9.	Cascalho Rico	5	9,92
10.	Luz	5	9,18
11.	São Sebastião do Maranhão	6	3,96
12.	Desterro do Melo	6	9,76

Fonte: elaboração - TCEMG

1.14. No período da realização das visitas *in loco* aos municípios, a equipe de auditoria do TCEMG também visitou as superintendências regionais de saúde de Barbacena e de Teófilo Otoni.

1.15. Em cada um dos 12 municípios visitados, foram realizadas entrevistas com os secretários municipais de saúde e coordenadores da atenção básica, bem como com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde). Os instrumentos de coleta foram elaborados pela equipe do Tribunal de Contas da União com a colaboração das equipes dos tribunais de contas participantes da auditoria. Durante as visitas, a equipe de auditoria deste Tribunal também entrevistou usuários das Unidades Básicas de Saúde, sendo que o instrumento de coleta de dados foi elaborado pela própria equipe do TCEMG.

ESTRUTURA DO RELATÓRIO

1.16. Este relatório encontra-se estruturado em seis capítulos, sendo o primeiro de cunho introdutório. No capítulo 2, apresenta-se uma visão geral da situação da Atenção Primária no âmbito do estado de Minas Gerais. Nos capítulos 3, 4 e 5, são apresentados os principais achados de auditoria. O capítulo 6 traz as conclusões do trabalho e o capítulo 7, a proposta de encaminhamento com recomendações para melhoria dos problemas detectados.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

2. VISÃO GERAL

2.1 A Constituição da República de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação."

2.2 Nesse sentido, o artigo 2º da Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, estatui que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

2.3 A Constituição, ao estatuir que o sistema único de saúde é um sistema **integrado**, organizado em **rede regionalizada e hierarquizada**, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

2.4 A estrutura político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), delineada na Lei Federal n.8.080, regulamentada pelo decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, enfatiza a priorização da Atenção Básica preventiva em todos os municípios, assim como a regionalização e hierarquização das redes de serviços.

2.5 O art. 7º da referida Lei consolida os preceitos constitucionais ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes contidas no art. 198 da Constituição da República, obedecendo, ainda, aos seguintes princípios, dentre outros:

> I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
> II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
> III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
> IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
> (...)
> IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
> a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
> b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
> (...)
> XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
> XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
> XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

2.6. Em consonância com a diretriz "atendimento integral" preconizada na Constituição, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS), estabelece como um dos princípios do SUS a integralidade da assistência, entendida como o

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Assim, o atendimento de saúde que deve ser prestado pelo SUS envolve os serviços oferecidos pelos diversos níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e alta complexidade.

2.7. A hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade significa dizer que o sistema de saúde se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõem, ainda, os art. 7º e 8º, II, da Lei 8.080/90.

2.8. Ressalta-se que esses níveis de atenção à saúde também podem ser classificados, conforme a densidade tecnológica, em: atenção primária (menor densidade), atenção secundária (densidade intermediária) e atenção terciária (maior densidade), segundo o Anexo da Portaria GM/MS 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

2.9. A Atenção Primária, considerada a principal porta de entrada no sistema, deve atuar como se fosse um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado.

2.10. O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, dispõe que a Rede de Atenção à Saúde é o "conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde".

2.11. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

2.12. Classificam-se como de Nível Primário as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou Postos de Saúde, os quais são considerados a principal porta de entrada do Sistema. Nesse nível de atenção são realizadas consultas e procedimentos básicos como troca de curativos e marcados exames e consultas especializadas, quando necessário.

2.13. Como Nível Secundário, estão as Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, bem como Hospitais Escolas. Nesses são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças.

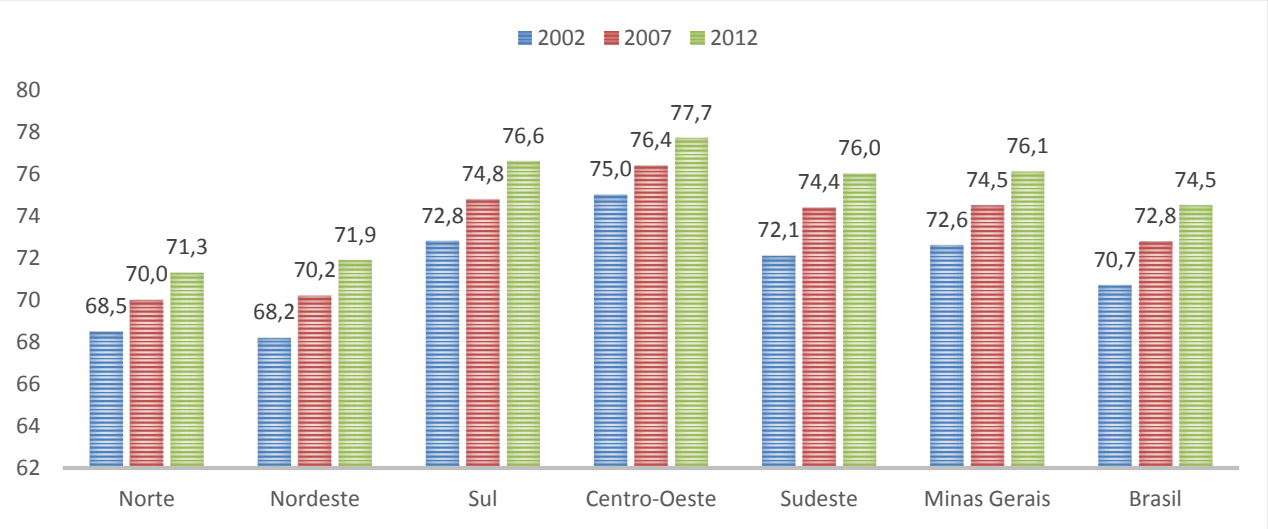
2.14. Nos níveis terciários, como os hospitais de grande porte, são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, além de condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

A Atenção Primária à Saúde no estado de Minas Gerais

2.15. De acordo com os dados apresentados no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado - PMDI 2011-2030, o estado de Minas Gerais vem apresentando melhorias em seus indicadores de saúde. A esperança de vida ao nascer passou de 72,6 anos, em 2002, para 76,1 anos, em 2012, superior à média brasileira de 74,5 anos, conforme se verifica no gráfico 1, a seguir:

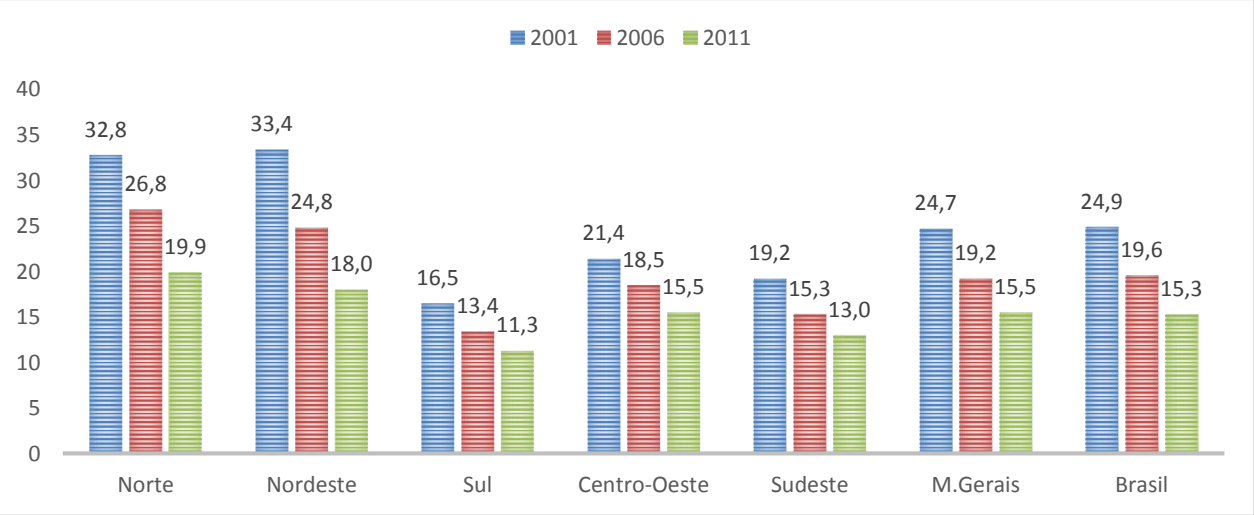
Gráfico 1: Esperança de Vida ao Nascer



Fonte: Tabnet DATASUS
Elaborado por: TCEMG

2.16. Nesse período, verificou-se redução da mortalidade infantil de 26 para 14 por mil nascidos vivos, conforme gráfico 2.

Gráfico 2: nº de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos



Fonte: Tabnet - DATASUS
Elaboração: TCEMG

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

2.17. Cabe ressaltar que, nesse período, houve incremento do acesso da população à Atenção Primária, com o atendimento do Programa de Saúde da Família (PSF) alcançando 70% da população.

2.18. De acordo com informações coletadas no sítio da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG), acessado em 16/12/2014, Minas Gerais possui o maior número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em funcionamento no Brasil. Em abril de 2012, havia 4.319 equipes atuantes em 849 dos 853 municípios mineiros, perfazendo uma cobertura de 76% da população, considerando que uma equipe assiste 3.450 pessoas. Isso representa 14,9 milhões de pessoas cobertas pela ESF.

2.19. Em 2002, havia 2.278 equipes de Saúde da Família, o equivalente a 43,4% de cobertura populacional. Esse número saltou para 4.319 equipes, em abril de 2012, ou 76,0% de cobertura. Houve um salto, portanto, de 90%, ou quase o dobro.

2.20. A cobertura populacional do PSF em Minas Gerais está bem acima da que se verifica no Brasil como um todo e na Região Sudeste. Em 2011, por exemplo, a comparação mostrava o seguinte quadro: Minas Gerais (77,7% de cobertura), Brasil (59,8%) e Sudeste (45,5%). Também a Região Metropolitana de Belo Horizonte, com 80,1% de cobertura em 2011, fica acima da performance do Brasil e do Sudeste.

2.21. As duas regiões de Minas Gerais com maior cobertura do ESF são exatamente aquelas com a população mais carente: Norte de Minas (98,6%) e Jequitinhonha/Mucuri (93,9%), em 2011, conforme se demonstra no quadro a seguir:

Tabela 3: Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família nas Regiões de Minas Gerais em 2011

Região	Cobertura %
Alto Paranaíba	70,2
Central	67,5
Centro-Oeste de Minas	77,4
Jequitinhonha/Mucuri	93,9
Mata	88,6
Noroeste de Minas	66,9
Norte de Minas	98,6
Rio Doce	80,9
Sul de Minas	70,7

Fonte: www.saude.mg.gov.br - acesso em 16/12/2014; elaboração: TCEMG

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

3. GESTÃO DE PESSOAS

3.1. A atenção básica à saúde é a porta preferencial de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita a resolução da maioria dos problemas de saúde da população.

3.2. O objetivo deste capítulo é verificar a atuação da SES/MG quanto à formação e à educação permanente dos gestores e demais profissionais da Atenção Básica.

3.3. A legislação que trata das competências dos entes federativos no que tange à capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde é extensa, conforme pode ser observado a seguir.

3.4. De acordo com o Anexo A - 3.1, subitem VI da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

> Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;

3.5. Ainda de acordo com a PNAB, (Anexo A -3.3), compete às secretarias estaduais de saúde:

> **(...)**
>
> 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.

3.6. A Lei 8.080/90, que criou o SUS, determina, em seu art.15, IX, que são atribuições comuns da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

3.7. Importa mencionar que, de acordo com o artigo 27 desta Lei, a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, com o objetivo de organizar um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Outro objetivo da política de recursos humanos é o de valorizar a dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS. Observe-se, de acordo com o artigo 17, III da Lei mencionada, que cabe à direção estadual do SUS prestar apoio técnico e financeiro aos municípios (além de executar supletivamente ações e serviços de saúde).

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

3.8. Ainda, a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, em seu artigo 21, I dispõe que o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde serão responsáveis por:

> I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
>
> II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e
>
> III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária.

3.9. Ressalte-se, ainda, que, conforme determina o item 4.1 da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria n 2.488/2011), "a educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos".

3.10. Com o objetivo de avaliar como a Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) atua no sentido de promover a formação e a educação permanente dos gestores e demais profissionais da Atenção Básica, foram realizadas entrevistas com os profissionais da saúde nos municípios visitados, além de coleta de informações por meio do questionário eletrônico enviado aos secretários municipais de saúde.

3.11. Nos aspectos analisados, evidenciaram-se ausência de diagnósticos das necessidades de capacitação e insuficiências das ações de capacitação, indicando oportunidades de melhorias, conforme explicitado a seguir.

Ausência de documento formal contendo diagnóstico das necessidades de formação e educação permanente dos gestores e profissionais de saúde que atuam na atenção básica

3.12. Em resposta ao questionamento da equipe se a SES/MG realiza diagnóstico sobre as necessidades de formação/capacitação e educação permanente em saúde para gestores e profissionais envolvidos na atenção básica dos municípios mineiros a SES/MG informou que, da parte da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) "não houve um diagnóstico formal a respeito das necessidades de formação/educação permanente em saúde. Entretanto, de acordo com a SAPS, algumas ações foram realizadas nesse sentido", entre elas:

a) o Projeto "Facilitadores de Diretrizes Clínicas" tem levado capacitação aos gestores e profissionais dos municípios referentes aos processos de implantação das Linhas-guias da SES/MG. Essa necessidade foi percebida a partir da vivência com os municípios e da percepção da dificuldade da gestão municipal e dos profissionais da APS de gerenciar processos da APS para a implantação dessas Diretrizes.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

b) o PEP (Programa de Educação Permanente) tem sua metodologia centrada na discussão entre pares que se encontram em grupos pequenos de estudo e discussão. A escolha dos temas desses grupos é realizada pelos próprios membros a partir das necessidades identificadas na prática profissional".

c) Instrumentos técnicos e pedagógicos estaduais que orientem e facilitem o processo de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica (cartilhas, protocolos, etc.)

3.13. Além disso, a SES/MG informa que "os principais instrumentos de capacitação de profissionais nas práticas da APS são as Linhas-Guias da SES/MG. Elas servem de fonte de dados para a construção das capacitações".

3.14. Ainda de acordo com a SES/MG, "outro instrumento importante são as oficinas do Plano Diretor da APS (PDAPS), que foram feitas em todo o estado entre 2007 e 2011 e ainda servem de base de informações para a capacitação de gestores e profissionais de saúde nos instrumentos de gestão do cuidado na APS".

3.15. A SES/MG informa ainda que:

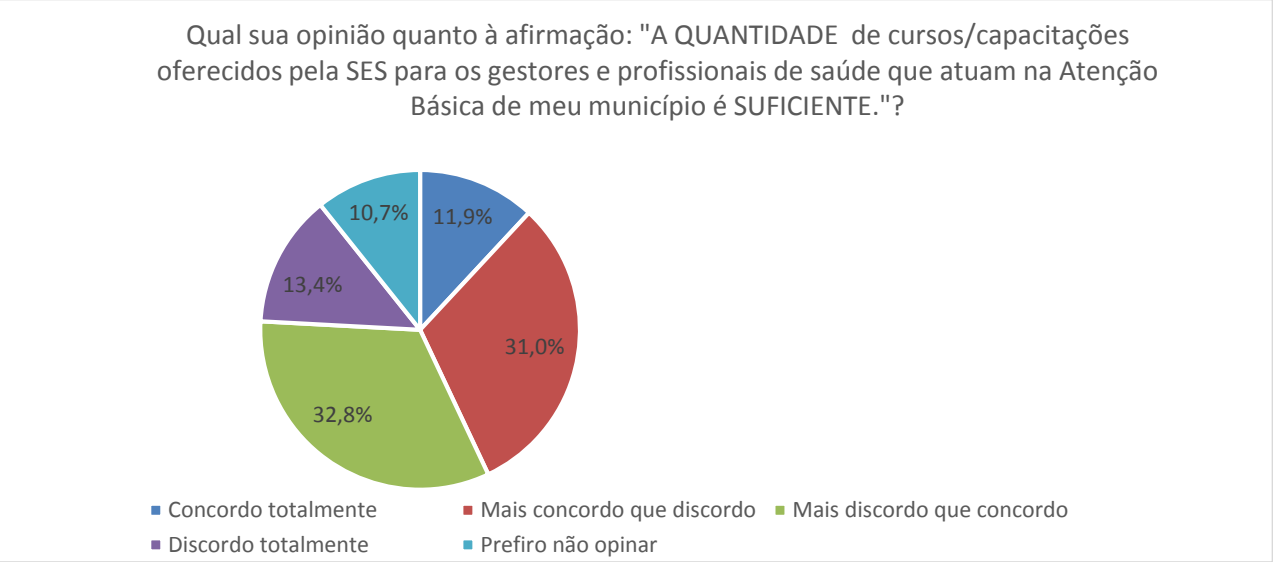
> Além desses também são utilizados os documentos do Ministério da Saúde e as cartilhas das políticas do MS (por exemplo, os documentos do PMAQ ou do NASF). Outros materiais são elaborados pelos próprios técnicos da SAPS, como por exemplo, o Manual da APS que foi fornecido aos Gestores municipais no encontro com os mesmos em 2014.
> As capacitações aos profissionais e gestores dos municípios acontecem presencialmente ou à distância.
> Presencialmente por meio de oficinas ou outros eventos organizados pelo nível central da SES ou pelas URS. Além disso, as visitas das URS aos municípios são sempre ocasiões de um apoio aos processos de trabalho.
> O Canal Minas Saúde utiliza, como ferramenta de capacitação, as aulas ministradas por especialistas na televisão, que são gravadas e disponibilizadas aos alunos também pela internet. Além disso, utiliza-se de um ambiente virtual estruturado, composto de biblioteca, espaço para fóruns e atividades, tutoria para os alunos, etc.

Insuficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da atenção básica

3.16. Embora a SES/MG tenha ofertado várias ações de capacitação, observou-se nas respostas ao questionário eletrônico que a maior parte dos gestores considerou insuficientes as ações de capacitação ofertadas. Diante da afirmação de que a quantidade de cursos/capacitações oferecidos pela SES/MG para os gestores e profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica do município é suficiente, 46,27% dos gestores discordaram totalmente ou mais discordaram que concordaram; e 10,75% preferiram não opinar, conforme observado no gráfico 3.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Gráfico 3: Percepção dos gestores municipais de saúde quanto à suficiência de capacitação – Minas Gerais



Fonte: dados coletados no questionário eletrônico aplicado aos gestores. Elaboração: TCU/TCEMG

3.17. Dos gestores que preferiram não opinar, destacam-se as seguintes alegações:

"As capacitações e cursos deveriam ser mais frequentes, visto a rotatividade de profissionais e o grande volume de programas que vem sendo implantados."

"*Os cursos poderiam ser mais frequentes e com a realidade de cada município.*"

"Os cursos nem sempre refletem a necessidade do público alvo."

"Não há capacitação em quantidade. Sou gestor e não tenho esta formação."

3.18. Corroborando com essas alegações vários gestores entrevistados consideraram insuficiente a quantidade de ações de capacitação ofertada, conforme se depreende das falas a seguir:

"Para gestor não tem muitas ações de capacitação."

"Não há ações regulares de capacitação para gestor."

"As capacitações ainda não foram suficientes".

"Deveria haver treinamento para secretários municipais".

"... os cursos oferecidos não são na área de gestão".

3.19. Dentre os profissionais de saúde entrevistados *in-loco*, embora considerem que os cursos ofertados sejam de boa qualidade e aplicação, a maioria entendeu que não foram suficientes, conforme se observa nas seguintes falas:

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

"Considero bons para a aquisição de novos conhecimentos, têm boa aplicabilidade, mas, poderiam ser mais frequentes." (médico)

"São adquiridos novos conhecimentos, são aplicáveis. Poderia ter mais cursos". (enfermeiro)

"Os cursos são bons para a aquisição de novos conhecimentos, Têm boa aplicabilidade. Quanto à quantidade ofertada, acho que poderiam ser ofertados mais cursos". (ACS)

CAUSAS

3.20. Ausência do levantamento das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica. Durante os trabalhos de campo, a grande maioria dos profissionais de saúde entrevistados relatou que não foi consultada sobre cursos ou capacitações que teria necessidade ou interesse de participar.

EFEITOS

3.21. Em decorrência dessas falhas podem-se apontar as seguintes consequências:

- as capacitações ofertadas não atendem às reais necessidades dos gestores e profissionais da AB;
- insuficiente qualificação dos gestores e profissionais da AB com comprometimentos da qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- comprometimento da aplicação da política voltada para os princípios e diretrizes da PNAB.

RECOMENDAÇÕES

3.22. Tendo em vista o exposto, sugere-se a este Tribunal recomendar à SES/MG:

- elaborar e manter atualizado o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB;
- ofertar cursos de formação e capacitação continuada de acordo com as necessidades dos gestores e profissionais da AB com base no diagnóstico elaborado;

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- melhor qualidade na prestação dos serviços ofertados aos usuários;
- capacitações condizentes com as necessidades dos gestores e profissionais da AB;
- aprimoramento na qualificação dos gestores e profissionais da AB.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

4.1. Conforme Guimarães e Almeida (2006), a constituição de um sistema de monitoramento e avaliação pode ser definida da seguinte forma:

> Um Sistema de M&A é constituído, basicamente por um conjunto de indicadores de desempenho do Governo e uma sistemática de avaliações das políticas públicas governamentais. É com base nesses inputs do Sistema de M&A que se propicia a gestão por resultados, ou seja, a utilização dessas informações com foco na gestão do Governo. A criação de um Sistema de M&A não pode ser entendida como um fim em si mesmo, tendo obrigatoriamente que estar atrelado ao processo de planejamento e gestão das políticas públicas. Para gerar valor público, portanto, o sistema de M&A deve ser capaz de gerar informações que subsidiem o processo de tomada de decisão para o cumprimento dos objetivos do Governo, e ser efetivamente utilizado pelos tomadores de decisão.

4.2. Observam, ainda, que no caso de Minas Gerais a sistemática de avaliação de políticas públicas é composta por instrumentos de alinhamento institucional, estabelecidos no Acordo de Resultados, instrumentos de gestão estratégica, que é realizado pelos Comitês de Resultados, além da avaliação do cumprimento das metas definidas para os Programas Estruturadores.

4.3. O planejamento é definido no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI, conforme estabelece a Lei 15032/2004, atualizada pela Lei 17007/2007.

4.4. Quanto à utilização de indicadores, verificou-se que a SES/MG utiliza um portfólio diversificado de indicadores, que permite monitorar e avaliar diversos aspectos relacionados à atenção primária.

Nesse sentido, questionada pela Equipe da Auditoria a respeito dos procedimentos de monitoramento e avaliação adotados pela SES/MG, a Superintendência de Atenção Primária à Saúde, em 30/09/2014, informou:

> Do ponto de vista universal, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), por intermédio da atuação colaborativa entre Subsecretaria de Gestão Regional (SUBGR) e as áreas técnicas afins, acompanha os indicadores do Pacto pela Saúde em cada exercício. Considerando o período 2011 a 2013, verifica-se alteração nos indicadores acompanhados ou mudança na ficha técnica (fórmula de cálculo, descrição, fonte de dados, etc.) de indicadores já monitorados, mas, em qualquer dos casos, verifica-se um diálogo entre as linhas estratégicas eleitas pelo Ministério da Saúde e pela SES/MG. O portfólio dos indicadores acompanhados é apresentado ano a ano num manual específico com orientações sobre a fórmula de cálculo, fonte de dados, descrição do indicador, entre outros. Os manuais publicados entre os anos de 2011 a 2013 encontram-se anexados a este documento para conhecimento.
>
> (...)
>
> Quanto à interlocução entre os indicadores acompanhados no Pacto pela Vida e os indicadores próprios das ações e políticas de atenção primária da SES/MG, ressalta-se a existência de alinhamento entre os instrumentos, pois, no período em análise, a maior parte dos indicadores monitorados pelo contrato de repasse de incentivo financeiro do Programa Saúde em Casa também era acompanhado no Pacto, refletindo esforços no mesmo sentido estratégico. Cabe destacar que, além do relatório emitido

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

> para o Pacto, a SAPS, a partir do ano de 2013, construiu e passou a elaborar, periodicamente, um diagnóstico quadrimestral de desempenho dos indicadores acompanhados no contrato do Programa Saúde em Casa.

4.5. Além disso, o desempenho dos municípios é monitorado e avaliado periodicamente, permitindo uma interação entre a SES/MG e municípios, tendo em vista o aprimoramento da gestão, da seguinte forma:

> Como o monitoramento e avaliação dos indicadores e metas do Saúde em Casa é feito quadrimestralmente, também nesse período temos os relatórios. Conforme previsto na Resolução de referência, os resultados de cada município são inseridos no programa GEICOM; os municípios verificam os resultados e os validam, se concordam.
> Caso o município não tenha cumprido um determinado indicador e não concorde, ou tenha uma explicação razoável para o não cumprimento, ele pode solicitar uma análise do indicador e do resultado pela Comissão de Acompanhamento. A comissão avalia se a justificativa do município é válida.
> Os dados dos indicadores têm basicamente duas fontes principais: os sistemas oficiais do Ministério da Saúde ou documentos encaminhados pelos próprios municípios.
> • Para os indicadores cujos resultados são retirados de sistemas oficiais do Ministério da Saúde (como o indicador do pré-natal ou de vacinação) não há necessidade de conferência; exceto se há alguma justificativa do município para o não cumprimento;
> • Os indicadores cuja fonte são relatórios encaminhados pelos municípios, como os atestos mensais do número de equipes e da utilização do protocolo de Manchester no sistema Trius, são geralmente validados pelas URS e os atestos de Manchester pela referência regional e pela coordenação estadual.

4.6. Os indicadores são pactuados entre a SES/MG e os municípios tendo como fundamento os seguintes critérios:

> Os indicadores do programa Saúde em Casa foram propostos pela SES/MG e pactuados junto aos municípios pelas Resoluções do Programa. Sua criação leva em consideração dois fatores principais:
> • O papel da APS como coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde e a necessidade de ampliar a cobertura de APS no estado.
> • A necessidade de fortalecer as redes principais da SES, em especial as Redes de Urgência e Emergência, Saúde da Mulher e Saúde da Criança.
> A pertinência dos indicadores está estabelecida pela análise da carga de doenças do estado de Minas Gerais (em anexo), que mostra, por exemplo, que mais de 10% dos anos de vida perdidos prematuramente no estado de MG se dá por causas externas (violência e acidentes), dessa forma a aplicação de um sistema de classificação de riscos para a APS é uma iniciativa que irá reduzir tempos de espera para as urgências mais graves.
> Com relação às outras redes, o estudo de carga de doenças também revela a importância da atenção à mulher e criança e o seu impacto na situação de saúde da população: o indicador de exames citopatológicos reflete o cuidado com a saúde da mulher na prevenção do câncer de útero, enquanto que os indicadores de consultas de pré-natal e vacinação são ótimos para avaliar a qualidade do cuidado com a criança.
> É importante ressaltar que a pactuação dos indicadores é um processo dinâmico e negociado com muitos atores, como municípios e Conselho Estadual de Saúde. Para o ano de 2015 está em estudo a retomada do indicador de Internação por Condições Sensíveis à APS, bem como a inclusão de indicadores que possam contemplar as demais redes prioritárias da SES (Hipertensão e Diabetes, Saúde Mental e Saúde do Idoso). Para o ano de 2015 houve um aumento orçamentário importante para a APS, que será um fator de apoio a essas mudanças.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

4.7. Além dos indicadores, outro procedimento importante de monitoramento e avaliação está relacionado com os critérios de financiamento utilizados pelo Estado, para transferir recursos aos Municípios, descrito pela SES/MG da seguinte forma:

> Os recursos do cofinanciamento estadual para a APS (incentivo do Saúde em Casa) são repassados considerando o Fator de Alocação dos municípios, o número de equipes de Saúde da Família completas em funcionamento e o cumprimento de metas pactuadas.
>
> Os recursos referentes à construção de Unidades Básicas de Saúde são repassados para os municípios que tem seus projetos aprovados. O município apresenta sua solicitação de apoio, mostrando onde deseja implantar a nova UBS e qual a sua finalidade. O financiamento varia de acordo com o porte da UBS e o repasse financeiro depende em parte do atingimento das fases de obra previstas na Resolução de referência e que marcam as principais etapas da obra (início/fundação, levantamento de estrutura e acabamento).
>
> Os recursos do PEP são repassados às universidades parceiras para a execução das ações previstas no apoio aos grupos de médicos.
> A interação com os municípios se dá durante o processo de acompanhamento das metas e resultados, uma vez que todo o processo envolve a participação dos municípios (comunicação dos resultados aos municípios, abertura da possibilidade de recurso caso o município não concorde, discussão bipartite das justificativas e decisão conjunta a respeito dos recursos).
>
> O município deve se preparar tanto para cumprir as metas pactuadas quanto para justificar caso não tenha havido o cumprimento. Esse é um processo de fortalecimento da gestão, que mobiliza os municípios na discussão de melhores caminhos para cumprir o indicador. Isso com apoio das Regionais.

4.8. O Decreto Estadual nº 45.812, de 14/12/2011, dispõe sobre a organização da SES/MG e em seu artigo 4º estabelece dois setores que, por sua natureza, executam atividades relacionadas ao monitoramento e avaliação da atenção primária, a saber, a Superintendência de Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, e a Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde da Subsecretaria de Regulação em Saúde, cujas atribuições estão definidas, respectivamente, nos artigos 14 e 34, transcritos a seguir.

> Art. 14. A Superintendência de Atenção Primária à Saúde tem por finalidade implementar, coordenar e avaliar as ações de atenção primária à saúde, no âmbito do SUS-MG, competindo-lhe:
> I– elaborar a política estadual e as estratégias de atenção primária à saúde;
> II– coordenar as políticas nacionais de atenção primária à saúde no Estado; e
> III– prestar apoio na estruturação das redes de atenção à saúde no Estado.
>
> Art. 34. A Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde tem por finalidade coordenar os processos integrados de monitoramento, avaliação e controle dos resultados sociais gerados pelos programas, projetos e redes assistenciais, competindo-lhe:
> I- organizar e sistematizar dados e informações relativos à execução das ações de saúde;
> II- disponibilizar, para as áreas competentes e para a sociedade, os resultados assistenciais obtidos no âmbito do SUS-MG;

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

> III- subsidiar a organização e revisão das redes de atenção à saúde e demais instrumentos de planejamento da assistência;
> IV- coordenar sistema de auditoria assistencial no âmbito do SUS-MG; e
> V- promover o desenvolvimento de metodologias e estudos, visando ao fortalecimento dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da assistência no âmbito do SUS-MG.

4.9. Com relação à articulação entre os diversos setores relacionados com os procedimentos de monitoramento e avaliação, a manifestação do Gestor Estadual – Superintendente de Atenção Primária à Saúde, em resposta a questionamentos feitos pela equipe de auditoria a esse respeito, em 19/11/2014, revelam evidências de falhas nessa articulação, como pode ser observado a seguir.

Deficiência na articulação entre os setores

4.10. Quanto à padronização e articulação das ações e responsabilidades de cada setor, o Gestor Estadual se manifestou da seguinte forma:

> *"Penso que o principal problema é a padronização estratégica das ações e responsabilidades de cada setor e a articulação entre as áreas de modo a que haja um fluxo claro de responsabilidades. Hoje não existe, de maneira clara e estabelecida, o que se pode esperar da Superintendência de Monitoramento e Avaliação no acompanhamento da APS – o fluxo está mais claro para a média e alta complexidade."*

4.11. Quanto à capacidade operacional das Unidades Regionais de Saúde, o Gestor Estadual se manifestou da seguinte forma:

> *"A principal dificuldade está na capacidade operacional das Unidades Regionais de Saúde. É fundamental um maior investimento nas Regionais, para a contratação de pessoas e para estruturação dos processos de trabalho, garantindo maior capacidade operacional para o monitoramento. A estrutura atual dos Núcleos de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) das Regionais não permite o acompanhamento in loco dos municípios do estado nem uma vez ao ano, ou seja, não há a visitação de todos os municípios do estado pela maior parte das Unidades Regionais, apenas – de maneira genérica – aqueles com maiores problemas e dificuldades ou aqueles que estão sob denúncia ou auditoria."*
> *"Outra dificuldade está na organização dos processos de trabalho da SES de modo a otimizar recursos Regionais para a capacidade de monitoramento, por exemplo: alinhamento das agendas de acompanhamento dos programas – um calendário único da SES para essas ações."*

4.12. Quanto às ações realizadas junto aos municípios, o Gestor Estadual se manifestou da seguinte forma:

> *"A maior dificuldade a ser superada está no convencimento do ente municipal da necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho da APS. A SES desenvolveu em 2014 um projeto muito importante, chamado: Facilitadores de Diretrizes Clínicas, no qual são contratados profissionais para atuarem nas Unidades Regionais como*

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

apoiadores da melhoria dos processos de trabalho dos municípios para a gestão da APS. A meu ver esse projeto deve ser fortalecido e ampliado."

CAUSAS

Existência de diversos setores envolvidos no monitoramento e avaliação

4.13. O que a princípio é um fator positivo, ou seja, a existência de diversos setores envolvidos nos procedimentos de monitoramento e avaliação pode causar problemas, se não houver uma boa articulação entre eles.

4.14. Em resposta a questionamento feito pela Equipe de Auditoria a esse respeito, apresentada pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde, em 19/11/2014, observa-se que, de fato, ações de monitoramento e avaliação relativas à atenção básica à saúde são realizadas tanto pela Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde quanto pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde – SAPS, além da atuação das Unidades Regionais de Saúde e dos Municípios.

> *"Outra ação da Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde que possui interface com a SAPS é a auditoria assistencial. A SAPS pode solicitar a realização de auditoria, quando há necessidade de investigar de maneira mais profunda uma situação de irregularidade assistencial na APS de algum município, além disso, pode apoiar a investigação dos auditores. Os resultados das Auditorias com foco na APS são monitorados junto aos municípios, pelas Unidades Regionais de Saúde."*
>
> (...)
>
> *"Na Superintendência de Atenção Primária à Saúde há uma Diretoria (Diretoria de Estrutura da APS – DEAPS) responsável pelo acompanhamento dos indicadores referentes à APS, principalmente referentes a dois programas/ processos: Os indicadores do Programa Saúde em Casa e os indicadores do Pacto pela Saúde."*
>
> *"Os indicadores do Saúde em Casa são monitorados conforme estabelecido na Resolução que regulamenta o programa e avaliados quadrimestralmente. Os indicadores do Pacto obedecem a calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde."*
>
> *"A especificidade da Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde em relação à APS está no monitoramento do indicador de internações sensíveis à APS e também nas ações de auditoria assistencial."*

4.15. Observa-se, também, no excerto a seguir, o intuito de desenvolver uma melhor articulação entre as duas superintendências, bem como uma sistematização de rotinas de monitoramento conjunto.

> *"A principal articulação com a Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde no aspecto do monitoramento da APS refere-se ao indicador de "internação por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde". Este é*

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

um importante indicador finalístico monitorado por ambas as Superintendências que – de forma resumida e simplificada - mede o volume de internações que acontecem e que seriam desnecessárias se houvesse uma APS fortalecida e mais resolutiva. Estamos em processo de articulação para desenvolver um workshop de alinhamento quanto a esta métrica de desempenho da APS, de modo a sistematizar rotinas de monitoramento conjunto." (Grifo nosso)

Dificuldades decorrentes da extensão territorial e do número de municípios do Estado.

4.16. Verifica-se que a existência de grande número de municípios no estado de Minas Gerais dificulta a realização de procedimentos de monitoramento e avaliação, de forma a abranger uma determinada região ou o estado como um todo.

4.17. Assim, as recomendações decorrentes do procedimento de monitoramento e avaliação, no sentido de melhorar a gestão da atenção básica, têm sido feitas de forma individualizada para cada município, conforme se observa no seguinte excerto:

"Por sua vez, no que tange à relação entre a SES/MG e os municípios diante dos resultados dos indicadores, cabe destacar que a SES/MG, por intermédio do nível regional (Superintendências/Gerências Regionais de Saúde), atua de duas formas. De um lado, o acompanhamento dos resultados e as recomendações para melhoria do desempenho acontecem no âmbito das reuniões da Comissão de Acompanhamento que, independentemente de indeferirem ou deferirem o pagamento do indicador ao beneficiário, emitem sugestões e ações cabíveis para a realidade daquele município para obter melhoria dos resultados. Diante do fato de a orientação ser individual e no caso concreto bem como do quantitativo de municípios existentes no Estado, não há um relatório geral de recomendações, mas os relatórios de cada reunião para cada beneficiário encontram-se disponíveis no sistema Gerenciador de Indicadores, Compromisso e Metas (GEICOM). Cabe destacar que a consulta aos relatórios é individualizada, ou seja, deve-se acessar relatório a relatório, não sendo possível, por isso, encaminhar a este Tribunal um consolidado. Ainda nesse primeiro ponto, cabe destacar que a pactuação de metas é, normalmente, ascendente, num contexto de ampla negociação entre o município e a SES/MG, por intermédio dos núcleos das Superintendências/Gerências Regionais de Saúde (SRS/GRS/SESMG). Durante o processo de pactuação, a perspectiva é sempre propor e pactuar metas desafiadoras que impliquem na busca dos municípios por novas ações em prol da melhoria dos resultados assistenciais, podendo, também, ser considerada uma atuação da SES/MG junto aos municípios para aprimoramento da atenção primária. De outro lado, a SES/MG, por intermédio também das SRS/GRS/SESMG, realizam visitas nos municípios adscritos à sua área de abrangência com intuito de acompanhar as ações de atenção primária e realizar recomendações para melhor organização e funcionamento desse nível de atenção. Os relatórios de vista técnica encontram-se arquivados nas SRS/GRS/SESMG e, normalmente, registram um escopo amplo de informações sobre a realidade local, com objetivo de apoiar a gestão municipal nas ações relativas à atenção primária, envolvendo avaliação, monitoramento e desenvolvimento da capacidade de gestão, desencadeando atuações de apoio para

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

evolução da qualidade da atenção prestada pelas equipes de saúde, focando, principalmente, nas políticas de saúde nos níveis federal e estadual."

Dificuldades na articulação com o Ministério da Saúde:

4.18. O Gestor Estadual, em resposta a questionamentos da equipe de auditoria em 19/11/2014, esclarece as dificuldades de articulação existentes entre a Secretaria de Estado da Saúde e os Municípios, da seguinte forma:

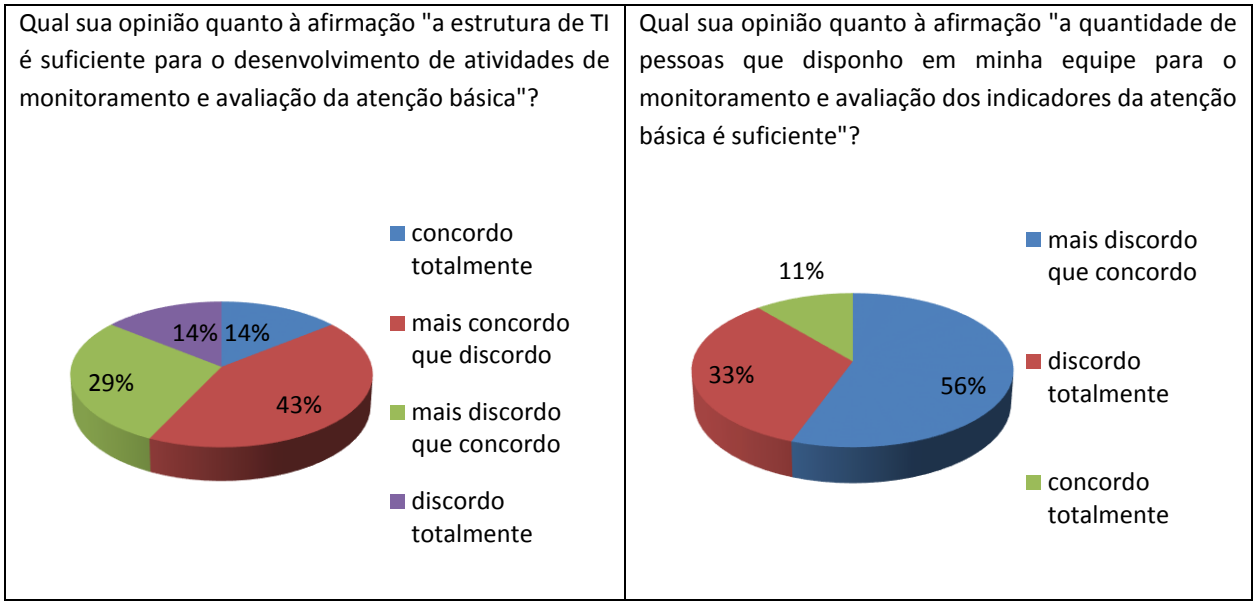
> *"Uma outra política do Ministério da Saúde que implica em monitoramento de indicadores da APS é o PMAQ. Infelizmente ainda não foi encaminhada aos estados a base de dados completa com os resultados do municípios e unidades de saúde."*
>
> *"O Ministério da Saúde possui uma prática de estabelecer as políticas de saúde de forma pouco dialogal com municípios e estados. A principal melhoria seria estabelecer de forma efetiva uma relação positiva com as Câmara técnica de APS do CONASS de forma a discutir as políticas de saúde antes que elas sejam propostas, além disso a ação de ouvir de forma estruturada os municípios e estados quanto às dificuldades operacionais para a operacionalização dessas políticas."*
>
> *"Quanto à CGU não tenho muitos elementos para avaliar. O fluxo atual em relação à APS é bem simples: somos comunicados dos resultados de auditorias realizadas nos municípios e devemos repassar às Regionais para monitoramento e apoio na correção de erros."*

Insuficiência de estrutura de Tecnologia de Informação (TI)

4.19. A percepção da insuficiência de estrutura de TI para monitoramento e avaliação da atenção básica foi manifestada pelos gestores regionais. Em resposta ao questionário eletrônico enviado a todos os gestores regionais de saúde, 43% dos gestores consideraram insuficiente a estrutura de TI e 33% insuficiente o quantitativo de pessoas para monitoramento e avaliação da atenção básica, conforme gráfico 4.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Gráfico 4: Percepção dos Gestores regionais sobre a Estrutura de TI e Avaliação de Indicadores



Fonte: dados coletados no questionário eletrônico aplicado aos gestores
Elaboração: TCU/TCEMG

4.20. A insuficiência de TI para monitoramento e avaliação da atenção básica também foi manifestada pelos gestores municipais. Em resposta ao questionário eletrônico, 73% consideraram que há problemas na utilização dos sistemas, 55% consideraram insuficiente a estrutura de TI, e 58% afirmaram não existir procedimento para verificar a confiabilidade dos dados alimentados pelo município para monitoramento e avaliação da atenção básica.
Confirmaram esse resultado as falas dos gestores entrevistados nos municípios da amostra, ao serem perguntados como avaliam a estrutura de Tecnologia da Informação da SMS para desenvolvimento das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica, cite-se:

> *"o município ficou em último lugar no ID-SUS, porque os dados, embora tenham sido encaminhados corretamente, não foram registrados no DATASUS, pois o sistema não entrava no DATASUS. Foi contratado um técnico pelo município para solucionar. No entanto, o problema se mantém. Se consultar o ID-SUS os dados continuam errados. Este fato se repetiu por três anos. Os dados corretos estão arquivados na SMS. Isso também ocorreu em outros municípios."*
>
> *"Internet no município: fraca – é um dos dificultadores para informatização. Assistência Técnica: regular. Poderia ser melhor. O número de técnicos não é suficiente. Software: precário – dificulta prontuário."*
>
> *"A parte de suporte de operacionalização do sistema é ruim, dependendo do problema, gasta-se de um dia e meio a dois para ser resolvido. Especialmente o GEICOM e, para os programas de transmissão de produção em UBS, que são federais".*

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

"Na verdade não temos nenhum software de interligação entre os níveis de atenção, não há prontuário eletrônico, não há rede lógica para compartilhamento de informações".

"A estrutura é complicada, pois o número de computadores é insuficiente a disponibilidade de internet é falha. A internet utilizada por nós apresenta frequentemente problemas de falha de conexão e lentidão. Há computador e internet na UBS central, porém as falhas na rede de internet dificultam o trabalho."

"Nós estamos implantando o núcleo de TI na atenção básica. É um processo recente. Todas as UBS serão informatizadas, os computadores já estão comprados, só precisam ser instalados. Será instalado o ESUS e um programa chamado soner, que conversa bem com os softwares estaduais e federais".

EFEITOS

Perda de eficiência das ações de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde

4.21. A deficiência na articulação entre os setores envolvidos no monitoramento e avaliação dificulta o fortalecimento das ações relacionadas a atenção primária à saúde e, consequentemente, a melhoria de resultados sanitários e da organização das redes de atenção à saúde, conforme foi ressaltado pelo Gestor Estadual com a seguinte afirmação feita em resposta a questionamento da equipe de auditoria em 19/11/2014:

A maior dificuldade a ser enfrentada para o fortalecimento da APS é a responsabilização de toda a SES pelos resultados da APS. A compreensão de que uma APS fortalecida é o principal fator responsável por uma melhoria dos resultados sanitários e uma maior organização das redes de atenção à saúde deve motivar estrategicamente a SES/MG de modo a que as metas da APS sejam metas mobilizadoras para todas as áreas da instituição, em especial área das Redes Assistenciais, mas também as áreas- meio (setor jurídico e compras) e a área estratégica(Gabinete).
Na APS está a maior fragilidade e também as melhores potencialidades do Sistema de Saúde.

Possível comprometimento da atividade de planejamento

4.22. A fase final do processo de monitoramento e avaliação é a geração de informações para a atividade de planejamento, de acordo com Guimarães e Almeida (2006), citado anteriormente:

"A criação de um Sistema de M&A não pode ser entendida como um fim em si mesmo, tendo obrigatoriamente que estar atrelado ao processo de planejamento e gestão das políticas públicas. Para gerar valor público, portanto, o sistema de M&A deve ser capaz de gerar informações que subsidiem o processo de tomada de decisão (...)"

4.23. Assim, deficiências existentes nos procedimentos de monitoramento e avaliação podem comprometer a atividade de planejamento.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Perda de eficiência do monitoramento e avaliação realizados pelos municípios

4.24. Além do monitoramento e avaliação realizados pela SES/MG, a realização desses procedimentos pelos municípios é essencial para o fortalecimento da atenção primária à saúde e, consequentemente deficiências de articulação entre os setores que realizam essa atividade, especialmente causados por insuficiência de estrutura de TI, pode comprometer esse objetivo.

4.25. Nesse sentido, a manifestação do Gestor Estadual em resposta a questionamento da equipe de inspeção em 19/11/2014, ressalta a importância do aprimoramento da estrutura de TI:

> *"Uma outra forma de melhorar os processos de trabalho dos municípios será com a implantação do Prontuário Eletrônico da SES. Essa ação também deve ser fortalecida."*

RECOMENDAÇÕES

- definir de forma mais clara o fluxo de atribuições e responsabilidades dos setores envolvidos nos procedimentos de monitoramento e avaliação;
- realizar capacitações que permitam aos municípios aprimorar o monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde.
- apresentar cronograma físico-financeiro para a universalização do prontuário eletrônico nas unidades do estado;
- apresentar diagnóstico de TI contemplando as necessidades da sistemática de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- realizar capacitações para utilização dos sistemas informatizados de monitoramento e avaliação.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Maior eficiência dos procedimentos da Secretaria Estadual da Saúde, em conjunto com os municípios, no monitoramento e avaliação.
- Aprimoramento do processo de geração de informações que possam ser utilizadas na atividade de planejamento.
- Maior efetividade na execução de Políticas de Atenção Básica.
- Ter uma estrutura de TI em conformidade com as necessidades do estado e dos municípios, de modo a facilitar o monitoramento e a avaliação.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

BOAS PRÁTICAS

- Caderno de indicadores.

4.26. O caderno de indicadores, contendo informações relativas à execução de programas executados pelo Governo do Estado de Minas Gerais, apesar de poder ser aprimorado no que se refere aos indicadores de atenção primária à saúde, permite o acompanhamento dos resultados alcançados pelos diversos interessados em políticas públicas, conforme a seguinte definição do governo estadual:

> *"Instrumento de credibilidade e transparência, o Caderno de Indicadores é uma publicação anual e de caráter técnico que torna públicos os indicadores de resultados do Governo de Minas. Desde 2009, apresenta a ficha técnica com metodologia de cálculo, aplicações, limites e fontes, bem como sua série histórica."*

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5. PLANEJAMENTO

5.1. Nos termos do art.15 do Decreto nº 7.508/2011, o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. O §2º do mesmo artigo estabelece que a compatibilização de que trata o *caput* será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde. O planejamento deve permitir que a gestão da saúde ocorra de forma ordenada e dotada de recursos suficientes para atender as demandas da população usuária.

5.2. Conforme publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS[2], a lógica para decidir que serviços oferecer não deve ser pautada pelos desejos e pelo medo das pessoas de adoecerem, mas pelas necessidades da população e resultados possíveis de serem alcançados.

5.3. Portanto, a questão que se coloca é se o planejamento das ações da SES/MG voltadas à Atenção Básica possui coerência com as necessidades de saúde da população.

5.4. Inicialmente cumpre informar que o planejamento da SES-MG materializa-se com a elaboração do Plano Estadual de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão.

5.5. De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, para que as reais necessidades da população fossem contempladas, além de estabelecer suas prioridades com base em dados epidemiológicos, o plano foi debatido amplamente com o Conselho Estadual de Saúde.

5.6. Também segundo o Plano, a SES/MG produz diversos documentos de análise, interpretação e apresentação de dados relacionados à saúde pública, dentre eles, a Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais[3] e Boletins Epidemiológicos. Para o estabelecimento de prioridades e orientação programática, foi realizado o Estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais (2011). Esses diversos documentos são utilizados no planejamento das ações de saúde.

5.7. Assim sendo, constatou-se que o estado de Minas Gerais possui levantamento das necessidades de saúde, tendo sido ressaltado pela SES/MG que Minas Gerais é o único estado do país a possuir um estudo como este.

5.8. O estudo de Carga de Doenças de Minas Gerais, desenvolvido a pedido da SES/MG e publicado em 2011 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) é considerado um retrato da situação de saúde no estado.

---

[2] Atenção Primária e Promoção da Saúde – Volume 8 – Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS . Brasília, 2007 – 1ª edição. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf. Acesso em 13/01/2015.

[3] Publicação elaborada pela Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/MG. Apresenta informações fundamentais para o estudo e avaliação da situação epidemiológica do estado de Minas Gerais. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/publicacao_subsec_saude_FINAL.pdf. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.9. Segundo informações constantes do estudo apresentado, em 2007 a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais entrou em contato com a Escola Nacional de Saúde Pública para a realização de um Estudo de Carga de Doença em Minas Gerais. Trata-se de um trabalho pioneiro na medida em que as estimativas foram produzidas no nível das microrregiões de saúde, no caso da análise específica do componente de mortalidade, e no âmbito das macrorregiões de saúde, que traz as estimativas de carga de doença e de seus componentes de mortalidade e morbidade.

5.10. De acordo com a SES/MG, a análise da situação de saúde do estado foi base para a identificação das Redes Prioritárias de Saúde, quais sejam: Hiperdia – hipertensão e diabetes; Viva Vida – saúde da mulher e da criança; Mais Vida – saúde da população idosa; Urgência e Emergência e Saúde Mental.

5.11. Nesse sentido, cabe esclarecer que a normatização do SUS define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

5.12. Segundo Mendes (2011), nos últimos anos, as experiências de RAS têm acontecido em diversos estados brasileiros, dentre eles, Minas Gerais. Em geral, essas ações estão sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e se apresentam sob a forma de redes temáticas.

5.13. Também de acordo com o autor, nas RAS o planejamento das necessidades é definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências, diferentemente do sistema fragmentado em que há planejamento da oferta e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores.

Deficiência no apoio prestado aos municípios no levantamento das necessidades de saúde e elaboração do planejamento.

5.14. Embora tenha sido verificado que a SES/MG tem realizado diagnósticos que consideram as realidades locais e regionais no planejamento das ações de saúde, foram constatadas deficiências no apoio prestado pela secretaria aos municípios.

5.15. Nos termos do art. 17, III, da Lei 8080/90 compete à direção estadual do SUS prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde.

5.16. O art. 17 do Decreto nº 7.508/2011 determina que 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. Já o art. 18 informa que o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

5.17. Em resposta ao questionário eletrônico 94,06% dos gestores responderam que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) considera em seu planejamento o levantamento das necessidades da população. Contudo, quando questionados sobre a seguinte afirmativa: "A

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. ____
ASS. ____

Secretaria Estadual de Saúde (SES) apoia a SMS no levantamento das necessidades de saúde da população e/ou na elaboração do planejamento em saúde de seu município", 46,08% dos entrevistados entendem que a SES/MG não tem apoiado os municípios.

5.18. Quando indagados sobre a seguinte afirmativa: "A SMS e a SES estão articuladas entre si no processo de planejamento da Atenção Básica de seu município." 39,67% dos gestores consideraram que as secretarias não estão articuladas.

5.19. As deficiências no apoio prestado pela SES/MG foram destacadas por alguns gestores nos questionários eletrônicos aplicados, conforme os seguintes relatos:

> *"(...) devemos ter cautela e planejamento que se inicie nos municípios, local onde as ações são realizadas, e que esse planejamento seja reforçado pelo Estado e União de acordo com as peculiaridades de cada município. (...)"*
>
> *"(...) a SES, deveria realizar um planejamento junto com SMS, para ver as demandas de cada município, para então poder sanar esses problemas."*

"O município enfrenta muitas dificuldades, a SES exige e muitas vezes não dá condições para que o município consiga colocar em pratica as ações. No papel, tudo é perfeito, mas quando deparamos com a realidade do nosso município, esbarramos em inúmeros obstáculos." (Sic)

5.20. Conclui-se que as falhas encontradas têm como causa a insuficiência de apoio prestado pela SES/MG em alguns municípios, o que provoca uma inadequação da política de saúde em relação à demanda local e às diretrizes nacionais.

Quando oficiada para informar quais os mecanismos de articulação utilizados para o alinhamento dos planejamentos de saúde da Atenção Básica com os municípios, a SES/MG assim respondeu:

> *"As políticas estaduais para a APS são todas apresentadas em CIB e pactuadas com os gestores municipais. Desse modo todos os municípios estão cientes de suas participações e obrigações relacionadas às políticas de APS do estado e organizam seus planejamentos também no intuito de se alinharem às mesmas*
> *Isso é comum no SUS, mas de maneira especial para a APS não é possível a condução de nenhuma política Estadual ou Federal sem a pactuação da mesma com os municípios, uma vez que a APS é de gestão direta do município. Além disso existem, para diversas redes e políticas estaduais, as Comissões SES/COSEMS e os Grupos de Trabalho para discussões de temáticas específicas."*

5.21. Na opinião de Villaça (2011), o processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão. Esse sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e a consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde loco regionais.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.22. As deficiências encontradas na articulação entre a SES/MG e as SMS indicam a necessidade de recomendar à SES/MG que aumente o apoio institucional aos municípios nos processos de planejamento.

5.23. Nesse sentido, cumpre esclarecer que no Processo nº 862615 – PSF foi recomendado por este Tribunal que o estado prestasse auxílio aos municípios na elaboração adequada dos instrumentos básicos de planejamento.

5.24. Em resposta, a SES/MG encaminhou Plano de Ação indicando que já estão sendo realizadas ações com esse objetivo. Todavia, entende-se que a ação deva ser aprimorada, uma vez que o processo ainda se encontra em andamento, a fim de que se obtenha instrumentos de planejamento compatíveis com as necessidades de saúde da população.

➢ A ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

5.25. O art. 15, XVIII, da Lei 8.080/90 estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, a atribuição de promover a articulação da política e dos planos de saúde.

5.26. Conforme destacado no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a Atenção Básica é considerada como o "centro de comunicação" das Redes de Atenção à Saúde, e tem o papel fundamental de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diversos componentes dessas redes, com o objetivo primordial de garantir a continuidade da atenção.

5.27. Assim, a Atenção Básica deve funcionar como uma ponte entre os diferentes níveis de atenção a fim de garantir a integralidade da atenção aos usuários dentro do sistema de saúde. De acordo com as suas necessidades os usuários podem ser atendidos em diferentes serviços e rotinas, sendo esse processo chamado de referência. Os usuários atendidos em outros serviços e estabelecimentos de saúde devem ser contrarreferenciados para a Atenção Básica para a continuidade do tratamento.

5.28. O art. 20 do Decreto 7.508/11, que regulamentou a Lei 8.080/90, dispõe que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

5.29. Em face da importância da Atenção Básica que representa o início (porta de entrada), o meio (referência) e o fim da atenção à saúde da população, a auditoria objetivou investigar se a SES/MG atua para garantir a articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção. Para tanto, buscou-se identificar as ações/medidas adotadas pela secretaria no processo de articulação.

Deficiências na articulação da atenção básica

5.30. O Decreto Estadual nº 45.812/ 2011 que dispõe sobre a organização da SES/MG estabelece duas superintendências para o trabalho articulado da gestão das ações de atenção

saúde: a Superintendência de Atenção Primária à Saúde - SAPS e a Superintendência de Redes de Atenção à Saúde - SRAS. Segundo informações prestadas pela SES/MG, a Atenção Primária à Saúde (APS) e as Redes eram diretorias dentro de uma Superintendência de Atenção à Saúde, e a razão da criação dessa nova estrutura foi a valorização da Atenção Básica como coordenadora do cuidado e o destaque na estrutura organizacional e no orçamento para as ações de fortalecimento da Atenção Básica.

5.31. Em resposta aos questionamentos feitos por este Tribunal quanto a medidas que tem adotado no processo de articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, a SES/MG informou que fez uma opção estratégica pela estruturação do sistema de saúde no estado de Minas Gerais por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

5.32. As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e cuidados paliativos).[4]

5.33. Observou-se a existência de diversas resoluções e deliberações que tratam das Redes e Programas Prioritários e estabelecem relações entre a Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde no estado de Minas Gerais. Verificou-se também que a SES/MG tem promovido articulações para a implementação e o aperfeiçoamento das redes de atenção.

5.34. Conforme respostas apresentadas pelos gestores municipais no questionário eletrônico, a grande maioria (97,12%) afirmou que a Secretaria Municipal de Saúde participa de reuniões técnicas (com Estado, municípios, conselhos, regionais) com a finalidade de articular a Atenção Básica com os demais níveis de atenção; 99,36% dos gestores informaram que nos últimos 3 anos, a Secretaria Municipal de Saúde participou de alguma reunião na Comissão Intergestores Regional (CIR) para discutir a organização de Redes de Atenção à Saúde.

5.35. Quando questionados sobre a periodicidade com que a Secretaria Municipal de Saúde participa de reuniões de articulação, 89,22% dos gestores responderam mensalmente.

5.36. Em que pese o esforço empreendido pela SES/MG para a articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção, verificou-se a existência de deficiências. A SES/MG reconhece que estruturar as RAS é uma tarefa complexa e demorada. Exige o envolvimento e a integração de todos os entes públicos e privados envolvidos na saúde pública.

5.37. Nesse sentido, destaca-se trecho da publicação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS, de que não se deve esperar que um dos processos mais complexos na construção de um sistema de saúde, que é a articulação dos pontos de atenção em rede, seja solucionado rapidamente.

---

[4] Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Plano%20estadual%20de%20saude_210213_BX.pdf. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

CAUSAS

Deficiências para a celebração e cumprimento de pactuações

5.38. O Sistema Estadual de Regulação Assistencial, em cogestão com os municípios, pauta-se no objetivo de garantir à população o acesso oportuno aos serviços de saúde, promovendo a melhor resposta possível às suas necessidades. Para isso, conta com a pactuação entre gestores municipais (PPI) que definem as programações assistenciais, nas quais são estabelecidos quantos e a quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o Plano Diretor de Regionalização e as redes assistenciais implantadas em cada região[5].

5.39. Segundo informações integrantes do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, o Governo de Minas reconhece que embora nos últimos anos tenham sido alcançados resultados satisfatórios na regulação da assistência, existem vários desafios que precisam ser superados, tais como:

• Ampliação das possibilidades de acesso à assistência hospitalar através dos Complexos Reguladores;

• Apoio técnico às repactuações da PPI intermunicipais;

• Promoção da integração entre todos os entes municipais no Sistema Estadual de Regulação;

• Subsídios para estruturação, efetivação e revisão das redes assistenciais de saúde e demais instrumentos de planejamento no estado de Minas Gerais.

5.40. Cumpre esclarecer que em resposta ao questionário eletrônico, 86,62% dos gestores responderam que as UBS do seu município estão orientadas a realizar o encaminhamento de pacientes mediante sistema de regulação. Sobre a responsabilidade por tal sistema de regulação (com possibilidade de marcação de mais de uma resposta), 24,07% responderam que é o Estado; 57,04% o próprio município; 50,37% compartilham entre o Município e estado; 37,04% as regionais de saúde e 31,48% consórcios ou instrumentos afins.

5.41. A maioria dos gestores (84,23%) respondeu que o seu município celebrou acordos de colaboração em que tenham sido definidas responsabilidades e ações de saúde com outro(s) município(s) e/ou com seu estado. Dos 15,77% que afirmaram não ter celebrado acordo, quando questionados sobre quais seriam os principais motivos para a não celebração, assim responderam: 50,00% alegaram falta de recursos do município para assumir responsabilidades em relação a outros municípios participantes das RAS; 43,48% ausência de articulação regional entre municípios; 34,78% ausência de atuação da Secretaria Estadual de Saúde; 34,78% dificuldades na sistemática de financiamento; 30,47% alegaram ter infraestrutura inadequada para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde.

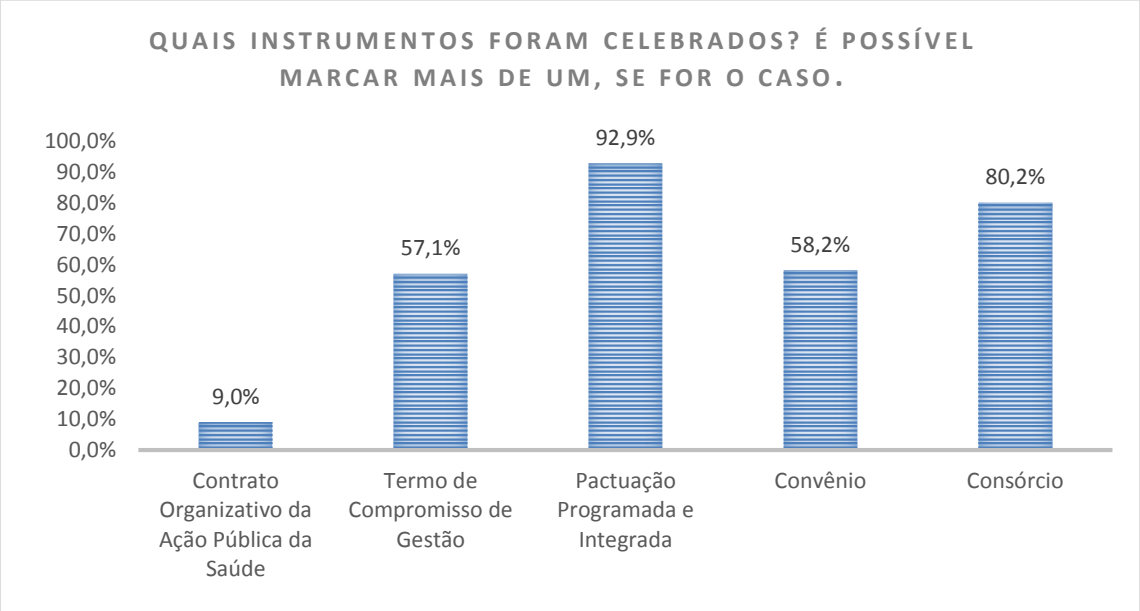
5.42. Os percentuais relativos aos instrumentos celebrados estão demonstrados no gráfico 5.

---

[5] Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Plano%20estadual%20de%20saude_210213_BX.pdf. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Gráfico 5: Instrumentos celebrados



Fonte: dados coletados no questionário eletrônico aplicado aos gestores
Elaboração: TCU/TCEMG

5.43. Cabe destacar, dentre as informações prestadas pelos gestores no questionário eletrônico, a fragilidade das pactuações realizadas pelos municípios, em especial a Programação Pactuada e Integrada - PPI, conforme transcrição a seguir:

> *"(...)gostaria de aproveitar o momento para enfatizar que os procedimentos da PPI não condizem com a real necessidade da população (...)."*
>
> *"Entendemos como dois os maiores problemas na gestão da Atenção Básica: instabilidade de vínculo de médicos e, problemas para encaminhar pacientes (consultas e exames especializados) pela carência de prestadores de serviços pelo SUS e cota (PPI) insuficiente para a demanda."*
>
> *"Estamos enfrentando problemas com a marcação de consultas especializadas através da PPI, uma vez que os municípios pactuados não estão ofertando ou ofertando de maneira insipiente as consultas e exames especializados. (....)"*
>
> *"(....) fazemos nossa parte na atenção básica mas a média e alta complexidade deixam muito a desejar. Os Municípios pólos se comprometem mais não cumprem sua parte."*
>
> *"(...) No que tange a atenção secundária necessitamos rever cotas da PPI, cotas de exames como ressonância que hoje é utilizado para fins diagnósticos e alguns municípios tem 1 cota ao mês, tendo que pagar as demais sem ter repasse financeiro suficiente (....)."*

5.44. Conforme demonstrado, as respostas apresentadas ao questionário eletrônico indicam deficiências nas pactuações realizadas, especialmente mediante PPI, bem como a não

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

celebração de pactuações por alguns municípios por questões relacionadas à falta de recursos para assumir responsabilidades em relação a outros municípios; ausência de articulação regional; ausência de atuação da SES/MG; dificuldades na sistemática de financiamento e de falta de infraestrutura adequada para o funcionamento das RAS.

5.45. Entende-se que a causa dessas deficiências é falta de apoio da SES/MG, tanto para a organização de fluxos, quanto para a resolução de questões que impedem a celebração e cumprimento dos acordos pelos municípios.

5.46. Além disso, cumpre destacar que as entrevistas com gestores e profissionais das UBS confirmam a dificuldade de acesso da população aos demais níveis de atenção. Nesse sentido, destacam-se os seguintes comentários dos entrevistados sobre as principais dificuldades encontradas no referenciamento dos pacientes:

> *"Os municípios fazem o papel deles, o gargalo está nos demais níveis (....). Problemas de leito (...)"*
>
> *"O nosso problema aqui grande é também a média complexidade que também não é resolutiva. (...). Questões de cotas, alto fluxo, equipamentos quebrados. O município paga pelos exames e muitas vezes não recebe."*
>
> *"Falta de vagas no SUS. No caso de exames, ocorrem casos de equipamentos quebrados e há demora no atendimento."*

5.47. Conclui-se que as deficiências encontradas restringem o acesso da população a outros níveis de atenção (média e alta complexidade). Conforme mencionado, a situação encontrada revela a necessidade de maior apoio da SES/MG com relação às pactuações.

5.48. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde foi tratado no art. 33 do Decreto 7.508/11, o qual estabelece que esse acordo deverá ser firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP. Com relação a esse instrumento, cabem seguintes esclarecimentos:

- Segundo publicação do Ministério da Saúde - MS[6], o Decreto nº 7.508/2011 passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS.

- Dentre esses novos elementos, tem-se o COAP com a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos.

[6] Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA – SGEP. COMITÊ GESTOR DO DECRETO 7508 – GE COAP. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.49. Cumpre informar que o Plano Estadual de Saúde estabeleceu como uma de suas metas "Implantar os Contratos Organizativos de Ações Públicas de Saúde em 100% das regiões do estado, à partir de 2013", todavia, verificou-se que o Governo de Minas Gerais não aderiu ao COAP, sem que tenham sido apresentadas as justificativas pertinentes.

5.50. Quando oficiada a prestar informações sobre a situação em relação ao COAP, tais como celebração de contratos, responsabilidades pactuadas e estágio de implementação das ações, a SES/MG apresentou cópia dos seguintes documentos, dentre outros:

- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.080, de 20 de março de 2012 que aprova as normas gerais do funcionamento do Grupo Condutor do processo de implantação do Decreto 7.508/2011;

- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.220, de 21 de agosto 2012 que dispõe sobre as diretrizes gerais para o processo de implantação dos Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde em Minas Gerais.

5.51. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.220/2012 estabelece três momentos a serem contemplados pelo Grupo Condutor do Decreto nº 7.508/2011, quais sejam: I - alinhamentos gerais em nível estadual; II - alinhamentos com as representações regionais; e III - operacionalização.

5.52. De acordo com o art. 3º, os alinhamentos gerais em nível estadual se desdobrariam em diversas ações que deveriam ocorrer até novembro de 2012. As ações relativas aos alinhamentos com os representantes regionais e seus respectivos prazos, que deveriam ser implementadas de agosto de 2012 a março de 2013, estão discriminadas no art. 4º. A operacionalização do processo de assinatura do COAP se daria a partir do ano de 2013, conforme estabelece o art. 5º.

5.53. Não foi informado pela SES/MG o estágio de implementação dessas ações, bem como as razões para a não adesão ao COAP até o momento. De todo modo, entende-se que a SES/MG deve incrementar o apoio aos municípios, de forma a solucionar questões que impedem a celebração e o cumprimento dos acordos realizados, para que os usuários possam ter atendimento com rapidez e qualidade em todos os níveis de atenção.

Deficiências no acesso às informações dos atendimentos realizados em outros pontos de atenção

5.54. O processo de construção da regionalização e da hierarquização da saúde estabelece a necessidade de se criarem mecanismos que garantam a articulação entre os serviços de saúde, visando estabelecer nele um fluxo de usuários, num processo denominado de referência e de contrarreferência.

5.55. Estudo da Unifenas[7] concluiu que a quase totalidade dos usuários atendidos nas unidades de especialidades não foi contrarreferenciada às unidades de origem, apesar de a

[7] Avaliação da Implantação da Referência e Contra-referência de Consultas Especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas-MG. Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas. Alfenas - MG. Disponível em

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

grande maioria dos depoimentos dos profissionais médicos ter evidenciado uma preocupação em se ter um mecanismo que garanta a referência e a contrarreferência de forma eficiente.

5.56. Em resposta ao questionário eletrônico 44,9% dos gestores responderam que após o encaminhamento do paciente da Atenção Básica para outros níveis de atenção à saúde (média e alta complexidade), há registro de contrarreferência e 55,10% responderam não haver esse registro.

5.57. Quando questionados sobre quais seriam os principais motivos para não existir registro de contrarreferência foram obtidas as seguintes respostas: ausência de fluxos de referência e contrarreferência (67,08%); falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de saúde de referência (52,80%); falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações (46,58%); falta de conhecimento/capacitação dos profissionais que atuam nas centrais de regulação (37,89%); desconhecimento da sistemática de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (26,71%). Dentre outros motivos foi mencionada também a falta do envolvimento dos profissionais médicos de fazerem a referência e contrarreferência dos pacientes.

5.58. Conforme demonstrado, obteve-se um percentual elevado de gestores que informaram haver registro de contrarreferência, contudo nas entrevistas realizadas pela equipe do TCEMG foi constatado que há deficiência no acesso às informações dos atendimentos realizados em outros pontos de atenção. Entende-se que uma das causas dessa deficiência é a inexistência de sistema formal de referência e contrarreferência.

5.59. Verificou-se, na maioria dos municípios visitados, que os contatos entre profissionais da Atenção básica e os especialistas muitas vezes são realizados via telefone, ou é o próprio paciente que traz as informações após a consulta com o especialista. Médicos e enfermeiros ao apresentarem sugestões para reduzir os problemas no acompanhamento dos pacientes referenciados mencionaram:

> *"Que houvesse um fluxo bem estabelecido e bem organizado para obrigatoriedade da contrarreferência. As informações chegam via paciente que não sabem informar os detalhes necessários para o seu acompanhamento."*
>
> *"Que se estabeleça um vínculo na contrarreferência. Que exista a contrarreferência pelo telefone, internet, e-mail para facilitar essa comunicação."*
>
> *"Não há acompanhamento por profissional da UBS. O referenciamento é feito no próprio formulário e não existe contrarreferência formal na cidade. Os pacientes se perdem na rede, não temos absolutamente nenhum controle sobre isso."*

5.60. Sobre a ausência de fluxos de referência e contrarreferência e a falta de infraestrutura de TI para recebimento dos prontuários/informações, vale mencionar que os resultados do

---

http://tede.unifenas.br/tde_arquivos/2/TDE-2010-10-09T064711Z-30/Publico/LudimilaBarbosabandeiraRodrigues-dissert-completa.pdf. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

estudo realizado com o objetivo de avaliar a implantação de um mecanismo formal da referência e contrarreferencia em Alfenas/MG indicaram que a maioria dos profissionais médicos concorda com a necessidade de sua implantação por meio de um sistema informatizado para a socialização das informações sobre o atendimento prestado ao usuário nos diferentes pontos de atenção e para agilizar o fluxo e contrafluxo do usuário na rede de atenção à saúde.

5.61. Corroborando com o mesmo entendimento, alguns profissionais das UBS sugeriram, nas entrevistas realizadas, que para reduzir os problemas no acompanhamento dos pacientes referenciados seria importante a implantação de prontuários eletrônicos e sistemas de TI.

5.62. Entende-se que a deficiência no acesso às informações dos atendimentos realizados em outros pontos de atenção também está relacionada à falta de capacitação/esclarecimento dos especialistas com relação à importância da contrarreferência. Verificou-se que, na maioria das vezes, os especialistas não registram as informações referentes aos pacientes para o acompanhamento dos profissionais da Atenção Básica.

5.63. As respostas obtidas nas entrevistas confirmam que os médicos, na maioria das vezes, não encaminham a contrarreferência. Sobre dificuldades no acompanhamento dos pacientes referenciados os profissionais entrevistados destacaram:

> *"Existe dificuldade de comunicação, não retornam o Histórico clínico, os exames realizados, a conduta (cirurgia e encaminhamentos)"*
>
> *"A ausência de contrarreferência. Há pacientes com nível cultural baixo que não sabem dar informações que permitam o acompanhamento. Não há contrarreferência das internações. (...)"*

5.64. Alguns profissionais sugeriram que para reduzir os problemas no acompanhamento dos pacientes referenciados deveria haver uma melhor comunicação entre os especialistas e os profissionais da Atenção Básica.

5.65. Segundo informações prestadas pela SES/MG, os especialistas possuem a cultura de "prender" os usuários e não encaminhá-los à APS, por acreditarem que a mesma não será apta a garantir a continuidade do cuidado.

5.66. Sobre o retorno dos pacientes à UBS para a continuidade do tratamento, após consulta com especialista, foram obtidos os seguintes dados nas entrevistas realizadas: 48,65% dos usuários afirmaram que depois da consulta foi encaminhado novamente ao médico da UBS pelo especialista e 40,54% informaram não terem sido encaminhados ao médico da UBS. Os 10,81% restantes não souberam ou não quiseram responder.

5.67. A SES/MG reconhece que a população ainda está culturalmente voltada para serviços de maior complexidade (especialistas e hospitais), o que aumenta a pressão sobre esses serviços, dificultando a contrarreferência.

5.68. Verifica-se que é grande o percentual (40,54%) de usuários que não foram encaminhados para fazer o acompanhamento na UBS. Nas entrevistas realizadas, os

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

profissionais das UBS ressaltaram que as dificuldades encontradas no acompanhamento dos pacientes referenciados podem trazer como efeito o prejuízo para a continuidade do tratamento.

5.69. Cabe destacar a fala de um profissional da UBS no sentido de que, deve-se cobrar dos profissionais a contrarreferência, mas também o próprio clínico tem que ter a consciência de que precisa acompanhar o paciente, mesmo depois que encaminhou ele para outro nível.

5.70. De acordo com o mencionado estudo apresentado à Unifenas, a necessidade de incentivar a contrarreferência dos médicos especialistas para a Atenção Primária e a criação de mecanismos mais efetivos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção do sistema estão entre as principais sugestões referidas pelos médicos entrevistados.

5.71. Por todo o exposto conclui-se que os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção não estão sendo organizados pela Atenção Básica. Além disso, exames são realizados mais de uma vez em um curto período, sem necessidade, onerando o Estado, conforme o seguinte relato:

> *"Não há retorno dos exames e laudos, isso onera porque são pedidos novos exames. Não há retorno dos dados após a internação."*

5.72. O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 destaca que a falta do registro eletrônico dos pacientes gera retrabalho e custos altos ao sistema, uma vez que se fazem comuns consultas, exames e informações em duplicidade.

5.73. Portanto, a SES/MG precisa viabilizar a implantação de prontuários clínicos eletrônicos para que haja o compartilhamento de informações nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da Atenção Básica e os especialistas. Além disso, a SES/MG deve promover/reforçar a aproximação entre os profissionais da Atenção Básica e dos demais níveis de atenção mediante a realização de cursos de capacitação, com o objetivo de promover o compartilhamento de conhecimento e troca de experiências.

EFEITOS

Demora na realização de exames e no atendimento de pacientes encaminhados para consultas especializadas

5.74. Segundo estudo da Unimontes[8], o usuário do SUS depara-se com dificuldade de acesso aos serviços de referência para a realização de consultas e exames. Essa dificuldade de acesso aos serviços gera uma demora na assistência à saúde, fato que pode comprometer o diagnóstico das doenças sob suspeita, contrariando o modelo de vigilância em saúde. Ademais, a falta de acesso aos serviços de média e alta complexidade compromete a integralidade da atenção. Portanto, pode-se considerar que um dos problemas enfrentados na efetivação de assistência à saúde com qualidade configura-se na quebra da integralidade entre os níveis de assistência à saúde.

[8] Referência e Contrarreferência na Saúde da Família: Percepção dos Profissionais de Saúde – Estudo apresentado à Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes - Simone de Melo Costa, Atília Ferreira, Larissa Rodrigues Xavier, Patrícia Nunis de Souza Guerra, Carlos Alberto Quintão Rodrigues. Disponível em aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/1888/746. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.75. Nas entrevistas realizadas durante os trabalhos de campo, a demora no atendimento também foi ressaltada dentre as principais dificuldades encontradas por gestores e profissionais das UBS no referenciamento de pacientes. A necessidade de disponibilização de um maior número de consultas especializadas foi apontada como forma de reduzir os problemas no acompanhamento dos pacientes referenciados.

5.76. Quando questionados sobre o tempo que teve de esperar para receber resultados de exames, 23,81% dos usuários das UBS informaram que aguardaram mais de 2 meses; 20,63% aguardaram de 1 a 2 meses; 9,52% de 3 a 4 semanas; 23,81% de 1 a 2 semanas e 22,22 aguardaram até uma semana.

5.77. Os usuários que afirmaram terem sido encaminhados por algum profissional da UBS para atendimento com especialista assim responderam sobre o tempo de espera: 27,27% afirmaram que tiveram que aguardar mais de 2 meses; 20,45% de 1 a 2 meses; 2,27% de 3 a 4 semanas; 18,18% de 1 a 2 semanas e 31,82% disseram ter aguardado até uma semana para ser atendido pelo especialista.

5.78. Entende-se que é alto o percentual de pacientes que aguardaram mais de um mês para receber o resultado dos exames (44,44%), bem como dos que esperaram mais de um mês para conseguir consultar com um especialista (47,72%).

5.79. Quando questionados sobre o que poderia ser feito para melhorar o atendimento na UBS alguns usuários destacaram a necessidade de melhoria quando se faz necessária a realização de exames e consultas especializadas, tendo em vista o tempo de espera. Assim, os dados obtidos indicam haver restrição do acesso da população a outros níveis de atenção.

5.80. A oferta de serviços de média e de alta complexidade incompatível com as necessidades da população pode ser uma das causas da demora no atendimento dos usuários. Tem-se como efeito dessa demora o agravamento no estado de saúde dos pacientes, uma vez que o atraso no atendimento pode comprometer o diagnóstico de doenças.

5.81. Ademais, a não resolubilidade da Atenção Básica leva à sobrecarga nos níveis de atendimento secundário e terciário, trazendo prejuízo à continuidade do cuidado dos pacientes, o que enfraquece o papel da Atenção Básica como coordenadora do cuidado à saúde.

Pacientes encaminhados sem necessidade para outros níveis de atenção

5.82. De acordo com a publicação do CONASS[9], nos últimos anos, acumularam-se evidências de que um sistema de saúde baseado na Atenção Primária alcança melhores resultados à saúde das populações.

[9] Atenção Primária e Promoção da Saúde – Volume 8 – Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS . Brasília, 2007 – 1ª edição. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.83. As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida; e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

5.84. Por ser a porta de entrada, é fundamental que a Atenção Básica funcione adequadamente para que todo o sistema possa ser eficiente. Porém, nem tudo se resolve na Atenção Primária e é imperativo organizar uma rede assistencial envolvendo outros níveis de atenção com regulação igualmente rigorosa.

5.85. Quando questionada sobre as dificuldades percebidas no funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência a SES/MG destacou, dentre outras questões, que a *APS tem dificuldade de assumir seu papel na RAS.* Destacou ainda que *a APS não faz estratificação de risco de maneira adequada, por isso encaminha usuários que não necessitam aos serviços de maior complexidade, aumentando as filas de espera e dificultando a função de referência.*

5.86. Segundo a SES/MG, *as Linhas-guias não estão plenamente implantadas nos municípios e nas regiões de saúde, o que dificulta a programação assistencial e a pactuação de fluxos.*

5.87. De acordo com as informações apresentadas, as Linhas-Guias de Atenção à Saúde da SES/MG estabelecem critérios de estratificação de risco para as condições crônicas mais prevalentes e orientam a ordenação do fluxo do cuidado estabelecendo a competência de cada ponto de atenção, segundo o risco do cidadão.

5.88. Afirma a SES/MG que, para estruturar os fluxos assistenciais dentro da RAS o principal elemento é ter diretrizes clínicas que possibilitem estabelecer de maneira clara os papéis e funções dos pontos de atenção e serviços de saúde, segundo sua complexidade.

5.89. Nesse sentido, a secretaria informou que o Projeto "Facilitadores de Diretrizes Clínicas" busca apoiar os municípios na implantação desses instrumentos de normalização dos serviços de saúde (Linhas-Guias).

5.90. Cumpre esclarecer que a implantação do projeto "Facilitador de Diretrizes Clínicas" é uma estratégia de apoio à melhoria dos processos de trabalho das equipes de APS, com foco na implantação de Linhas-Guia e na adoção de estratégias de Gestão da Clínica. O Projeto tem levado capacitação aos gestores e profissionais dos municípios referentes aos processos de implantação das Linhas-guias da SES/MG. Trata-se de um projeto que integra o Plano de Ação apresentado pela SES/MG em face das recomendações constantes do Processo 862.615 - PSF. O projeto "Facilitador de Diretrizes Clínicas" teve início em abril de 2014 e previsão de término para dezembro de 2016.

5.91. Pelas informações apresentadas, a SES/MG reconhece que usuários são encaminhados aos serviços de maior complexidade, sem que haja necessidade. Entende-se que a deficiência na implantação de protocolos clínicos é a causa dessa deficiência, que tem como efeito a sobrecarga nos níveis de atendimento secundário e terciário, aumentando as filas de espera.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.92. Não resta dúvida de que a capacitação dos gestores e profissionais dos municípios para a implantação das Linhas-Guias é fundamental para a melhoria dos processos de trabalho na Atenção Básica, contudo a SES/MG precisa agilizar a instituição de mecanismos para que os pacientes sejam encaminhados para especialistas, ou tenham exames de alto custo solicitados somente quando for necessário.

Pacientes que procuram atendimento "rotineiro" em outros níveis de atenção

5.93. De acordo com a já mencionada publicação do CONASS, a utilização de um serviço de APS como o primeiro recurso de saúde por uma determinada população traz diversas vantagens, tais como: ocorre redução do número de hospitalizações; número de cirurgias; uso de especialistas em doenças; número de consultas para um mesmo problema; número de exames complementares. Além disso, é maior o número de ações preventivas; a adequação do cuidado; a qualidade do serviço prestado; a oportunidade da atenção (maior chance que ocorra no tempo certo). As equipes de saúde, especialistas em APS, lidam melhor com problemas de saúde em estágios iniciais, utilizando a adequada abordagem: ver, esperar e acompanhar, em contraposição aos especialistas em doenças que, acostumados a ver problemas em fases mais adiantadas, solicitam mais exames complementares e realizam mais procedimentos.

5.94. Também segundo a publicação, os serviços de emergência são ainda inadequadamente utilizados por grande parcela da população. Embora sejam as melhores portas de entrada na ocorrência de emergências, não contemplam a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações.

5.95. A SES/MG reconhece que a população ainda está culturalmente voltada para serviços de maior complexidade (especialistas e hospitais) e nas entrevistas realizadas com gestores e profissionais de saúde também ficou evidenciada essa deficiência. Nesse sentido, cabe destacar a fala de um médico entrevistado:

> *"Muitas vezes o paciente insiste em ser encaminhado para um especialista, então ele é encaminhado a pedido, mas na maioria das vezes ele é tratado aqui."*

5.96. Em entrevista, os usuários das UBS foram assim questionados: Na maioria das vezes, onde você procura atendimento primeiro quando está com algum problema de saúde? 71,62% dos que souberam responder disseram UBS, 14,86% procuram hospitais, 8,11% procuram as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 2,70% responderam procurar UBS/Hospital. Afirmaram procurar outros estabelecimentos de saúde (sem que soubessem especificar quais) 2,70% dos entrevistados.

5.97. Dos usuários que procuram atendimento nos hospitais 27,28% alegaram ser por causa do horário de funcionamento das UBS, 18,18% afirmaram ser pela falta de médico na UBS, e 18,18% afirmaram que o motivo seria o horário de funcionamento aliado à maior quantidade de recursos para o diagnóstico. Não souberam, não quiseram responder ou alegaram outros motivos 36,36%. Cabe ressaltar que todos os usuários que alegam procurar tanto as UBS quanto os hospitais afirmaram considerar o horário de funcionamento para a escolha.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.98. Os motivos alegados pelos usuários que procuram atendimento nas UPAS foram: 83,33% horário de funcionamento e 16,77% disseram ser por causa da ausência de especialistas nas UBS.

5.99. Entende-se que foi significativo o percentual de pacientes que informaram não procurar o primeiro atendimento nas UBS (28,38%).

5.100. A busca e a preferência dos usuários que demandam serviços de saúde geralmente são direcionadas para aquelas unidades com nível de maior complexidade. De acordo com pesquisa realizada em UPAs no município de Belo Horizonte[10], os serviços de urgência são utilizados devido à representação, para os usuários, dessas Unidades como locais para tratamento de doença física. A busca por esses serviços é decorrente da maior infraestrutura tecnológica, aliada à rapidez e à agilidade que possibilitam ao usuário maior resolutividade de seus problemas de saúde.

5.101. Na pesquisa foram apresentados depoimentos que reforçam esse entendimento:

> *"A UPA ela fica aberta 24 horas. Então paciente que vem e procura a UPA e não procura o Centro de Saúde, porque ele acha que na UPA vai ser resolvido o problema dele com mais rapidez."*
>
> *"Eles vêm para UPA por que acham que aqui o problema vai ser resolvido. Isso acaba sobrecarregando o serviço da Unidade e não indo para o centro de saúde que deveriam ir. Então, a gente atende uma demanda muito maior e a unidade vai ficar muito mais cheia ... porque, culturalmente, as pessoas acham que o problema delas vai ser resolvido na UPA, porque tem o raio X, o exame de sangue, o eletro... Então acaba que a unidade fica sempre superlotada e 60% dos atendimentos poderia ser resolvido no centro de saúde."* (Sic)

5.102. Além do fato de a população estar culturalmente voltada aos serviços de maior complexidade, as restrições quanto ao horário de atendimento nas UBS podem contribuir para que muitos usuários deixem de procurar atendimento nesses estabelecimentos de saúde.

5.103. Dessa forma, entende-se que a SES/MG deve promover ações no sentido de apoiar e incentivar os municípios para a adequação do horário de atendimento da UBS, de forma a atender as necessidades dos usuários e a não sobrecarregar os demais níveis de atenção. Entende-se ainda que a população necessita de maiores esclarecimentos sobre os propósitos da AB.

5.104. Nessa linha de entendimento, vale destacar os resultados da pesquisa realizada nas UPAs que indicaram que a desinformação, a falta de esclarecimento e orientação a respeito das especificidades de cada serviço apresenta-se como um "nó" para a organização da rede de atenção à saúde, conforme exemplificado no seguinte depoimento:

---

[10] ARTICULAÇÃO COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE GERENTES DE UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO - Trata-se de estudo de caso qualitativo que buscou analisar a visão de gerentes de Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) sobre a articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS). Foram sujeitos do estudo vinte e quatro gerentes de oito UPAs, no município de Belo Horizonte, Brasil. Disponível em http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a03v12esp_n4.pdf. Acesso em 15/01/2015.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

"Ainda falta dentro da rede, uma informação maior para os usuários, para que esses casos realmente que viessem para a UPA sejam aqueles casos que o Centro de Saúde não vai dar solução para ele lá."

RECOMENDAÇÕES

5.105. Em face das deficiências existentes na articulação da AB, recomenda-se à SES/MG:

- elaborar e implementar os fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência) da Atenção Básica com os demais níveis de atenção;
- realizar cursos de capacitação com o objetivo de promover a aproximação entre os profissionais da Atenção Básica e dos demais níveis de atenção, bem como de esclarecer os especialistas com relação à importância da contrarreferência;
- viabilizar a implantação de protocolos clínicos em consonância com as Linhas-Guia, a fim de reduzir os encaminhamentos para a média e a alta complexidade;
- realizar um diagnóstico, a fim de identificar e minimizar os principais fatores que estão prejudicando a integração e articulação da AB com os demais níveis de atenção, especialmente quanto à realização de exames e consultas especializadas;
- implementar as ações necessárias para adequar a oferta de serviços à necessidade da população;
- promover ações no sentido de apoiar e incentivar os municípios para a adequação do horário de atendimento da UBS, de forma a atender as necessidades dos usuários e a não sobrecarregar os demais níveis de atenção;
- realizar/reforçar a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, a fim de esclarecer a população sobre os propósitos da AB.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Redução de encaminhamento para média e alta complexidade.
- Melhoria da continuidade e da coordenação do cuidado pela Atenção Básica.
- Maior resolutividade pela Atenção Básica.

➢ O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

5.106. O direito à saúde se insere na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Trata-se de um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas conforme art. 196 da CR. *In verbis:*

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

> Art. 196. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e **o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação**". (grifos nossos)

5.107. Tal preceito é complementado pela lei 8.080/90, em seu artigo 2º, *"a saúde é* ***um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício****"*. (grifos nossos)

5.108. José Cretella Júnior[11] citando Zanobini asseverou que "nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento", e continua:

> Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político.

5.109. Entretanto, conforme afirma Leny[12]: *em que pese o mandamento Constitucional de caráter programático, o direito à saúde esbarra na escassez de recursos e na escolha de prioridades do administrador público.*

5.110. A Lei Federal n. 8.080/1990, que instituiu o SUS, estabeleceu no item II do art. 15, modelo de compartilhamento para a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde, entre as três esferas de gestão, a União, os Estados e os Municípios. Disciplinou, ainda, no art. 9º, que essa função deve ser exercida, em cada esfera de governo, por órgão específico que, no caso do Estado, é a Secretaria de Estado da Saúde.

5.111. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada pela Portaria 2488, de 21 de outubro de 2012, são responsabilidades comuns a todas as esferas do governo contribuir com o financiamento tripartite da atenção básica (PNAB 3.1, IV). *In verbis:*

> I - Contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;
> II - Apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde;
> III - Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
> **IV - Contribuir com o financiamento tripartite da atenção básica;** (grifo nosso).

5.112. A PNAB estabeleceu como competência da Secretaria de Estado da Saúde **"**destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica prevendo, entre

[11] CRETELLA, José. Comentários à Constituição de 1988, vol. III, pág.4331
[12] PEREIRA, Leny. Direito à saúde e o princípio da reserva do possível. Disponível em http:\\www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços", (PNAB, 3.3, II e IV), submetendo à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando à (ao):

> a) Aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;
> b) Comunicação ao Ministério da Saúde;
> c) Bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

5.113. A Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou o § 3º do art. 198 da CR, estabelecendo as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde e a base de cálculo da aplicação mínima pelos entes Federados: União, Estados e Municípios.

5.114. Sob esse referencial teórico e normativo, a auditoria objetivou investigar em que medida o estado de Minas Gerais têm contribuído para o financiamento tripartite da atenção básica.

5.115. Assim, por meio de resposta ao ofício nº 67.12.2014/CAOP de 18/08/2014, encaminhado à SES/MG, obteve-se os dados do cofinanciamento da atenção básica, transferência de recursos financeiros da saúde aos municípios da amostra.

5.116. Cotejando e complementando os dados encaminhados pela SES/MG, foram levantadas informações municipais no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), no Sistema de Informações Gerenciais e de Planejamento de Minas Gerais (SigPlan), no Sistema Informatizado de Apoio ao Controle Externo do TCEMG (Siace), nas Pesquisas por Amostra de Domicílios de Minas Gerais da Fundação João Pinheiro (PAD/MG/2011 e 2013), e no Índice de Desempenho da Atenção Básica do SUS (IDAtB).

5.117. A análise dos resultados obtidos apresentada a seguir, confrontada com respostas dos gestores municipais e regionais ao questionário eletrônico, além de inspeções *in loco* nos municípios da amostra, revelou problemas que comprometem uma efetividade da atuação da Atenção Básica nos Municípios mineiros.

Baixo percentual aplicado pelo Estado em atenção básica

5.118. A PNAB prevê que o financiamento da atenção básica deve ser tripartite, todavia não há normativos que estabeleçam o percentual de participação de cada ente federado. O Estado não tem priorizado a Atenção Básica deixando os municípios encarregados de complementar financeiramente os recursos necessários.

5.119. Por seu turno, a Resolução SES nº 3.688, consolida no âmbito do Programa Estruturador Saúde em Casa, o rol de ações de atenção primária no SUS em Minas Gerais. O Programa Saúde em Casa tem por objetivo constituir um conjunto de ações sistemáticas direcionadas à universalização da oferta e ampliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde, por intermédio de ações com foco em infraestrutura, equipamentos e processo de trabalho.

5.120. Analisando os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para o estado de Minas Gerais apresentados na tabela 4, verifica-se que o Estado aplicou

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

16% em 2012 e 20% em 2013 dos recursos totais da saúde em atenção básica. Os maiores gastos foram em Assistência Hospitalar e Ambulatorial, 37% em 2012 e 56% em 2013, gráficos 6 e 7.

Tabela 4: Gasto do Estado em Saúde por Subfunção, Minas Gerais - 2012 e 2013

Subfunção	Despesa Saúde - exercício de 2012	Despesa Saúde - exercício de 2013
Atenção Básica	R$ 787.567.712,74	R$ 759.839.960,71
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R$ 1.884.109.753,39	R$ 2.092.626.023,85
Suporte Profilático e Terapêutico	R$ 712.735.599,26	R$ 506.192.125,56
Vigilância Sanitária	R$ 13.845.333,82	R$ 20.398.478,37
Vigilância Epidemiológica	R$ 50.881.393,65	R$ 78.924.034,10
Alimentação e Nutrição	R$ 2.933.559,90	R$ 3.372.225,13
Outras Subfunções	R$ 1.601.925.197,17	R$ 260.986.169,61
Total	**R$ 5.053.998.549,93**	**R$ 3.722.339.017,33**

Fonte: sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops)
Elaboração: TCEMG

Gráfico 6: Gasto em Saúde por Subfunção - Minas Gerais, 2012

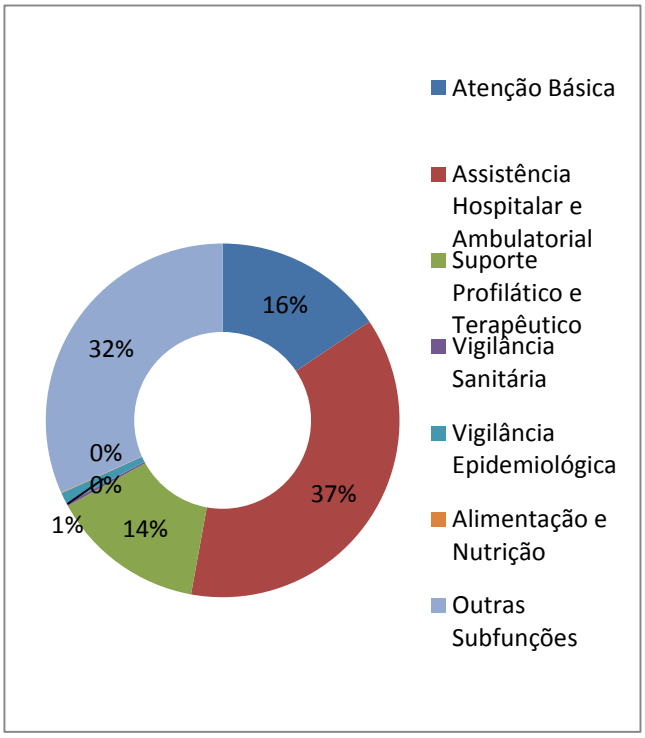
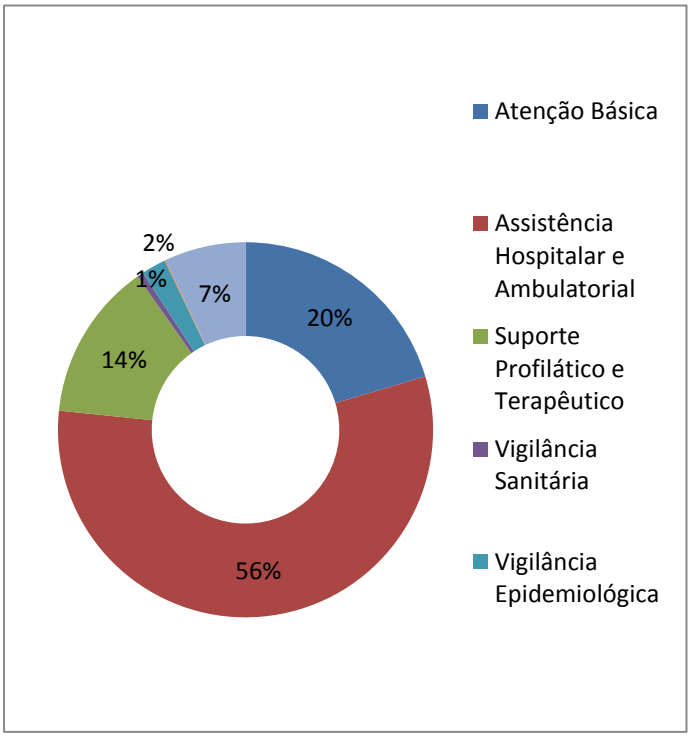


Gráfico 7: Gasto em Saúde por Subfunção - Minas Gerais, 2013



Fonte: sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops)
Elaboração: TCEMG

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.121. No mesmo sentido, verificou-se que os municípios mineiros da amostra com aplicação estadual menor que 3(três) reais por habitante/ano tem seus IDAtB abaixo de 3,99. Os dados levam a considerar por uma relação direta entre qualidade e recursos aplicados na atenção básica, mas dúvidas de qual seria o valor ótimo de aplicação. Como apresentado na tabela 5 percebe-se que a qualidade da AB medida pelo IDAtB está diretamente relacionada com os volumes de recursos aplicados.

5.122. Entretanto, o município de São Sebastião do Maranhão não preserva a regra de baixo financiamento - baixa qualidade, apesar de contar com uma aplicação estadual de 7,86 reais (maior que os 3 reais) por habitante/ano tem o indicador de AB (IDAtB) abaixo de 5, devendo ser considerada um acompanhamento mais sistemático da gestão municipal pelo estado. Outro município que precisa de monitoramento sistemático da gestão em saúde pela Secretaria de Estado é Januária, uma vez que a aplicação total do município em AB corresponde a menos de 20 reais por habitante/ano, conforme Tabela 5. Nesse sentido, recomenda-se a SES/MG que verifique qual o valor mínimo de repasse estadual aos municípios, no Programa Saúde em Casa, para uma Atenção Básica de qualidade.

Tabela 5: Relação da Aplicação Estadual e Municipal em Atenção Básica em 2013 nos municípios da amostra

Município	População (habitantes)	Financiamento estadual – Programa Saúde em Casa (reais)	Financiamento Estadual per capta 2013 (reais)	IDAtB	Aplicação municipal em Atenção Básica (reais)	Aplicação percapta de recursos municipais (reais)
Botelhos	15.326	23.280,00	1,52	3,55	2.392.299,63	156,09
Bandeira do Sul	5.603	10.200,00	1,82	1,18	1.912.749,00	341,38
Januária	67.875	158.383,33	2,33	3,73	1.356.847,18	19,99
Muzambinho	21.007	64.293,33	3,06	3,83	3.261.711,75	155,27
Teófilo Otoni	140.067	466.518,13	3,33	4,96	4.963.889,08	35,44
Luz	18.168	70.300,00	3,87	9,18	2.799.608,66	154,10
Alpinópolis	19.391	91.630,00	4,73	9,92	599.997,71	30,94
Cascalho Rico	2.999	17.040,00	5,68	9,92	1.174.054,11	391,48
São Sebastião do Maranhão	10.740	84.370,00	7,86	3,96	1.015.560,98	94,56
Desterro do Melo	3.060	27.240,00	8,90	9,76	1.333.623,56	435,82
Ibertioga	5.129	47.546,25	9,27	9,45	2.620.046,91	510,83
São João da Ponte	25.961	249.719,38	9,62	9,51	1.818.554,19	70,05

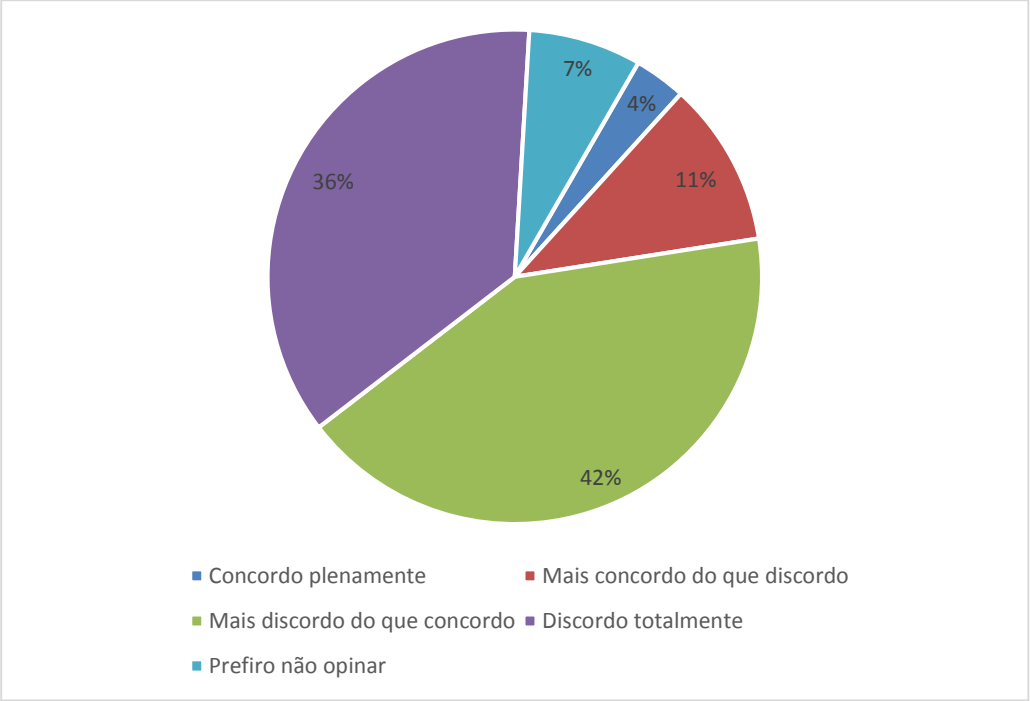
Fonte: População (Pesquisa por amostra de domicílios de Minas Gerais-PAD/MG), Financiamento Programa Saúde em Casa (SES/MG), IDAtB (SUS), Aplicação Municipal AB (Siace/TCEMG)
Elaboração: TCEMG.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

5.123. Corroborando com os dados apresentados, em visita *in loco* aos municípios de Januária e São Sebastião do Maranhão identificou-se que descontinuidade de gestão e inexistência de planejamento na saúde tem comprometido a qualidade da atenção básica.

5.124. No mesmo sentido, a percepção de que os recursos repassados para atenção básica pela SES/MG são insuficientes foi manifestado pelos gestores municipais. Em resposta ao questionário eletrônico, 78% dos gestores municipais disseram não concordar com o volume de recursos transferidos pelo Estado para o município para aplicação na atenção básica, conforme mostra o gráfico 8.

Gráfico 8: Concordância dos gestores municipais com recursos transferidos pelo estado ao município para aplicação em Atenção Básica



Fonte: dados coletados no questionário eletrônico aplicado aos gestores
Elaboração: TCEMG

5.125. Pode-se atribuir como causa da insatisfação do gestor municipal com a falta de um diagnóstico realizado pelo Estado apontando as reais necessidades de financiamento dos municípios na atenção básica, comprometendo a qualidade dos serviços prestados pelas UBSs e trazendo a uma baixa resolutividade da atenção básica. Pelo que recomenda-se à SES/MG realizar um diagnóstico que aponte as reais necessidades de financiamento da atenção básica dos municípios.

Distribuição não equitativa dos recursos da saúde

5.126. A Constituição Federal, em seus art. 3º e 198 e o art.19 da lei complementar 141/12 estabelece, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais, *in verbis*:

> O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o **critério de necessidades de saúde da**

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

> **população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde**, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal. (grifo nosso)

5.127. A partir da análise da despesa realizada pelo Estado no Programa Saúde em Casa por Região de Planejamento percebeu-se distribuição não equitativa dos recursos para atenção básica.

5.128. Considerando-se a população do Estado por região de planejamento conforme dados da Pesquisa de Amostra de Domicílios (PAD-MG) e dados do SigPlan do exercício de 2013 elaborou-se a tabela 6 na qual apresenta-se a despesa realizada no Programa Saúde em Casa, o gasto per capta em atenção básica, a despesa saúde e o gasto per capta em saúde.

5.129. Verificou-se que os maiores gastos per capita em atenção básica foram realizados no Triângulo Mineiro (R$ 58,59), no Norte de Minas (R$16,10) e na Zona da Mata (R$ 13,62), os menores foram realizados nas regiões do Alto Paranaíba (R$6,86), Sul de Minas (R$ 8,01), Rio Doce (R$ 8,74) e Noroeste (R$8,91), conforme tabela 6.

5.130. Analisou-se o percentual de gasto per capta em atenção básica por região de planejamento, conforme gráfico 9. Verificou-se que somados os percentuais dos gastos nas regiões mais carentes do estado: Norte de Minas com 10%, Jequitinhonha/Mucuri com 9%, Noroeste de Minas com 6% e Rio Doce com 6%, tem-se 31%, o que é menor que o gasto de apenas uma região, o Triângulo Mineiro, com 38% do gasto estadual em atenção básica.

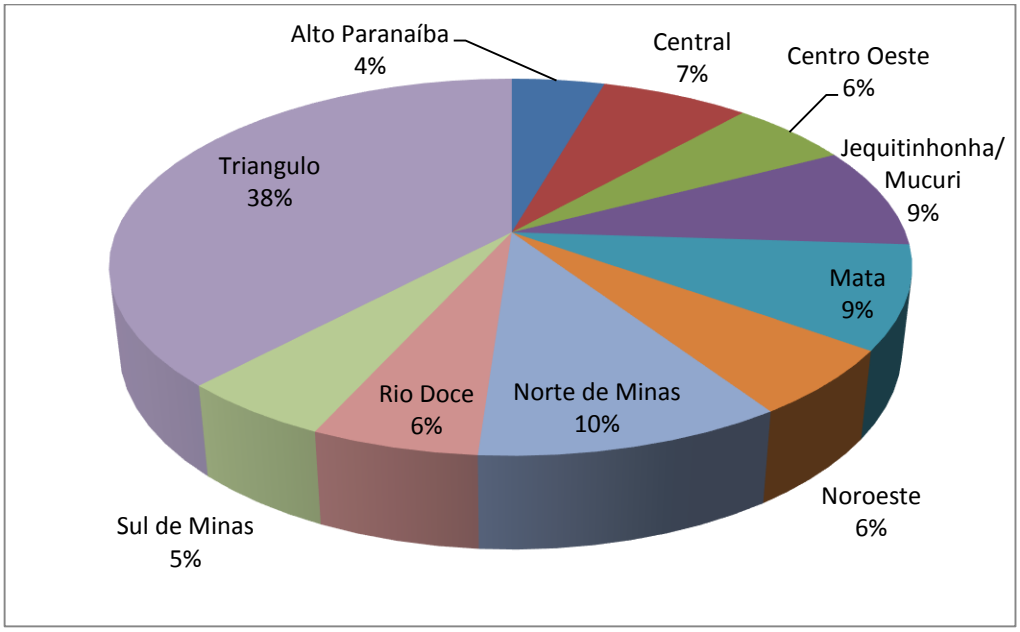
Tabela 6: População, Despesa realizada Saúde em Casa, Gasto per capta em atenção básica, Despesa Saúde, Gasto per capta saúde por Região de Planejamento - Minas Gerais, 2013

Região de Planejamento	População (A) Hab.	Despesa Realizada Programa Saúde em Casa (B) R$	Gasto per capita Saúde em Casa (B/A) %	Despesa Saúde (C) R$	Gasto per capita Saúde (C/A) %
Alto Paranaíba	667.000	4.575.531,59	6,86	103.458.216,59	155,11
Central	6.589.000	72.209.957,33	10,96	1.806.554.190,53	274,18
Centro Oeste	1.131.000	10.118.551,16	8,95	199.561.747,42	176,45
Jequitinhonha/Mucuri	1.010.000	13.499.122,26	13,37	296.580.666,39	293,64
Mata	2.213.000	30.147.104,19	13,62	468.852.031,11	211,86
Noroeste	389.000	3.466.274,26	8,91	30.123.759,72	77,44
Norte de Minas	1.762.000	28.370.125,58	16,10	336.643.883,14	191,06
Rio Doce	1.642.000	14.344.528,10	8,74	217.604.897,88	132,52
Sul de Minas	2.722.000	21.799.911,28	8,01	504.650.220,82	185,40
Triangulo	1.469.000	86.063.033,44	58,59	216.055.488,23	147,08
Total	19.594.000				

Fonte: SigPlan (despesas realizadas); Pesquisa por amostra de domicílios de Minas Gerais - PAD/MG (população)
Elaboração: TCEMG

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Gráfico 9: Gasto per capita em Atenção Básica por região de planejamento – Minas Gerais 2013



Fonte: SigPlan (despesas realizadas); Pesquisa por amostra de domicílios de Minas Gerais - PAD/MG (população**)**
Elaboração: TCEMG

5.131. Destaca-se que segundo dados do PAD-MG/**2011** da FJP na região Noroeste de Minas foi detectada a maior proporção de pessoas avaliando a saúde como ruim ou muito ruim e foi também, a que apresentou a maior proporção de pessoas com duas ou mais doenças crônicas. Já com relação aos dados do PAD-MG/**2013** nas regiões de planejamento do Jequitinhonha e do Rio Doce foram encontrados os maiores percentuais de pessoas avaliando a saúde como ruim ou muito ruim.

5.132. Segundo o PAD-MG/2013 (pag.34)[13] a autoavaliação do estado de saúde é um preditor para morbimortalidade e uma medida muito utilizada em inquéritos populacionais por sua fácil aplicabilidade e alta confiabilidade.

É uma medida subjetiva, que retrata a percepção do indivíduo sobre sua saúde e é influenciada por aspectos físicos, emocionais e pelo nível de satisfação com a vida (PERES et al.2010)[14]

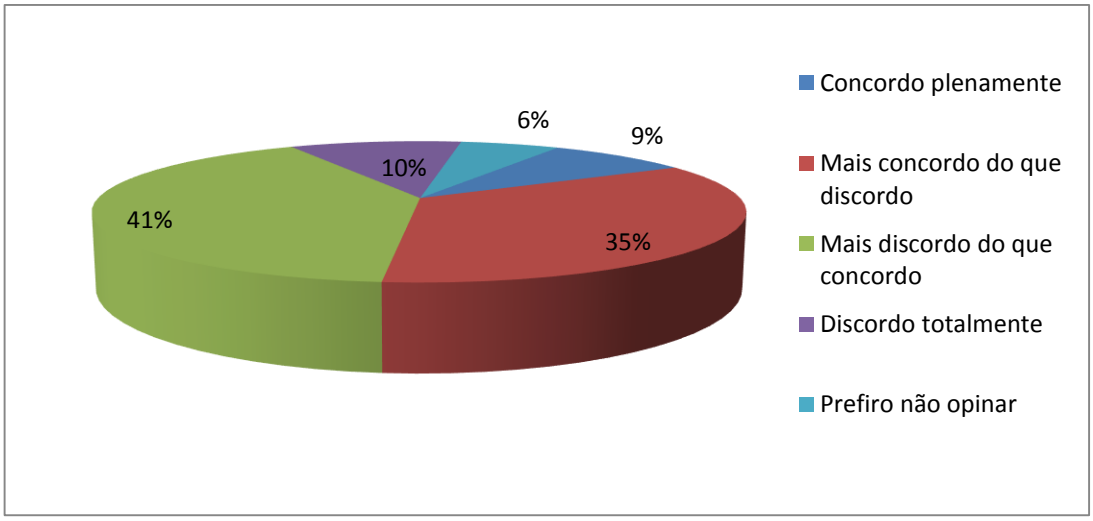
5.133. A percepção de que os critérios de repartição dos recursos repassados para atenção básica pela SES/MG são insatisfatórios foi manifestado pelos gestores municipais. Em resposta ao questionário eletrônico, 51% dos gestores municipais disseram mais discordar do que concordar ou discordar totalmente dos critérios vigentes para distribuição dos recursos entre os municípios, conforme repasse da SES/MG para aplicação na atenção básica, gráfico 10.

[13] Boletim PAD-MG Belo Horizonte Ano 3 n. 7 p. 1 - 65 dez. 2014

[14] PERES, M. A.; MASIERO, A. V., LONGO, G. Z. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, , v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n5/1283.pdf>. Acesso em: 22 nov.2014.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

Gráfico 10: Avaliação critérios distribuição recursos da SES/MG aos municípios



Fonte: dados coletados no questionário eletrônico aplicado aos gestores
Elaboração: TCEMG

5.134. Por todo exposto, percebeu-se que os critérios utilizados na distribuição dos recursos da atenção básica ainda não foram capazes de diminuir as desigualdades regionais e recomenda-se à SES/MG a adaptação dos critérios na perspectiva da equidade na atenção básica entre as regiões de planejamento do Estado, espera-se que a melhor distribuição de recursos melhore as condições da atenção básica prestada aos usuários.

Dificuldade no acompanhamento dos recursos da atenção básica disponibilizado pelo Estado aos Municípios

5.135. A PNAB estabelece como competência da SES/MG verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais (PNAB 3.3,VI).

5.136. Verificou-se que dificuldades no acompanhamento dos recursos da AB disponibilizados pela SES/MG compromete o controle, a alocação e o planejamento da atenção básica pelos municípios.

5.137. Nos municípios visitados, os gestores municipais relataram que dificuldades na utilização do Sistema Gerenciador de Compromissos e Metas/GEICOM e desconhecimento quanto às possibilidades de utilização dos recursos disponibilizados prejudicam o planejamento da atenção básica nos municípios, cite-se:

> *"Na verdade, a quantidade de recursos ainda não é satisfatória. Outro ponto importante: não somos bem informados onde podemos gastar determinados recursos."*
>
> *"Os recursos federais vem certinho, tem como a gente consultar tudo direitinho na internet. Já os recursos estaduais são de verificação complexa pois não são disponibilizados em site, de forma clara e objetiva. Fica até difícil fazer um planejamento adequado pois os valores não são fixos nem disponibilizados*

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

anteriormente para verificação. O Estado é desorganizado quando disponibiliza os recursos. Esse parcelamento que fazem dos recursos nos confunde bastante. Só cai ordem bancária, n. do documento e valor."

"SES – poderia flexibilizar a aplicação de recursos. Sobra recurso em um programa e falta em outro."

"A União tem buscado ser participativa com a distribuição dos recursos. Os critérios são razoáveis. O Estado utiliza critérios mais políticos do que técnicos. Por exemplo: o quantitativo de recursos é mínimo. São muitos programas, o que implica muitas Prestações de Contas, muita burocracia., mas os recursos são poucos e engessados. São vários programas, com poucos recursos cada um deles."

5.138. No mesmo sentido, os gestores regionais entrevistados relataram que as normativas utilizadas pelo Estado não estabelecem com clareza o que se pode fazer com os recursos disponibilizados aos municípios, cite-se relatos de gestores:

"as portarias sobre blocos de atenção só falam o que não pode fazer com o recurso".

"é necessário qualificar a aplicação dos recursos na atenção básica".

5.139. Verificou-se que nos sites do governo estadual não é possível verificar os recursos repassados na atenção básica para cada município do Estado dificultando o controle. O Portal da transparência (www.transparencia.mg.gov.br) também não apresenta os repasses do Estado aos municípios para a saúde e para a atenção básica.

RECOMENDAÇÕES

5.140. Pelo exposto, recomenda-se à SES/MG:

- adaptar os critérios de repasse aos municípios dos recursos para atenção básica, relativos ao Programa Saúde em Casa, na perspectiva de equidade entre as regiões de planejamento do Estado;

- melhorar as normativas da atenção básica propiciando uma aplicação mais efetiva dos recursos;

- reformular o GEICOM incluindo funcionalidade mais amigáveis aos gestores municipais facilitando o acesso e o controle;

- promover treinamento constante dos gestores para utilização do GEICOM;

- aprimorar o Portal da transparência com inclusão dos repasses da saúde.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Auxiliar o acompanhamento dos recursos pelos gestores municipais e pela população.
- Melhoria na atuação dos órgãos de fiscalização e do controle social.
- Melhoria na distribuição de recursos a fim de favorecer as condições da atenção básica prestada aos usuários.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

6. COMENTÁRIOS DO GESTOR

6.1 A versão preliminar deste relatório foi encaminhada à Secretaria de Estado de Saúde por intermédio do ofício n. 2533/2015, fls. 91, com o propósito de colher considerações dos gestores acerca dos apontamentos constantes no Relatório Preliminar.

6.2 Em atendimento, manifestou-se o Secretário de Estado de Saúde, Sr. Fausto Pereira dos Santos, por meio dos Ofícios 0133/2015, fls. 99 e 0168/2015, fls. 103.

6.3 As informações enviadas pelos gestores centraram-se nos capítulos 4 e 5 do Relatório Preliminar. Tais informações foram analisadas e contribuíram para o ajuste da redação das recomendações propostas.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

7. CONCLUSÃO

7.1. A auditoria teve como finalidade identificar os principais problemas que afetam a qualidade e a cobertura da Atenção Básica à Saúde no Estado de Minas Gerais perpassando por 3 (três) eixos: gestão de pessoas, avaliação e monitoramento, e planejamento

7.2. Com a finalidade de dar cumprimento ao objetivo proposto, o escopo da auditoria foi delimitado pelas seguintes questões/subquestões:

- Questão 1: Como a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) atua para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica?

- Questão 2: O Estado possui estrutura, indicadores e suporte de Tecnologia de Informática (TI), de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

- Questão 3: O processo de planejamento da Atenção Básica (AB) 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?

    - Subquestão 3.1: O planejamento das ações estaduais voltadas à atenção básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?

    - Subquestão 3.2: A Secretaria Estadual de Saúde atua para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?

    - Subquestão 3.3: De que forma o Estado tem contribuído para o financiamento tripartite da Atenção Básica?

7.3. Quanto à gestão de pessoas, verificou-se que ausência do levantamento das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB pela SES/MG tem como consequências: capacitações ofertadas que não atendem às reais necessidades dos gestores e profissionais; baixa qualificação dos gestores e profissionais com comprometimento da qualidade dos serviços prestados aos usuários e da aplicação da política voltada para os princípios e diretrizes da PNAB e PEAAB;

7.4. Quanto ao monitoramento e avaliação, identificaram-se deficiências relacionadas aos seguintes itens: insuficiência de estrutura de TI; dificuldades na articulação com o Ministério da Saúde; dificuldades decorrentes da extensão territorial e do grande número de municípios do Estado e existência de diversos setores envolvidos no monitoramento e avaliação na SES/MG têm levado à perda de eficiência das ações de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

7.5. Quanto ao planejamento constatou-se que deficiências nas pactuações e no acesso às informações dos atendimentos realizados em outros pontos de atenção têm provocado demora na realização de exames e no atendimento de pacientes encaminhados para consultas

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

especializadas; o encaminhamento sem necessidade de pacientes para outros níveis de atenção, e a procura de atendimento “rotineiro” em outros níveis de atenção, sobrecarregando os níveis secundário e terciário.

7.6. Quanto ao financiamento tripartite da AB, verificou-se que o baixo percentual aplicado pelo Estado, a distribuição não equitativa dos recursos aos municípios e a dificuldade no acompanhamento dos recursos pelos municípios e órgãos de controle têm comprometido a qualidade da Atenção Básica.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

8. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

8.1 Diante do exposto e visando contribuir para o saneamento das deficiências de GESTÃO DE PESSOAS, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, e PLANEJAMENTO que afetam a Atenção Primária à Saúde no âmbito do estado de Minas Gerais, submete-se este relatório à consideração superior, com as recomendações à SES/MG que seguem:

GESTÃO DE PESSOAS

- elaborar e manter atualizado o diagnóstico das necessidades de capacitação e formação dos gestores e profissionais da AB;

- ofertar cursos de formação e capacitação continuada de acordo com as necessidades dos gestores e profissionais da AB com base no diagnóstico elaborado;

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- definir de forma mais clara o fluxo de atribuições e responsabilidades dos setores envolvidos nos procedimentos de monitoramento e avaliação;

- realizar capacitações que permitam aos municípios aprimorar o monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde.

- apresentar cronograma físico-financeiro para a universalização do prontuário eletrônico nas unidades do estado;

- apresentar diagnóstico de TI contemplando as necessidades da sistemática de monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

- realizar capacitações para utilização dos sistemas informatizados de monitoramento e avaliação;

PLANEJAMENTO

- elaborar e implementar os fluxos de integração regionalizada (referência e contrarreferência) da Atenção Básica com os demais níveis de atenção;

- realizar cursos de capacitação com o objetivo de promover a aproximação entre os profissionais da Atenção Básica e dos demais níveis de atenção, bem como de esclarecer os especialistas com relação à importância da contrarreferência;

- viabilizar a implantação de protocolos clínicos em consonância com as Linhas-Guia, a fim de reduzir os encaminhamentos para a média e a alta complexidade;

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

- realizar um diagnóstico, a fim de identificar e minimizar os principais fatores que estão prejudicando a integração e articulação da AB com os demais níveis de atenção, especialmente quanto à realização de exames e consultas especializadas;

- implementar as ações necessárias para adequar a oferta de serviços à necessidade da população.

- promover ações no sentido de apoiar e incentivar os municípios para a adequação do horário de atendimento da UBS, de forma a atender as necessidades dos usuários e a não sobrecarregar os demais níveis de atenção;

- realizar/reforçar a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, a fim de esclarecer a população sobre os propósitos da AB;

- adaptar os critérios de repasse aos municípios dos recursos para atenção básica, relativos ao Programa Saúde em Casa, na perspectiva de equidade entre as regiões de planejamento do Estado;

- melhorar as normativas da atenção básica propiciando uma aplicação mais efetiva dos recursos;

- reformular o GEICOM incluindo funcionalidade mais amigáveis aos gestores municipais facilitando o acesso e o controle;

- promover treinamento constante dos gestores para utilização do GEICOM;

- aprimorar o Portal da transparência com inclusão dos repasses da saúde.

Belo Horizonte, em 26 de maio de 2015.

Helena Agostinha de Menezes
TC 0914-5

Jacqueline Loures
TC 1459-9

Luis Fernando M. Ribeiro
TC 2260-5

Ryan Brwnner Lima Pereira
TC 2191-9

Valéria Cristina Gonzaga
TC 2171-4

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

EFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, 2007; Atenção Primária e Promoção da Saúde – Volume 8 – Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS – 1ª edição.

BRASIL, 2011 Cartilha Ministério da Saúde – Secretaria da Saúde da Secretaria de Gestão Estratégica e Gestão Participativa. Comitê Gestor do Decreto 7508- GE COAP

BRASIL, 2011 Política Nacional de Atenção Básica – Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

BRASIL, 2007 Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007 - Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

_____ Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____ Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei 8.080/90

CRETELLA, José. Comentários à Constituição de 1988, vol. III, pág.4331 PAD-MG, Boletim; Belo Horizonte Ano 3 n. 7 p. 1 - 65 dez. 2014

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde - 2ª edição – Brasília – DF.2011.

MINAS GERAIS, 2011 Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011 - Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

MINAS GERAIS, 2012 Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.080, de 20 de março de 2012 - Aprova as normas gerais do funcionamento do Grupo Condutor do processo de implantação do Decreto 7.508/2011;

MINAS GERAIS, 2012 Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.220, de 21 de agosto 2012 - Dispõe sobre as diretrizes gerais para o processo de implantação dos Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde em Minas Gerais.

MINAS GERAIS, 2011 Publicação elaborada pela Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/MG. Apresenta informações fundamentais para o estudo e avaliação da situação epidemiológica do estado de Minas Gerais.

MINAS GERAIS, 2012; Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

PEREIRA, Leny. Direito à saúde e o princípio da reserva do possível. Disponível em http:\\www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

PERES, M. A.; MASIERO, A. V., LONGO, G. Z. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n5/1283.pdf>. Acesso em: 22 nov.2014.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

DECLARAÇÃO DE CAMPO GRANDE

Documento referência do III Encontro Nacional dos Tribunais de Contas do Brasil
Campo Grande, 14 de novembro de 2012

Os Tribunais de Contas brasileiros, por decisão Plenária do III Encontro Nacional dos Tribunais de Contas do Brasil, realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, nos dias 12, 13 e 14 de novembro de 2012, considerando o tema "Um debate pela efetividade do Controle Externo do Brasil", consolidam sua visão de serem reconhecidos como instrumentos indispensáveis à cidadania e aprovam os seguintes compromissos:

1. Desenvolver mecanismos para o fortalecimento institucional dos Tribunais de Contas, em obediência ao princípio federativo, enquanto instrumentos indispensáveis à cidadania, assegurando a efetividade do Controle Externo, observado o que dispõem os Planejamentos Estratégicos da ATRICON –Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil e do IRB –Instituto Rui Barbosa;

2. Defender a criação do CNTC -Conselho Nacional dos Tribunais de Contas, com competência de integração, normatização, correição e centralização de planejamento estratégico, indispensáveis ao fortalecimento do Sistema de Tribunais de Contas;

3. Defender proposta de Lei Processual que discipline e harmonize a atuação dos Tribunais de Contas, bem como participar da construção do manual de boas práticas processuais com compromisso de adesão à mesma;

4. Zelar pelo cumprimento das normas constitucionais para a composição, organização e funcionamento dos corpos deliberativos dos Tribunais de Contas, com respeito às decisões do Supremo Tribunal Federal relativas à matéria;

5. Defender as prerrogativas constitucionais dos Tribunais de Contas, especialmente a competência para o julgamento das contas de gestão de agentes políticos;

6. Cumprir e garantir que os seus jurisdicionados observem os requisitos de Transparência Pública previstos em lei, especialmente a Lei de Acesso à Informação e a Lei de Responsabilidade Fiscal;

7. Implementar e fortalecer as Corregedorias dos Tribunais de Contas, com o propósito de promover o aperfeiçoamento ético de seus membros e servidores;

8. Implementar e fortalecer as Ouvidorias dos Tribunais de Contas, tornando-as efetivos canais de comunicação com a sociedade;

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

9. Instituir e fortalecer os setores de jurisprudência voltados à sistematização, uniformização e transparência das decisões dos Tribunais de Contas, conforme diretrizes aprovadas no 1º JURISTCs –Encontro de Jurisprudência nos Tribunais de Contas realizado com apoio do IRB;

10. Aprovar e implantar normas de auditoria observando as ISSAIs –Normas de Auditoria da INTOSAI (Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores) e as NAGs - Normas de Auditoria Governamental;

11. Realizar Auditorias Operacionais e de Avaliação de Resultados de Políticas Públicas, sob os aspectos da economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, visando avaliar e propor melhorias nas ações governamentais que se destinam à prestação de serviços à sociedade;

12. Estimular a realização de auditorias operacionais com ênfase em matrizes ambientais, conforme compromisso assumido pelos Tribunais de Contas na Carta da Amazônia em 2010;

13. Priorizar o uso de licitações verdes em suas aquisições e contratações, bem como estimular a sua adoção pelos jurisdicionados, com posterior fiscalização com vistas à promoção e ao desenvolvimento nacional sustentável;

14. Fomentar e fiscalizar o cumprimento da Lei Complementar 123/06, que garante tratamento diferenciado e favorecido às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte brasileiras nas aquisições e contratações governamentais;

15. Realizar Auditorias Coordenadas juntamente com o Tribunal de Contas da União e demais Tribunais de Contas em temas de relevante interesse nacional com grande impacto à sociedade, priorizando inicialmente as áreas de educação e saúde;

16. Implantar e desenvolver a auditoria de Tecnologia da Informação conforme boas práticas difundidas no 1º ENAUTI –Encontro Nacional de Auditoria de Tecnologia da Informação, realizado em maio de 2012 no TCE/CE, além de apoiar o compromisso assumido pelo IRB de realização do 2º ENAUTI;

17. Promover a capacitação permanente de seus membros e servidores por meio das Escolas de Contas e em parceria com o Instituto Rui Barbosa –IRB, visando o desenvolvimento dos profissionais do controle externo;

18. Estabelecer metas para julgamento dos processos, primando pela celeridade, qualidade e efetividade na atuação dos Tribunais de Contas;

19. Implantar e desenvolver a atividade de inteligência, garantindo a estrutura e as prerrogativas necessárias para se consolidar como verdadeiro instrumento de combate à corrupção;

20. Garantir apoio técnico e institucional à ATRICON/IRB na criação da Rede Nacional de Inteligência de Controle Externo, conforme deliberações no 1º Encontro Nacional de Atividade de Inteligência de Controle Externo;

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS.
ASS.

21. Garantir a representação técnica dos Tribunais de Contas nas redes regionais e nacionais de combate à corrupção, preferencialmente por servidores responsáveis pela atividade de inteligência;

22. Produzir estudos técnicos sobre os encargos e a evolução das dívidas dos governos subnacionais do Brasil com a União, em face da Lei nº 9.496/97, visando subsidiar a respectiva renegociação para adequação da dívida ao atual cenário econômico;

23. Aperfeiçoar o mecanismo de apreciação das contas de governo, em parceira com o TCU, conforme modelo gerencial resultante de estudos da OCDE –Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que contempla experiências internacionais de sucesso;

24. Defender a manutenção do PROMOEX, como ferramenta fundamental para a continuidade do processo de modernização e integração dos Tribunais de Contas, bem como a adoção dos produtos desenvolvidos pelo referido programa.

25. Fomentar o uso da Tecnologia da Informação no processo de trabalho dos Tribunais de Contas de forma a garantir a transparência, a celeridade e estimular a segurança das informações a exemplo do processo eletrônico.

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

RELATÓRIO DE ELABORAÇÃO DO PLANO AMOSTRAL NACIONAL

Para seleção dos municípios a serem visitados pelo Tribunal de Contas, utilizou-se como critério de escolha o Índice de Desempenho do SUS na Atenção Básica (IDSUS), formulado pelo Ministério da Saúde. Este índice pretende avaliar o desempenho do SUS, atribuindo uma nota de zero a 10 para cada município, onde os menores escores representam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no município.

O IDSUS foi lançado no dia 1º. de março de 2012, como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada Município, Estado e para o Brasil. O IDSUS classifica os municípios em seis grupos homogêneos.

O IDSUS se compõe de 24 indicadores associados aos temas de cobertura (acesso potencial ou obtido) com 14 indicadores, e efetividade (resultados esperados) do SUS, com 10 indicadores. Os indicadores de cobertura foram definidos em três áreas assistenciais (atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade) enquanto que os indicadores de efetividade tomaram em consideração a atenção básica e a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade em conjunto.

A cada um dos indicadores é atribuida uma nota que varia de 0 a 10, baseada em parâmetros (absolutos) esperados para cada um deles atribuídos pelos técnicos do Ministério da Saúde. A nota representa a proporção do resultado do Município, Estado ou Região em relação ao parâmetro. Mas cada indicador tem um valor diferente na estrutura de ponderação do IDSUS, com base a resultados decorrentes da aplicação de Análise de Componentes Principais (APC), de modo que, de forma agregada, os indicadores de cobertura do SUS tem um peso de 71,25% enquanto que aos indicadores de efetividade do SUS é atribuído um peso de 28,75%. A cada um dos 24 indicadores também é atribuído um peso a partir da aplicação da técnica estatística de APC. Os indicadores podem ser desagregados também em sub-indicadores de acesso e efetividades por níveis de complexidade da atenção à saúde.

Dado que os municípios não são homogêneos em relação a suas características demográficas, como tamanho da população, e composição etária da mesma por gênero e idade, foi aplicado ao cálculo de cada indicador individual por município uma padronização indireta por faixa etária e sexo, que elimina a influência das diferenças populacionais de faixas etárias e sexos existentes entre os municípios, e um bayes empírico, que elimina a grande variação eventualmente derivada de indicadores em pequenas populações, como uma morte infantil entre 10 nascidos vivos em um determinado municípios.

Para definição da amostra dessa auditoria, foram selecionados de cada grupo homogêneo os municípios que apresentassem os melhores desempenhos do IDSUS da Atenção Básica (valores acima de 7,99) e os piores (valores abaixo de 4,00). No Quadro I apresenta-se a classificação IDSUS e o IDAtB para os 853 municípios do estado de Minas Gerais:

Quadro I

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. _____
ASS. _____

Município	Classificação IDSUS	IDAtB
Belo Horizonte	1	7,47
Juiz de Fora	1	5,57
Uberlândia	1	4,70
Muriaé	2	9,09
Montes Claros	2	8,14
Uberaba	2	8,04
Barbacena	2	8,04
Pouso Alegre	2	7,44
Ipatinga	2	7,42
Divinópolis	2	7,37
Governador Valadares	2	7,31
Varginha	2	7,07
Betim	2	6,63
Passos	2	5,78
Contagem	2	5,67
Brumadinho	3	9,91
Nova Lima	3	9,83
Ouro Preto	3	9,67
Grão Mogol	3	9,54
Sacramento	3	9,53
Cataguases	3	9,46
Oliveira	3	9,44
Monte Santo de Minas	3	9,39
Abaeté	3	9,38
Extrema	3	9,29
Perdões	3	9,26
Barão de Cocais	3	9,25
Santo Antônio do Amparo	3	9,24
Barroso	3	9,24
Ponte Nova	3	9,23
Janaúba	3	9,22
Várzea da Palma	3	9,19
Passa Quatro	3	9,06
Piumhi	3	8,96
São Sebastião do Paraíso	3	8,90
Visconde do Rio Branco	3	8,70
Lagoa Santa	3	8,62
Santo Antônio do Monte	3	8,59
Cláudio	3	8,54
Aimorés	3	8,54
Camanducaia	3	8,51
Itabirito	3	8,44
Além Paraíba	3	8,43
São Lourenço	3	8,41
Santa Rita do Sapucaí	3	8,40
Coromandel	3	8,34
Campanha	3	8,32
Formiga	3	8,21

Patrocínio	3	8,19
Bambuí	3	8,18
Pitangui	3	8,16
Elói Mendes	3	8,15
Matozinhos	3	8,12
Carmo do Paranaíba	3	8,10
Viçosa	3	8,06
Araxá	3	8,04
Campina Verde	3	8,04
Leopoldina	3	8,04
Rio Pomba	3	8,04
Lavras	3	8,03
Frutal	3	8,03
Três Corações	3	7,99
Itajubá	3	7,95
Congonhas	3	7,95
Timóteo	3	7,85
Itabira	3	7,85
Ouro Branco	3	7,84
Alfenas	3	7,78
Cássia	3	7,55
Iturama	3	7,51
Arcos	3	7,43
Três Marias	3	7,42
Pirapora	3	7,41
Mateus Leme	3	7,37
Cambuí	3	7,36
Patos de Minas	3	7,34
São Gotardo	3	7,24
Curvelo	3	7,10
Ibirité	3	7,09
Pedro Leopoldo	3	7,06
Conselheiro Lafaiete	3	7,05
Ubá	3	6,89
Mariana	3	6,85
Lagoa da Prata	3	6,78
Boa Esperança	3	6,72
Monte Carmelo	3	6,59
Bom Despacho	3	6,57
Três Pontas	3	6,48
Pará de Minas	3	6,42
Araguari	3	6,31
Tupaciguara	3	6,23
Ouro Fino	3	6,16
São Gonçalo do Sapucaí	3	6,13
Coronel Fabriciano	3	5,90
Nova Serrana	3	5,83
Manhuaçu	3	5,74
Ituiutaba	3	5,64
Poços de Caldas	3	5,49

Machado	3	5,36
Itaúna	3	5,31
Sete Lagoas	3	5,29
Guaxupé	3	5,24
João Pinheiro	3	5,24
Paracatu	3	5,22
Santa Luzia	3	5,10
Santos Dumont	3	5,07
João Monlevade	3	5,05
São João del Rei	3	4,99
Paraopeba	3	4,92
Vespasiano	3	4,80
Andradas	3	4,75
Unaí	3	4,71
Carmo do Rio Claro	3	4,47
Sabará	3	4,22
São João da Ponte	4	9,51
Ibertioga	4	9,45
Jacinto	4	9,38
Turmalina	4	9,35
Serro	4	9,32
Jequitinhonha	4	9,25
Cruzília	4	9,23
Rio Pardo de Minas	4	9,21
Inhapim	4	9,20
Baependi	4	9,17
Taiobeiras	4	9,17
Mirabela	4	9,04
Monte Azul	4	9,04
Coração de Jesus	4	9,02
São João do Paraíso	4	9,01
Matipó	4	9,00
Mutum	4	8,93
Itaobim	4	8,89
Itambacuri	4	8,89
Porteirinha	4	8,87
Mantena	4	8,82
Manhumirim	4	8,81
Medina	4	8,81
Campo Belo	4	8,73
Bocaiúva	4	8,73
Entre Rios de Minas	4	8,68
Resplendor	4	8,66
Francisco Sá	4	8,60
Guanhães	4	8,58
Brasília de Minas	4	8,57
Espinosa	4	8,46
Águas Formosas	4	8,33
Pedra Azul	4	8,28
Sabinópolis	4	8,25

Capelinha	4	8,23
Raul Soares	4	8,04
Manga	4	7,88
Malacacheta	4	7,82
Novo Cruzeiro	4	7,74
Salinas	4	7,72
Itamarandiba	4	7,70
Carangola	4	7,41
Minas Novas	4	7,37
São Francisco	4	7,21
Almenara	4	7,07
Caratinga	4	7,00
São João Nepomuceno	4	6,96
Nanuque	4	6,78
Diamantina	4	6,74
Caxambu	4	6,32
Campos Gerais	4	6,11
Caeté	4	5,89
Santa Maria do Suaçuí	4	5,75
Esmeraldas	4	5,53
Ribeirão das Neves	4	5,32
Teófilo Otoni	4	4,96
Januária	4	**3,73**
Araçuaí	4	**3,02**
Alpinópolis	5	9,92
Cascalho Rico	5	9,92
Grupiara	5	9,89
São Pedro da União	5	9,88
Chácara	5	9,88
Espírito Santo do Dourado	5	9,88
São Tomás de Aquino	5	9,87
Piedade de Ponte Nova	5	9,87
Fortuna de Minas	5	9,82
Turvolândia	5	9,82
Carmo do Cajuru	5	9,81
São José da Varginha	5	9,80
Abadia dos Dourados	5	9,79
Conceição das Pedras	5	9,78
Rio Manso	5	9,77
Goianá	5	9,77
Natércia	5	9,77
Itapagipe	5	9,76
Confins	5	9,75
Onça de Pitangui	5	9,74
Morro da Garça	5	9,72
Cachoeira Dourada	5	9,72
Tombos	5	9,71
Florestal	5	9,70
Pratinha	5	9,69
Martins Soares	5	9,69

TRIBUNAL DE CONTAS MINAS GERAIS
CAOP/DME
FLS. ____
ASS. ____

Quartel Geral	5	9,69
Piau	5	9,68
Queluzito	5	9,66
Gurinhatã	5	9,65
Comendador Gomes	5	9,65
Bom Sucesso	5	9,64
Lima Duarte	5	9,63
Belmiro Braga	5	9,62
Igaratinga	5	9,62
Araporã	5	9,62
Inhaúma	5	9,60
Piedade do Rio Grande	5	9,60
Canápolis	5	9,60
Douradoquara	5	9,60
Coronel Pacheco	5	9,58
Braúnas	5	9,56
Pedra do Indaiá	5	9,55
Conceição das Alagoas	5	9,55
Matutina	5	9,54
Urucânia	5	9,54
Nova Ponte	5	9,54
Córrego do Bom Jesus	5	9,53
São Brás do Suaçuí	5	9,52
Serra da Saudade	5	9,50
São José da Barra	5	9,50
Jequitibá	5	9,49
Carrancas	5	9,49
Ibitiúra de Minas	5	9,49
Capinópolis	5	9,49
São João da Mata	5	9,48
Cristais	5	9,48
Indianópolis	5	9,47
Juruaia	5	9,47
Itamogi	5	9,46
Senador José Bento	5	9,46
Santa Rita de Minas	5	9,46
Pirapetinga	5	9,45
Arapuá	5	9,45
Astolfo Dutra	5	9,45
Guarda-Mor	5	9,43
Biquinhas	5	9,41
Itaguara	5	9,41
Maravilhas	5	9,40
Santo Antônio do Grama	5	9,40
Santana do Deserto	5	9,39
Pequi	5	9,38
Claraval	5	9,36
São José do Alegre	5	9,35
São Joaquim de Bicas	5	9,34
Moeda	5	9,33

Toledo	5	9,33
Ipiaçu	5	9,33
Heliodora	5	9,32
Itamarati de Minas	5	9,32
Cachoeira da Prata	5	9,31
Ingaí	5	9,31
Delta	5	9,31
Ijaci	5	9,31
Cedro do Abaeté	5	9,30
Catas Altas	5	9,30
Japaraíba	5	9,30
Martinho Campos	5	9,29
Silvianópolis	5	9,29
São Gonçalo do Rio Abaixo	5	9,28
Dona Eusébia	5	9,27
Santa Bárbara	5	9,27
Argirita	5	9,26
Cruzeiro da Fortaleza	5	9,26
Oratórios	5	9,26
Papagaios	5	9,26
São Gonçalo do Abaeté	5	9,26
Piracema	5	9,26
Planura	5	9,24
Centralina	5	9,24
Olímpio Noronha	5	9,24
Pirajuba	5	9,23
Coqueiral	5	9,23
Ressaquinha	5	9,23
Iraí de Minas	5	9,22
Santa Rita de Caldas	5	9,22
São João Batista do Glória	5	9,22
Antônio Carlos	5	9,22
Delfinópolis	5	9,21
Vargem Bonita	5	9,21
Vazante	5	9,21
Itaú de Minas	5	9,20
Aguanil	5	9,19
São Thomé das Letras	5	9,19
Santa Vitória	5	9,18
Luz	5	9,18
Lassance	5	9,18
Iguatama	5	9,16
Água Comprida	5	9,16
Córrego Fundo	5	9,16
Alterosa	5	9,16
Tapiraí	5	9,15
Serrania	5	9,15
Rochedo de Minas	5	9,15
Capitólio	5	9,15
Itutinga	5	9,15

Pimenta	5	9,14
Tocos do Moji	5	9,14
Cordislândia	5	9,14
Gonçalves	5	9,13
Bonfinópolis de Minas	5	9,12
Candeias	5	9,11
Itamonte	5	9,10
Cabeceira Grande	5	9,10
Bom Repouso	5	9,10
Madre de Deus de Minas	5	9,10
Coronel Xavier Chaves	5	9,09
Ibiraci	5	9,08
Varjão de Minas	5	9,08
Chiador	5	9,08
São Vicente de Minas	5	9,08
Descoberto	5	9,07
Volta Grande	5	9,06
Lagoa Formosa	5	9,06
Santa Rosa da Serra	5	9,05
Carneirinho	5	9,05
Jacuí	5	9,05
Guapé	5	9,05
Miradouro	5	9,05
Luminárias	5	9,05
São Roque de Minas	5	9,04
Desterro de Entre Rios	5	9,03
Conquista	5	9,02
Camacho	5	9,02
Medeiros	5	9,01
Guaranésia	5	9,01
Presidente Olegário	5	9,00
Seritinga	5	9,00
Ilicínea	5	8,99
Tiradentes	5	8,99
Fama	5	8,99
Aracitaba	5	8,98
Teixeiras	5	8,98
Mar de Espanha	5	8,97
Pouso Alto	5	8,97
Soledade de Minas	5	8,97
Ibituruna	5	8,96
Santo Antônio do Aventureiro	5	8,95
Doresópolis	5	8,95
Córrego Danta	5	8,94
Pedrinópolis	5	8,94
Careaçu	5	8,93
Rodeiro	5	8,93
Paraisópolis	5	8,91
Fortaleza de Minas	5	8,91
Arceburgo	5	8,90

Capitão Enéas	5	8,89
Paiva	5	8,88
Conceição do Pará	5	8,88
Conselheiro Pena	5	8,87
Paineiras	5	8,87
Miraí	5	8,87
Casa Grande	5	8,86
Lajinha	5	8,85
Morada Nova de Minas	5	8,84
Felixlândia	5	8,83
Lagoa Dourada	5	8,81
Cambuquira	5	8,81
São Sebastião do Oeste	5	8,80
Estrela do Sul	5	8,80
Guimarânia	5	8,79
Monte Sião	5	8,77
Araçaí	5	8,75
Pratápolis	5	8,75
Campo Florido	5	8,74
Perdizes	5	8,72
Tapira	5	8,70
Matias Barbosa	5	8,70
Tiros	5	8,68
Campos Altos	5	8,68
Buritis	5	8,67
Veríssimo	5	8,67
São Sebastião da Bela Vista	5	8,67
Carvalhópolis	5	8,66
Monte Alegre de Minas	5	8,65
Nazareno	5	8,64
Congonhal	5	8,64
Pompéu	5	8,59
Estiva	5	8,58
Romaria	5	8,57
Pains	5	8,56
Piranguinho	5	8,56
Bom Jesus da Penha	5	8,56
Araújos	5	8,53
Jaboticatubas	5	8,53
Capim Branco	5	8,52
Itanhandu	5	8,50
Belo Oriente	5	8,48
Itatiaiuçu	5	8,48
Guarani	5	8,47
Estrela Dalva	5	8,47
Jaguaraçu	5	8,44
Aiuruoca	5	8,40
Serra do Salitre	5	8,38
Estrela do Indaiá	5	8,37
São Gonçalo do Pará	5	8,36

Juatuba	5	8,34
São Domingos do Prata	5	8,32
Ibiá	5	8,32
Conceição da Aparecida	5	8,27
Leandro Ferreira	5	8,26
Itapeva	5	8,22
Sapucaí-Mirim	5	8,20
Passa Tempo	5	8,19
Pedralva	5	8,14
Lambari	5	8,06
Santana do Paraíso	5	8,04
Dores do Indaiá	5	7,94
Borda da Mata	5	7,93
Albertina	5	7,86
Inconfidentes	5	7,83
Limeira do Oeste	5	7,83
Cachoeira de Minas	5	7,82
Tocantins	5	7,81
Pequeri	5	7,77
Lagoa Grande	5	7,76
Dom Bosco	5	7,75
Itueta	5	7,75
Conceição do Rio Verde	5	7,71
Ipuiúna	5	7,70
Conceição dos Ouros	5	7,68
Fronteira	5	7,64
Dores de Campos	5	7,61
Ribeirão Vermelho	5	7,52
Santa Juliana	5	7,51
Alfredo Vasconcelos	5	7,48
Paraguaçu	5	7,45
Capetinga	5	7,44
Sarzedo	5	7,43
Senador Amaral	5	7,41
Caetanópolis	5	7,39
Cabo Verde	5	7,38
Caldas	5	7,36
Prados	5	7,32
Itapecerica	5	7,25
Monsenhor Paulo	5	7,24
Lagamar	5	7,22
Brasilândia de Minas	5	7,21
Formoso	5	7,15
Rio Acima	5	7,06
São José da Lapa	5	7,04
Santana da Vargem	5	7,02
Rio Paranaíba	5	7,00
União de Minas	5	6,97
Bueno Brandão	5	6,93
Divisa Nova	5	6,92

Poço Fundo	5	6,86
São Francisco de Sales	5	6,71
São Tiago	5	6,68
Nepomuceno	5	6,61
Perdigão	5	6,49
Bicas	5	6,46
Prata	5	6,32
Jacutinga	5	6,05
Carandaí	5	5,98
Carmópolis de Minas	5	5,85
Nova Resende	5	5,72
Mário Campos	5	5,55
Nova Era	5	4,96
Areado	5	4,93
Monte Belo	5	4,84
Rio Piracicaba	5	4,45
Igarapé	5	4,36
Campestre	5	4,03
Raposos	5	**3,85**
Muzambinho	5	**3,83**
Botelhos	5	**3,55**
Bandeira do Sul	5	**1,18**
Santana do Riacho	6	9,85
Nova Porteirinha	6	9,83
Presidente Kubitschek	6	9,82
Carmésia	6	9,82
Felício dos Santos	6	9,81
Cajuri	6	9,81
Rio Doce	6	9,80
Itacarambi	6	9,79
Monjolos	6	9,79
Guaraciama	6	9,78
São Gonçalo do Rio Preto	6	9,77
São José do Mantimento	6	9,77
Desterro do Melo	6	9,76
Rio Novo	6	9,76
Pedro Teixeira	6	9,75
Senhora de Oliveira	6	9,74
Taparuba	6	9,74
Santa Bárbara do Tugúrio	6	9,73
Presidente Juscelino	6	9,73
Olaria	6	9,70
Piedade dos Gerais	6	9,70
Cipotânea	6	9,70
Piedade de Caratinga	6	9,70
Pedra Dourada	6	9,68
Mato Verde	6	9,67
Luislândia	6	9,65
Minduri	6	9,65
Itumirim	6	9,63

Luisburgo	6	9,62
Ubaí	6	9,60
Passa-Vinte	6	9,58
Pedras de Maria da Cruz	6	9,58
Jeceaba	6	9,58
São Geraldo	6	9,55
São João do Oriente	6	9,55
Montezuma	6	9,55
Faria Lemos	6	9,53
Santa Margarida	6	9,53
Santa Bárbara do Leste	6	9,53
Ninheira	6	9,52
Lontra	6	9,52
Lamim	6	9,51
Chalé	6	9,51
Simonésia	6	9,51
Ibiaí	6	9,48
São José do Goiabal	6	9,48
Brás Pires	6	9,48
Senhora dos Remédios	6	9,47
Vermelho Novo	6	9,47
Santa Cruz de Salinas	6	9,47
Silveirânia	6	9,47
Piranga	6	9,46
Alto Caparaó	6	9,46
Durandé	6	9,46
Bonfim	6	9,46
Alvinópolis	6	9,44
Vargem Alegre	6	9,44
São João da Lagoa	6	9,43
Caiana	6	9,43
Dom Silvério	6	9,43
Natalândia	6	9,41
Presidente Bernardes	6	9,41
Santa Cruz do Escalvado	6	9,40
Conceição da Barra de Minas	6	9,40
Marmelópolis	6	9,39
Alto Jequitibá	6	9,38
Itambé do Mato Dentro	6	9,38
Marliéria	6	9,38
São José da Safira	6	9,37
Francisco Badaró	6	9,37
Santana do Garambéu	6	9,37
Virgolândia	6	9,37
Cantagalo	6	9,36
Consolação	6	9,36
Capitão Andrade	6	9,36
Ewbank da Câmara	6	9,36
Coimbra	6	9,35
São Francisco do Glória	6	9,35

São Pedro dos Ferros	6	9,35
Amparo do Serra	6	9,35
Canaã	6	9,34
Campanário	6	9,34
Piranguçu	6	9,34
Icaraí de Minas	6	9,34
Fronteira dos Vales	6	9,34
Coroaci	6	9,33
Carbonita	6	9,33
Congonhas do Norte	6	9,33
Paula Cândido	6	9,32
Santa Maria do Salto	6	9,32
Dores de Guanhães	6	9,32
Bom Jardim de Minas	6	9,31
São José do Divino	6	9,31
Inimutaba	6	9,31
Ipanema	6	9,31
Divinésia	6	9,30
Pedra do Anta	6	9,29
Santana de Cataguases	6	9,29
Nova Módica	6	9,29
Simão Pereira	6	9,29
Francisco Dumont	6	9,28
Ubaporanga	6	9,28
Rubelita	6	9,28
Vargem Grande do Rio Pardo	6	9,28
Acaiaca	6	9,26
Jenipapo de Minas	6	9,26
Funilândia	6	9,26
Augusto de Lima	6	9,26
Sardoá	6	9,26
Uruana de Minas	6	9,26
Aricanduva	6	9,26
Itacambira	6	9,25
Carmo da Cachoeira	6	9,25
Cônego Marinho	6	9,24
Guaraciaba	6	9,23
Catuti	6	9,23
Franciscópolis	6	9,23
Belo Vale	6	9,23
São Sebastião do Rio Preto	6	9,23
São Pedro do Suaçuí	6	9,22
Alto Rio Doce	6	9,22
Entre Folhas	6	9,22
Alpercata	6	9,22
Engenheiro Navarro	6	9,21
Riachinho	6	9,21
Delfim Moreira	6	9,20
Glaucilândia	6	9,20
São João das Missões	6	9,19

Olhos-d'Água	6	9,19
São Miguel do Anta	6	9,19
Novorizonte	6	9,19
Baldim	6	9,19
Curral de Dentro	6	9,18
Ritápolis	6	9,17
Vieiras	6	9,17
Campo do Meio	6	9,17
Indaiabira	6	9,17
Josenópolis	6	9,17
Jequeri	6	9,16
Santo Hipólito	6	9,16
Barra Longa	6	9,16
Passabém	6	9,16
Poté	6	9,15
Rio Espera	6	9,15
Ponto Chique	6	9,15
Machacalis	6	9,15
Guiricema	6	9,14
Divino das Laranjeiras	6	9,14
Iapu	6	9,14
Tumiritinga	6	9,14
Antônio Dias	6	9,13
Diogo de Vasconcelos	6	9,12
Verdelândia	6	9,12
Crucilândia	6	9,12
Matias Cardoso	6	9,12
Guarará	6	9,12
Morro do Pilar	6	9,11
Eugenópolis	6	9,10
Gouveia	6	9,10
Coronel Murta	6	9,09
Araponga	6	9,09
Fruta de Leite	6	9,09
Antônio Prado de Minas	6	9,09
Serranópolis de Minas	6	9,09
Pescador	6	9,08
Gameleiras	6	9,08
Santa Rita de Jacutinga	6	9,08
Rubim	6	9,08
Claro dos Poções	6	9,07
Reduto	6	9,07
Prudente de Morais	6	9,07
Crisólita	6	9,07
Conceição de Ipanema	6	9,07
Tarumirim	6	9,07
São João do Pacuí	6	9,06
Caparaó	6	9,06
Mathias Lobato	6	9,06
Miravânia	6	9,06

Fervedouro	6	9,06
Divisa Alegre	6	9,06
Riacho dos Machados	6	9,05
Catuji	6	9,05
Frei Gaspar	6	9,05
Alvorada de Minas	6	9,05
São Domingos das Dores	6	9,05
Ipaba	6	9,05
Jequitaí	6	9,05
Santo Antônio do Rio Abaixo	6	9,04
Datas	6	9,04
Serranos	6	9,04
Santa Bárbara do Monte Verde	6	9,03
Carvalhos	6	9,03
Palma	6	9,03
Mesquita	6	9,02
Oliveira Fortes	6	9,02
Buritizeiro	6	9,02
Santana do Manhuaçu	6	9,02
Padre Carvalho	6	9,02
Ervália	6	9,02
Taquaraçu de Minas	6	9,01
Bertópolis	6	9,01
Cuparaque	6	9,00
Guidoval	6	9,00
Tabuleiro	6	9,00
Pingo-d'Água	6	8,99
Japonvar	6	8,99
Palmópolis	6	8,97
Joanésia	6	8,97
Recreio	6	8,97
Rio Preto	6	8,97
Santa Rita de Ibitipoca	6	8,96
Sem-Peixe	6	8,96
Ferros	6	8,95
Monte Formoso	6	8,95
Rio Casca	6	8,95
Capela Nova	6	8,94
Maripá de Minas	6	8,94
Comercinho	6	8,94
Ponto dos Volantes	6	8,93
Carmo de Minas	6	8,93
Dom Cavati	6	8,93
Frei Inocêncio	6	8,92
Gonzaga	6	8,92
Rio do Prado	6	8,92
Córrego Novo	6	8,92
Jordânia	6	8,92
Jaíba	6	8,92
Cachoeira de Pajeú	6	8,91

Marilac	6	8,91
Pocrane	6	8,91
Divisópolis	6	8,90
Serra dos Aimorés	6	8,89
Engenheiro Caldas	6	8,89
Serra Azul de Minas	6	8,89
Barão de Monte Alto	6	8,89
Açucena	6	8,88
Sericita	6	8,88
Mamonas	6	8,88
Berizal	6	8,88
Goiabeira	6	8,87
Bias Fortes	6	8,87
Chapada do Norte	6	8,87
Campo Azul	6	8,87
Senador Cortes	6	8,87
São Félix de Minas	6	8,86
Catas Altas da Noruega	6	8,85
Cristália	6	8,85
Piraúba	6	8,85
Wenceslau Braz	6	8,85
José Raydan	6	8,84
Felisburgo	6	8,84
Santana dos Montes	6	8,83
Imbé de Minas	6	8,82
Leme do Prado	6	8,82
Nacip Raydan	6	8,81
Santo Antônio do Itambé	6	8,80
Carmo da Mata	6	8,80
São Bento Abade	6	8,79
São João do Manhuaçu	6	8,78
Santa Maria de Itabira	6	8,77
Itaverava	6	8,76
Moema	6	8,76
Senhora do Porto	6	8,76
Santana do Jacaré	6	8,76
Lagoa dos Patos	6	8,76
Santa Fé de Minas	6	8,75
Dom Joaquim	6	8,75
Mercês	6	8,75
São Sebastião do Anta	6	8,74
Periquito	6	8,73
Ouro Verde de Minas	6	8,73
São Romão	6	8,73
Águas Vermelhas	6	8,72
Rosário da Limeira	6	8,71
Santo Antônio do Retiro	6	8,71
Bandeira	6	8,71
Caputira	6	8,70
São Sebastião do Rio Verde	6	8,70

Espera Feliz	6	8,68
Dom Viçoso	6	8,67
Mendes Pimentel	6	8,67
Varzelândia	6	8,67
Ibiracatu	6	8,67
Patis	6	8,66
Santo Antônio do Jacinto	6	8,65
São Francisco de Paula	6	8,65
Arantina	6	8,64
Couto de Magalhães de Minas	6	8,64
Patrocínio do Muriaé	6	8,64
Pedra Bonita	6	8,62
Senador Firmino	6	8,62
Berilo	6	8,62
Alagoa	6	8,61
Porto Firme	6	8,61
Nova Belém	6	8,60
Juvenília	6	8,60
Pai Pedro	6	8,60
Cana Verde	6	8,60
Caranaíba	6	8,58
Virgínia	6	8,57
Joaquim Felício	6	8,56
Pavão	6	8,56
Jampruca	6	8,55
Salto da Divisa	6	8,55
Juramento	6	8,53
Santa Rita do Itueto	6	8,50
Bonito de Minas	6	8,49
Naque	6	8,47
Botumirim	6	8,47
Buenópolis	6	8,47
Mata Verde	6	8,46
Bugre	6	8,45
Santa Helena de Minas	6	8,45
Veredinha	6	8,41
Santana de Pirapama	6	8,40
Dores do Turvo	6	8,40
São Sebastião da Vargem Alegre	6	8,39
Laranjal	6	8,39
Angelândia	6	8,39
Jesuânia	6	8,38
Padre Paraíso	6	8,37
Paulistas	6	8,35
Itaipé	6	8,32
Caraí	6	8,30
Umburatiba	6	8,30
Itabirinha	6	8,30
Pintópolis	6	8,28

Munhoz	6	8,28
Virgem da Lapa	6	8,27
Sobrália	6	8,27
Abre Campo	6	8,25
Novo Oriente de Minas	6	8,25
Itinga	6	8,22
Liberdade	6	8,22
Itanhomi	6	8,21
Maria da Fé	6	8,16
Divino	6	8,16
Fernandes Tourinho	6	8,16
Andrelândia	6	8,15
São Geraldo da Piedade	6	8,13
São João do Manteninha	6	8,11
Frei Lagonegro	6	8,08
Carlos Chagas	6	8,08
Nova União	6	8,02
Setubinha	6	8,01
São Geraldo do Baixio	6	7,98
Alvarenga	6	7,96
Central de Minas	6	7,93
Joaíma	6	7,89
Chapada Gaúcha	6	7,89
Senador Modestino Gonçalves	6	7,88
Virginópolis	6	7,85
São José do Jacuri	6	7,82
José Gonçalves de Minas	6	7,81
Corinto	6	7,79
Materlândia	6	7,74
Cristina	6	7,72
Santa Efigênia de Minas	6	7,69
Urucuia	6	7,66
Divinolândia de Minas	6	7,65
Cristiano Otoni	6	7,59
Coluna	6	7,50
São João Evangelista	6	7,47
Ataléia	6	7,33
Cordisburgo	6	7,27
Galiléia	6	7,21
Dionísio	6	7,21
Brasópolis	6	7,03
Montalvânia	6	6,94
Bom Jesus do Galho	6	6,91
Bela Vista de Minas	6	6,75
Peçanha	6	6,72
Bocaina de Minas	6	6,69
Bom Jesus do Amparo	6	6,66
Conceição do Mato Dentro	6	6,58
Rio Vermelho	6	6,56
Arinos	6	6,48

Resende Costa	6	6,32
Santa Cruz de Minas	6	6,23
Ladainha	6	5,95
Água Boa	6	5,23
Orizânia	6	4,87
São Sebastião do Maranhão	6	**3,96**