



Tribunal de Contas
Mato Grosso
TRIBUNAL DO CIDADÃO

**Secretaria e Controle Externo
de Auditorias Operacionais**

AUDITORIA OPERACIONAL

**MONITORAMENTO DAS AUDITORIAS OPERACIONAIS
NA ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM VÁRZEA GRANDE**



2017



RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DAS AUDITORIAS OPERACIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Protocolo: 273.589/17

Conselheiro Relator: Gonçalo Domingos de Campos Neto

Modalidade: Relatório de Monitoramento

Ato originário: Acórdão nº 3.292/2015 –TP de 15.9.15

Objetivo: Avaliar o grau de implementação das recomendações decorrentes das auditorias operacionais da Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial no SUS pela gestão municipal da saúde em Várzea Grande

Ato de designação: Ordem de Serviço nº 00191/2018 Conex-e

Supervisão: Luiz Eduardo da Silva Oliveira – Auditor Público Externo

Equipe de Auditoria: Felipe Favoreto Groberio – Auditor Público Externo

Luiz Eduardo da Silva Oliveira – Auditor Público Externo

Período abrangido pelo monitoramento: setembro de 2015 a setembro de 2017

Período de realização do monitoramento: 1º de julho a 30 de setembro de 2017

Jurisdicionados avaliados:

1. Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande

Gestores: Lucimar Sacre de Campos – Prefeita

Diógenes Marcondes – Secretário Municipal de Saúde



RESUMO

Trata-se de monitoramento realizado para identificar o grau de implementação das recomendações exaradas a partir do Acórdão nº 3.292/15 – TP¹. Esse Acórdão se refere às auditorias operacionais realizadas em 2014 para avaliar as ações desenvolvidas na Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial pelos municípios de Mato Grosso².

Após a realização deste estudo, pôde-se evidenciar o baixo grau de implementação de ações para dar cumprimento às recomendações pertinentes aos três eixos avaliados.

Com relação às recomendações referentes à Atenção Básica, vale ressaltar a não implementação de 7 das 9 recomendações avaliadas, ou seja, 77,78%. Enfatiza-se a ausência de farmacêutico em todas as unidades de saúde visitadas e a falta de medicamentos básicos, como os destinados ao controle da hipertensão arterial e da diabetes.

No que tange à Regulação Assistencial, duas providências foram consideradas parcialmente implementadas, com destaque para a não implantação de maneira integral do Sistema Nacional de Regulação – Sisreg III na Rede de Atenção à Saúde.

A análise também evidenciou que dois terços das recomendações referentes à Assistência Farmacêutica não foram implementadas.

Ao fim do monitoramento, foi possível constatar que nenhuma das 21 deliberações sugestionadas para mitigar as causas para os problemas identificados nas auditorias foi integralmente implementada pela Secretaria Municipal de Saúde.

¹ Julgamento ocorrido em 25.8.15 e publicado em 15.9.15.

² O processo de auditoria e seu julgamento encontra-se disponível no *link*: <<http://jurisdicionado.tce.mt.gov.br/publicacao/listaPublicacaoCategoria?categoria=22>>. Acesso em: 26 set. 2017.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Objetivo e escopo	6
1.2 Visão geral do objeto	7
2. ATENÇÃO BÁSICA	8
2.1 Mecanismos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e demais níveis de atenção e controles do tempo médio de retorno de encaminhamento – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS.....	8
2.2 Adequação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, controle efetivo sobre os serviços de segurança, manutenção elétrica e hidráulica e disponibilidade de equipamentos – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS E PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA REDAÇÃO DO ACÓRDÃO Nº 3.292/2015 – TP	10
2.3 Monitoramento, avaliação e ampliação da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nas Unidades Básicas de Saúde – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS.....	13
2.3.1 Adequação da estrutura física de tecnologia de informação para monitoramento e avaliação – RECOMENDAÇÕES PARCIALMENTE IMPLEMENTADAS	15
3. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	18
3.1 Informatização do processo de regulação assistencial por meio da implantação do Sisreg III – RECOMENDAÇÃO parcialmente implementada	18
3.2 Fiscalização e acompanhamento da execução das obrigações contratadas junto aos prestadores de serviços médicos – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA	21
3.3 Infraestrutura da Central de Regulação – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA	22
4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	25
4.1 Estabelecimentos farmacêuticos	25
4.1.1 Adoção de parâmetros para definição da cobertura da rede de farmácias de dispensação – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA	25
4.1.2 Recomposição do quadro de farmacêuticos nas farmácias públicas municipais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA	27
4.2 Adequação da infraestrutura de tecnologia da informação na gestão da Assistência Farmacêutica, implantação de sistema informatizado público e capacitação de profissionais – RECOMENDAÇÕES NÃO implementadas	28
4.2.1 Estruturação da Central de Abastecimento e as farmácias públicas municipais – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA	31
4.3 Aquisição de medicamentos	33
4.3.1 Critérios utilizados na programação – RECOMENDAÇÃO EM IMPLEMENTAÇÃO	33
4.3.2 Participação em consórcios intermunicipais de saúde – RECOMENDAÇÃO EM IMPLEMENTAÇÃO	34



4.3.3 Utilização do Banco de Preços em Saúde (BPS) – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA.....	35
4.4 Interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público (MPE) e Defensoria Pública (DPE) – RECOMENDAÇÃO NÃO AVALIADA	36
5. COMENTÁRIOS DO GESTOR.....	37
6. CONCLUSÃO	44
7. Proposta de encaminhamento	45
8. REFERÊNCIAS.....	47

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1 – Procedimentos com maior número de usuários em fila de espera – SMS de Várzea Grande	14
Tabela 2 – Avaliação das deliberações do Acórdão 3.292/15 – TP para a Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande	44

SUMÁRIO DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1 – PSF Jardim Imperial.....	11
Foto 2 – PSF Água Vermelha.....	11
Foto 3 – UBS Maria Galdino da Silva	11
Foto 4 – Centro de Saúde N. Sra. da Guia.....	11
Foto 5 – UBS da Manga.....	11
Foto 6 – UBS da Manga.....	11
Foto 7 – Central de Regulação do Município de Várzea Grande.....	23
Foto 8 – UBS Jardim Imperial	26
Foto 9 – PFS Manga	26
Foto 10 – Centro de Especialidades em Saúde.....	26
Foto 11 – Centro de Especialidade em Saúde	26
Foto 12 – Registro manual da dispensação de medicamentos nas unidades de saúde inspecionadas.....	30
Foto 13 – Centro e Distribuição de Medicamentos	32
Foto 14 – Coordenação da Assistência Farmacêutico.....	32
Foto 15 – Extintor de incêndio dentro da data de validade da carga	32
Foto 16 – Estoque de medicamentos sob controle especial	32



LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPS – Banco de Preços em Saúde
CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico
CDS – Coleta de dados simplificada
CDMIC – Centro de Distribuição de Medicamentos e Insumos
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRT – Certidão de Regularidade Técnica
DAB – Departamento de Atenção Básica
DPE – Defensoria Pública Estadual
ERS – Escritórios Regionais de Saúde
Hórus – Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica
MAC – Média e alta complexidade
MPE – Ministério Público Estadual
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMC – Comissão Permanente de Contratualização
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
Sisab – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
Sisreg – Sistema Nacional de Regulação
SUS – Sistema Único de Saúde
TCE/MT – Tribunal de Contas de Mato Grosso
TI – Tecnologia da informação
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família



1. INTRODUÇÃO

1. Trata-se de monitoramento para avaliar as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande, na Atenção Básica, na Regulação Assistencial e na Assistência Farmacêutica a partir do Acórdão nº 3.292/15 – TP.

2. Várzea Grande foi selecionada para avaliação a partir de levantamento realizado junto aos 31 municípios auditados em 2014. Além disso, o levantamento definiu a realização de monitoramento nos municípios de Cáceres, Cuiabá, Rondonópolis e Sinop.

1.1 Objetivo e escopo

3. Este monitoramento visa a avaliar o grau de implementação das recomendações para sanar as impropriedades identificadas nas auditorias realizadas em 2014 na Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial em Mato Grosso.

4. Diante da limitação de recursos humanos e do número de recomendações previstas no Acórdão, um levantamento preliminar selecionou e identificou, consoante os critérios de relevância, materialidade e risco, os municípios e as recomendações considerados prioritários para a realização dos trabalhos de monitoramento.

5. Assim, o escopo limitou-se às providências adotadas por cinco dos 31 municípios avaliados nas auditorias: Cáceres, Cuiabá, Rondonópolis Sinop e Várzea Grande e se concentrou nas seguintes áreas:

a) Atenção Básica: planejamento municipal dos serviços de Atenção Básica; referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção; adequação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde às normas fixadas pelo Ministério da Saúde; avaliação do acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; mecanismos de monitoramento e avaliação; estrutura física de Tecnologia da Informação, equipes e adoção de portfólio de indicadores para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

b) Regulação Assistencial: infraestrutura da Central de Regulação; informatização do processo de regulação assistencial, oferta de serviços do SUS e comunicação com o usuário; fiscalização e acompanhamento da execução das obrigações contratadas junto aos prestadores de serviços médicos.

c) Assistência Farmacêutica: estruturação dos estabelecimentos farmacêuticos; responsabilidade técnica pelos estabelecimentos farmacêuticos; sistema informatizado de gestão da Assistência Farmacêutica; programação para aquisição



de medicamentos; e interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público Estadual – MPE e Defensoria Pública Estadual – DPE.

6. Cumpre informar que a metodologia utilizada na análise está descrita no Apêndice deste relatório.

1.2 Visão geral do objeto

7. O art. 196 da Constituição Federal preconiza 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 sua promoção, proteção e recuperação”.

8. A saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme determina o artigo 2º da Lei Federal nº 8.080/90.

9. Para a maximização do preceito constitucional, faz-se necessário que os municípios implementem ações para garantir a organização e o funcionamento da saúde pública em suas respectivas circunscrições, nas três áreas objeto desse levantamento.

10. A Atenção Básica consiste na porta de entrada preferencial dos usuários com o sistema público de saúde. Estudos demonstram que quando esse nível de atenção funcionando adequadamente pode resolver cerca de 70% dos problemas de saúde da população.

11. A Regulação Assistencial é a atividade regulatória responsável pelo gerenciamento e pela priorização dos acessos e dos fluxos assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ela atua visando ajustar a oferta de serviços de forma adequada, racional e equânime para atender as necessidades de saúde dos usuários.

12. Uma rede de assistência pouco resolutiva provoca a busca pela população por mecanismos alternativos de acesso aos serviços de saúde, como a judicialização do direito à saúde e os requerimentos de Tratamentos Fora de Domicílio - TFD.

13. A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento com um insumo essencial para a qualidade de vida da população.

14. Um planejamento inadequado nos processos de seleção e aquisição de fármacos possibilita o desabastecimento de medicamentos, com impacto no número de ações judiciais contra os municípios.



2. ATENÇÃO BÁSICA

2.1 Mecanismos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e demais níveis de atenção e controles do tempo médio de retorno de encaminhamento – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS

15. Com relação às deficiências identificadas em relação aos mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção nos municípios da amostragem, o Tribunal Pleno assim se manifestou por meio do Acórdão:

Almejando conceder maior resolutividade à Atenção Básica, recomenda-se às Secretarias Municipais de Saúde que:

- a) criem mecanismos que institucionalizem o registro da contrarreferência; e
- b) estabeleçam controles do tempo médio de retorno de encaminhamento e também do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos.

16. Preliminarmente ao monitoramento, realizou-se levantamento junto aos municípios abrangidos pelas auditorias operacionais a fim de selecionar as recomendações mais relevantes para o acompanhamento.

17. Constatou-se que, em mais de 90% dos jurisdicionados avaliados inexistia controle do tempo médio de retorno dos pacientes às unidades de Atenção Primária. Ademais, apenas 37,9% realizava controle do percentual de encaminhamento da Atenção Básica para os demais níveis de atenção.

18. Diante disso, ficou evidenciado um BAIXO grau de implementação das recomendações contempladas nos itens “a” e “b”. Por esse motivo, propôs-se que o monitoramento desses pontos, uma vez que a contrarreferência é um instrumento fundamental para a melhor abordagem e tratamento dos usuários encaminhados pela Atenção Básica.

19. Por meio dela, um médico especialista, ou qualquer outro profissional de saúde envolvido, apresenta em forma de relatório o caso do paciente à equipe que o assiste no primeiro nível de atenção. Deste modo, a unidade que encaminhou o paciente toma conhecimento das principais hipóteses diagnosticadas, assim como quais serão as condutas e tipo de abordagem a serem adotados no acompanhamento do usuário do SUS.

20. Em Várzea Grande, conforme resposta da Coordenadora Municipal da Atenção Básica, a Secretaria de Saúde instituiu mecanismos para o registro da contrarreferência.



21. Por outro lado, nas visitas realizadas às unidades de Atenção Primária durante a fase de execução do monitoramento, os enfermeiros responsáveis foram indagados acerca do assunto. Por meio das respostas, constatou-se que 50% dos entrevistados consideram a contrarreferência na Rede Municipal de Saúde “razoável ou ruim”; e 50% a consideram “boa”.

22. Esses profissionais da Atenção Básica, muitas vezes, só tomam conhecimento da situação do paciente num eventual retorno deste ou por meio de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

23. Na entrevista aplicada à responsável pela coordenação da Atenção Básica no município, o assunto também foi abordado por meio da seguinte pergunta:

A Secretaria Municipal de Saúde realiza controle do tempo médio de retorno de encaminhamento e também do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos?

24. Diante da resposta negativa ao questionamento, identificou-se que a SMS não instituiu indicadores visando controlar o tempo médio de retorno dos pacientes às unidades da atenção primária após o encaminhamento. Também não foram identificados controles formalizados acerca da contrarreferência.

25. Isso demonstra que os profissionais da alta e média complexidade não têm a cultura de contrarreferenciar os pacientes com a especificação clara do diagnóstico. Nesse sentido, quando os pacientes chegam às UBS para dar continuidade ao tratamento, os profissionais da Atenção Primária não conseguem informar com clareza o diagnóstico recebido nos outros níveis de atenção.

26. Desse modo, propõe-se considerar as recomendações pertinentes aos itens analisados “não implementadas”.

27. Com relação ao tema, a gestão municipal da saúde – em Plano de Ação apresentado ao TCE – propõe implantar o sistema de referência e contrarreferência até o mês de julho de 2018. No entanto, a administração municipal não indicou responsável pela condução do processo.

28. O gestor aponta ainda, dentre as ações já concluídas: criação de um grupo multiprofissional para discussão e elaboração do fluxo sobre violência infantil; realização de um cronograma de capacitação em imunização para técnicos de enfermagem e enfermeiros a partir do mês de janeiro de 2018; e realização de reunião de médicos e enfermeiros das UBS sobre pré-natal e rede cegonha.



29. Conforme se pode constatar, tais providências, ainda que sejam muito importantes no âmbito da Rede Municipal de Saúde, não guardam relação direta com os mecanismos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

2.2 Adequação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, controle efetivo sobre os serviços de segurança, manutenção elétrica e hidráulica e disponibilidade de equipamentos – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS E PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA REDAÇÃO DO ACÓRDÃO Nº 3.292/2015 – TP

30. Tendo em vista as deficiências estruturais identificadas nas unidades de saúde da Atenção Primária, o Tribunal Pleno assim se manifestou por meio do Acórdão nº 3.292/15 – TP:

Com o objetivo de se obter unidades de Atenção Básica com estrutura em conformidade com a legislação aplicável e que possibilitem o aumento da produtividade e resolutividade dos atendimentos, condições adequadas de trabalho aos profissionais da saúde e diminuição da demanda na média e alta complexidade, recomenda-se às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) elaborem um plano de ação para adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde à legislação aplicável; b) exerçam controle efetivo sobre os serviços de segurança das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir a contínua prestação de serviços; e c) avaliem as Unidades Básicas de Saúde quanto à necessidade de manutenção elétrica e hidráulica e a disponibilidade de equipamentos de combate e prevenção de incêndios, assim como de lâmpadas e disponibilizem os serviços necessário.

31. Para a avaliação dessas recomendações, foram realizadas visitas às unidades de saúde da Atenção Primária: PSF Imperial, PFS Água Vermelha, UBS Maria Galdino da Silva, Centro de Saúde Nossa Senhora da Guia, PFS Manga. Considerando que o município tem 18 unidades de saúde na Atenção Básica³, essa amostra representou 27% desse total.

32. Durante as inspeções se constatou que, com exceção da UBS Maria Galdino da Silva – que tem vigilância 24 horas por dia –, todas as unidades de Atenção Primária possuíam vigilância apenas durante a noite. Ademais, em nenhuma das unidades visitadas identificou-se sistema de vigilância eletrônica.

33. No que se refere à proteção contra incêndios, excetuando-se o PSF Água Vermelha e o PSF Manga, não foi identificada a existência de extintores de incêndio nas unidades de saúde do primeiro nível de atenção ou, quando identificado, esses extintores encontravam-se vencidos.

³ De acordo com o Ofício nº 291/CGM/2017 – Anexo 2.



34. Os registros fotográficos das unidades visitadas na fase de execução do monitoramento constam das fotos 1 a 6:

Foto 1 – PSF Jardim Imperial



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 2 – PSF Água Vermelha



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 3 – UBS Maria Galdino da Silva



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 4 – Centro de Saúde N. Sra. da Guia



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 5 – UBS da Manga



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 6 - UBS da Manga



Fonte: inspeções físicas realizadas.

35. Conforme observação direta e confirmação pelos gestores das unidades visitadas, as Unidades da Atenção Primária avaliadas não se enquadravam na Política Nacional de Atenção Básica – Pnab em relação à estrutura física.

36. Cabe destacar que foram identificadas diversas fragilidades, desde ausência de insumos básicos e equipamentos (algodão, medicamentos de distribuição gratuita para hipertensão e diabetes e outros) à inexistência de banheiros adaptados às pessoas com deficiência e presença de infiltrações.



Evidenciou-se também que, apesar de ocorrer dispensação de medicamentos em todas as unidades visitadas, não havia farmacêutico ou responsável técnico em nenhuma delas.

Ainda, em todas as unidades visitadas, foi constatada a falta de medicamentos⁴ do Hiperdia – fármacos destinados ao controle da hipertensão arterial e da diabetes. Em uma das unidades⁵, essa insuficiência já ocorria há mais seis meses.

37. De acordo com a literatura científica⁶, as principais complicações diretas da ausência de controle sobre hipertensão são: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

38. Em relação à falta de medicamentos para diabetes, a literatura especializada⁷ elenca as complicações ocasionadas quando a glicemia (açúcar no sangue) se mantém elevada durante muito tempo: doença cardíaca e enfarte, lesões renais, oculares e neurológicas.

39. Por outro lado, indiretamente, a ausência de tratamento da hipertensão e diabetes representa custos financeiros e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações clínicas.

40. Além disso, constatou-se falta recorrente de material para realização de curativos em 60% das unidades básicas de saúde visitadas (PSF Imperial, PFS Água Vermelha e Centro de Saúde Nossa Senhora da Guia). Nesta última, constatou-se ausência de escova para realização de exame preventivo de câncer do colo de útero (Papanicolau) há mais de dois meses.

41. Cabe destacar que as recomendações em análise devem ser interpretadas conforme seu objetivo (interpretação teleológica), visando identificar se os fins nelas implícitos foram atingidos pelas ações do administrador público (adequação da infraestrutura das unidades da Atenção Básica).

42. Não caberia neste monitoramento, portanto, somente identificar se o gestor elaborou o devido plano de ação ou se avaliou as condições estruturais das unidades da Atenção Básica. Com efeito, os fins almejados pelo Tribunal de Contas não se limitam a essa mera formalidade.

⁴ Fornecimento gratuito de medicamentos: glibenclamida, nifedipina, captopril, propranolol, entre outros.

⁵ PSF Água Vermelha.

⁶ **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012>. Acesso em: 6 out. 2017.

⁷ **Complicações associadas à Diabetes Mellitus.** Disponível em: <<http://controlardiabetes.pt/entender-a-diabetes/complicacoes-associadas-a-diabetes-mellitus>>. Acesso em 6 out.2017.



43. Diante deste contexto, sugere-se, que as recomendações sejam consideradas “não implementadas” e, ainda, propõe-se a alteração da redação para: **“adeque a infraestrutura das Unidades Básica de Saúde de acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde e assegure o abastecimento dos insumos, materiais e medicamentos básicos necessários para a operacionalização das unidades e atendimento resolutivo aos usuários do SUS”**.

44. Com relação a este tema, a SMS Várzea Grande, propõe – até dezembro de 2018 – reformar cinco UBS e uma Clínica de Atenção Primária à Saúde; ampliar uma UBS e ampliar as condições de infraestrutura das unidades; e adequar as UBS e garantir as adequações necessárias à acessibilidade. Para o atingimento desses objetivos, o gestor estipulou o mês de dezembro de 2018.

45. Também no caso dessas propostas, a administração municipal da saúde não elegeu nenhum responsável. A Secretária de Saúde elenca ainda duas ações que já teriam sido concluídas, quais sejam: processo licitatório em andamento para a aquisição de equipamentos para as UBS e previsão de realização de concurso público para a contratação de vigias para o período diurno.

46. Conforme se pode notar, o gestor aponta, dentre as ações já concluídas, providências que ainda não foram executadas.

2.3 Monitoramento, avaliação e ampliação da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nas Unidades Básicas de Saúde – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS

47. Com relação à matéria, o TCE/MT assim se manifestou:

Visando ao aumento da probabilidade de que médicos e enfermeiros realizem diagnóstico correto e tempestivo do paciente, recomenda-se às Secretarias Municipais de Saúde:

a) monitorem e avaliem a prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a garantir a oferta de um serviço adequado às Unidades Básicas de Saúde; b) ampliem a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de forma compatível com a demanda das Unidades Básicas de Saúde.

48. O item “a” foi tratado especificamente no tópico 3.2 deste relatório. Na ocasião, a Secretaria Municipal de Saúde não apresentou os instrumentos de controle e avaliação dos serviços executados pelos estabelecimentos de saúde privados⁸, conforme determina o art. 4º da Portaria GM/MS nº 2.567, de 5 de novembro 2016.

⁸ Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.



49. O Item “b” foi abordado durante entrevista realizada com a Coordenadora de Atenção Básica do município por meio da seguinte pergunta:

Em sua opinião, a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico evoluiu de forma compatível com a demanda nos últimos três anos?

50. A entrevistada respondeu de forma positiva. Para corroborar essa afirmação, a SMS Várzea Grande apresentou documentação⁹ informando 1.725 pacientes na fila de espera para realização de exame laboratoriais, com um tempo estimado de espera de 56 dias; e 16.843 pacientes aguardando para realizar procedimentos de média complexidade, com um tempo médio de espera de 56 dias.

51. Por outro lado, analisando as respostas encaminhadas pela Central de Regulação do Município, constataram-se procedimentos de média complexidade para os quais não existe oferta no município.

Tabela 1 – Procedimentos com maior número de usuários em fila de espera – SMS de Várzea Grande

Procedimento	Nº de usuários em fila de espera	Disponibilidade dos serviços
Ecocardiograma	531	Não é ofertado
Ultrassonografia	8.981	Não é ofertado
Raio X	3.325	Sem prestador para emissão de laudo
USG transvaginal	3.182	Não é ofertado há mais de 360 dias
USG AB Total	1.586	Sem prestador que emita laudo

Fonte: Central de Regulação de Várzea Grande.

52. Em seguida, indagou-se à responsável pela gestão da Atenção Primária no município:

A Secretaria Municipal de Saúde realiza processo de Monitoramento e de Avaliação da prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a garantir a oferta de um serviço adequado às Unidades Básicas de Saúde?

53. Na sua resposta, a responsável pela Coordenação de Atenção Básica da SMS Várzea Grande alegou que realiza esse tipo de monitoramento. Entretanto, conforme demonstrado na Tabela 2, o Monitoramento e Avaliação realizado pela gestão municipal da saúde não garante a oferta de procedimentos imprescindíveis para o diagnóstico dos pacientes.

⁹ Ofício 336/GAB/SMS/VG – Anexo 3.



54. **Diante das informações apresentadas, propõe-se que as recomendações expressas nos itens “a” e “b” sejam consideradas “não implementadas”.**

55. Com relação a este tema, a SMS Várzea Grande, propõe – até dezembro de 2018 – reformar cinco UBS e uma Clínica de Atenção Primária à Saúde; ampliar uma UBS e ampliar as condições de infraestrutura das unidades; e adequar as UBS e garantir as adequações necessárias à acessibilidade. Para o atingimento desses objetivos, o gestor estipulou o mês de dezembro de 2018.

56. Também no caso dessas propostas, a administração municipal da saúde não elegeu nenhum responsável. A Secretária de Saúde elenca ainda duas ações que já teriam sido concluídas, quais sejam: processo licitatório em andamento para a aquisição de equipamentos para as UBS e previsão de realização de concurso público para a contratação de vigias para o período diurno.

57. Conforme se pode notar, o gestor aponta, dentre as ações já concluídas, providências que ainda não foram executadas.

2.3.1 Adequação da estrutura física de tecnologia de informação para monitoramento e avaliação – RECOMENDAÇÕES PARCIALMENTE IMPLEMENTADAS

58. Com relação às deficiências em relação à Tecnologia de Informação – TI disponível na Atenção Básica, o que prejudica a realização do monitoramento e avaliação neste nível de atenção, o TCE/MT assim deliberou:

Visando à melhoria nos serviços prestados na Atenção Básica à população e com o objetivo de garantir o monitoramento e avaliação das ações de saúde, recomenda-se às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) elaborem um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para monitoramento e avaliação da Atenção Básica; b) adequem a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico.

59. Tendo em vista que a disponibilidade de infraestrutura de tecnologia da informação - que abrange itens como *hardware*, *software* e *internet* – é indispensável para o planejamento estratégico, execução com eficiência e para as atividades pertinentes ao acompanhamento das políticas públicas de saúde, foi proposto, após levantamento preliminar a avaliação das recomendações expressas nos itens “a” e “b”.

60. Vale lembrar que, durante a auditoria operacional, constatou-se que *apenas 33% dos municípios visitados apresentavam estrutura e suporte técnico de TI adequado para realizar o monitoramento e avaliação da Atenção Básica. Detectou-se, de forma semelhante, que 13% das UBS visitadas não possuem computadores.*



61. Para realizar este monitoramento, a equipe do TCE/MT realizou visitas técnicas à Secretaria Municipal de Saúde, à Coordenadoria de Atenção Básica e às unidades de saúde do primeiro nível de atenção.

62. Entre as unidades da Atenção Primária, identificou-se a existência de pelo menos três computadores e de rede de *internet*. Contudo, em que pese a instalação de computadores e periféricos nas unidades de saúde, a gestora da Atenção Básica considera insuficiente e inadequada a estrutura de TI para as atividades de Monitoramento e Avaliação, alegando a ausência de computadores e de *internet* em determinadas localidades.

63. Corroborando a afirmação apresentada pela Gestão, em duas das cinco unidades de saúde inspecionadas (PSF Água Vermelha e Centro de Saúde Nossa Senhora da Guia), constatou-se que a qualidade da *internet* é inadequada ao registro tempestivo das informações no e-SUS.

64. Constatou-se, ainda, que o sistema e-SUS do Ministério da Saúde está implementado nas unidades visitadas. No entanto, conforme informado pela gestora, determinadas UBS ainda não implementaram esse sistema.

65. O e-SUS operacionaliza o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – Sisab, instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013 e passou a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica – Pnab.

66. Tais sistemas¹⁰ do e-SUS AB foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para atender aos processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizados por profissionais de todas as equipes de Atenção Básica.

67. Com o Sisab, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe. Para tanto, é necessário o registro das informações por parte do ente federado.

68. Na página da *internet* do Ministério da Saúde¹¹ é possível consultar tais indicadores. Em acesso realizado ao site em 14.9.17, constatou-se que os dados referentes ao município de Várzea Grande – período entre julho de 2016 a setembro de 2017 – estão disponíveis para visualização.

¹⁰ A estratégia e-SUS AB é composta por dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no Sisab: Coleta de Dados Simplificado – CDS e Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC.

¹¹ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. Disponível em: <<http://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorio/indicadores/PubRelIndicadores.xhtml>>. Acesso em: 9 out.2017.



69. Além disso, cabe destacar a implementação do módulo ambulatorial do Sisreg III em todas unidades de saúde visitadas. Esse sistema permite a sistematização de algumas funções úteis para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica, entre outras¹²:

- ✓ Facilitar o planejamento dos recursos assistenciais em uma região;
- ✓ Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
- ✓ Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes pública e contratada;
- ✓ Disponibilizar informações sobre a oferta de consultas e exames especializados;
- ✓ Controlar as agendas dos profissionais de saúde.

70. **Diante do exposto e, considerando que determinados Centros de Saúde ainda não implantaram o e-SUS devido à ausência de computadores e baixa qualidade da rede de *internet*, propõe-se considerar “parcialmente implementadas” as recomendações expressas nos itens “a” e “b”.**

71. Com relação ao tema, a gestão propõe, na peça de planejamento encaminhada ao Tribunal de Contas adequar a rede lógica das unidades de Atenção Básica até dezembro de 2018.

72. Para tanto, a gestão pretende adquirir computadores para serem utilizados em todos os ambientes das unidades do primeiro nível de atenção, instalar rede de fibra óptica e implementar o e-SUS em 100% da Rede de Atenção Primária.

¹² **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS.** Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso: 9 out.2017.



3. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

3.1 Informatização do processo de regulação assistencial por meio da implantação do Sisreg III – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA

62. Com relação às deficiências em relação à tecnologia de informação disponível na Regulação Assistencial que prejudicam a realização do monitoramento e avaliação neste nível de atenção, o TCE/MT assim deliberou:

Com o objetivo de propiciar agilidade no agendamento dos serviços de saúde, possibilitar a emissão de relatórios tempestivos que auxiliem o controle, avaliação, planejamento e programação, bem como acesso aos leitos e às consultas não dependentes da gerência interna de cada estabelecimento de saúde, ficando sob controle da central de regulação, e garantir o acesso baseado em critérios impessoais, de acordo com as condições clínicas dos usuários, fluxos estabelecidos e protocolos de regulação, recomendar às Secretarias Municipal de Saúde que:

a) implementem e operacionalizem o Sisreg III, de forma integrada, em todos os módulos de operação, para acompanhamento do usuário em todo o processo.

63. O inciso XII do artigo 4º da Portaria GM/MS 1.559/08 prevê que a Regulação da Atenção à Saúde será efetivada pela utilização de sistemas de informação que subsidiam o cadastro, a produção e a regulação do acesso aos serviços de saúde prestado pelo SUS.

64. Com o objetivo de promover a informatização dos Complexos Reguladores, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Nacional de Regulação – Sisreg. Trata-se de um sistema *web*, gratuito, utilizado para gerenciar todo o fluxo de acesso aos serviços de saúde da rede de atenção básica à internação hospitalar.

65. Entre os módulos de operação do Sisreg III, pode-se destacar o ambulatorial e o hospitalar. O primeiro tem entre suas funcionalidades¹³ disponibilizar informações sobre a oferta de consultas e exames especializados, controlar o fluxo dos usuários no sistema (solicitação, agendamento e atendimento) e detectar a ocorrência de cancelamentos por motivo definido e impedimentos de agendas.

66. Já o módulo hospitalar permite acompanhar a alocação e a disponibilidade de leitos de urgência e eletiva em tempo real, agendar e autorizar as internações eletivas e controlar o fluxo dos pacientes nos hospitais, desde a admissão, internação e alta do paciente.

¹³ Funcionalidades do Sisreg III. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 26 set.17.



67. Para averiguar a implementação dessa recomendação pertinente à implantação e operacionalização do Sisreg III, foi necessário examinar, em conjunto com técnicos da Central de Regulação de Várzea Grande, o sistema de informação adotado pela Secretaria de Saúde.

68. Na oportunidade, ficou identificada a implementação do Sisreg III (módulo ambulatorial) na Central de Regulação, bem como nas unidades públicas de saúde visitadas. Ainda, de acordo com entrevista semi-estruturada realizada com os responsáveis, foi relatado que o nível de implementação do módulo ambulatorial nas unidades públicas de saúde estaria entre 90% a 100%.

69. Essa informação foi corroborada por meio das inspeções físicas realizadas, nas quais ficou evidenciado a utilização do Sisreg III módulo ambulatorial em todas unidades de saúde visitadas.

70. Vale destacar que a SMS de Várzea Grande normatizou, por meio de portaria¹⁴, a obrigatoriedade de agendamento de consultas especializadas, via Sisreg III, pelas Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde e Equipes de Saúde da Família – ESF).

71. Entre os resultados positivos advindos com a implantação do Sisreg III (módulo ambulatorial) pela SMS de Várzea Grande, pode-se destacar agilidade, transparência e equidade na realização de consultas e exames especializados.

72. Por outro lado, durante entrevista realizada com a equipe técnica da regulação, além de inspeções realizadas no sistema de regulação utilizado pela SMS, constatou-se que a gestão de saúde de Várzea Grande ainda não implantou o módulo hospitalar do Sisreg III.

73. Entre as funcionalidades e os benefícios desse módulo (hospitalar), pode-se citar¹⁵:

- ✓ Acompanhar a alocação de leitos (urgência e eletiva);
- ✓ Acompanhar a disponibilidade de leitos em tempo real;
- ✓ Agendar e autorizar as internações eletivas;
- ✓ Controlar o fluxo dos pacientes nos hospitais (admissão, período da internação e alta);
- ✓ Disponibilizar informações sobre internações para o faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH.

¹⁴ Portaria GAB/SMS/VG nº 63, de 1º de setembro de 2016.

¹⁵ Conass, Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 20 set. 17



74. A não utilização do módulo hospitalar na regulação de pacientes resulta na morosidade dos agendamentos dos serviços de saúde, na fragilidade do fluxo regulatório dos pacientes em fila de espera e na ausência de relatórios tempestivos e fidedignos para o planejamento institucional.

75. A morosidade relaciona-se às fragilidades nos agendamentos dos serviços, decorrente do tempo excessivo para entrega de malotes nas unidades, dos cadastros manuais e dos erros de preenchimento das solicitações de procedimentos.

76. A fragilidade no controle está relacionada aos mecanismos de fuga ao fluxo regulatório, causando prejuízo à impessoalidade, permitindo que, por meio influências pessoais, o usuário acesse ao serviço público de saúde em detrimento daqueles que aguardam na fila de espera.

77. Por sua vez, a ausência de relatórios está relacionada à informação gerencial que o sistema disponibiliza ao gestor público para tomada de decisão. A falta de dados sobre demanda reprimida, por exemplo, reflete diretamente na contratação de serviços necessários para suplementar a capacidade instalada do município.

78. **Diante disso, considerando que a Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande não implantou o Sisreg III (módulo hospitalar), propõe-se que essa recomendação seja considerada “parcialmente implementada”.**

79. Com relação à implementação do Sisreg III, a gestão municipal da saúde não apresenta nenhuma proposta no Plano de Ação. No entanto, elenca três ações já contempladas, quais sejam:

- 1) Implantação do Sisreg III ambulatorial em todas as unidades de saúde (concluído);
- 2) Implantação do Sisreg III módulo hospitalar no Hospital Municipal e Pronto Socorro de Várzea Grande (fevereiro de 2018);
- 3) Implantação do Sisreg III módulo hospitalar no prestador de serviços Hospital e Maternidade Lírio dos Vale.

80. Vale lembrar que a análise preliminar identificou que, apesar de o módulo ambulatorial do Sisreg III já ter sido implementado na Atenção Básica, o módulo hospitalar ainda não foi implantado nas unidades de média e alta complexidade e nem mesmo na Central de Regulação.

81. Por esse motivo, foi atribuída a classificação “parcialmente implementada” à recomendação em comento.



3.2 Fiscalização e acompanhamento da execução das obrigações contratadas junto aos prestadores de serviços médicos – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA

82. Com relação ao tema, o Pleno assim se manifestou:

Com o objetivo de ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde e redução das filas de espera pela continuidade dos atendimentos, recomendar às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) fiscalizem e monitorem o desempenho dos prestadores de serviços de forma a garantir a prestação dos serviços contratualizados.

83. O acompanhamento e a fiscalização dos contratos públicos é uma das etapas fundamentais na contratação de serviços públicos na área da saúde. Portanto, o gestor público deve aferir de forma sistemática a correspondência entre o que foi contratado e efetivamente executado, conforme os padrões definidos em contrato celebrados com empresas privadas ou entidades filantrópicas prestadoras de serviço.

84. O art. 67 da Lei 8.666/93 é claro ao determinar que a execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante da Administração especialmente designado.

85. A Portaria¹⁶ GM/MS nº 2.567, de 5 de novembro de 2016, estabelece em seu art. 4º que a instituição privada com a qual a Administração Pública celebrará contrato deverá, entre outras:

- ✓ Estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- ✓ Submeter-se a avaliações sistemáticas pela gestão do SUS;
- ✓ Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- ✓ Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto pactuado com o ente federativo contratante.

86. Para comprovar o atendimento dessa normatização, foi requisitado¹⁷ à Secretaria de Saúde relatórios de acompanhamento dos prestadores de serviços contratualizados com o município. As informações repassadas, contudo, não demonstram o exercício de atividades fiscalizatórias sobre os prestadores de serviços da área de saúde.

87. Em relação aos questionamentos, o Gestor respondeu ao TCE:

[...] o município não possui contratualização com prestadores, ou seja, os contratos existentes não estão contemplados as metas conforme portaria ministerial que estipula medidas. Nossos contratos são por produção executada conforme demanda. Estamos trabalhando/preparando para inserção a partir de 2018, conforme PTA. (Ofício nº 291/GGM/2017 – Anexo2)

¹⁶ Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

¹⁷ Por meio do Ofício nº 111/2017/SAU – Anexo 1.



88. Não obstante as informações prestadas, vislumbra-se que não há impedimento ao controle e à apuração da produção executada, visando auditar, de fato, se os serviços médicos foram executados.

89. Inclusive, naquilo que for compatível, é recomendável que a SMS adote mecanismos de contratação de prestadores de serviços na área da saúde nos moldes da Portaria¹⁸ GM/MS nº 3.410/13, porquanto esse instrumento normativo estabelece as diretrizes para delinear as responsabilidades dos entes federativos contratantes e das entidades privadas contratadas no âmbito do SUS.

90. **Pelo exposto, considerando que a Secretaria Municipal de Saúde não apresentou os instrumentos efetivos de controle e avaliação dos serviços executados pelos estabelecimentos de saúde privados, sugere-se considerar a recomendação “não implementada”.**

91. Com relação aos mecanismos de fiscalização, controle e avaliação dos serviços médicos contratados, a administração municipal da saúde propõe a instituição de sistema de controle, avaliação, regulação e auditoria até março de 2018. Tal providência, que, assim como as outras ações elencadas no Plano de Ação apresentado, não possui a indicação de responsável.

3.3 Infraestrutura da Central de Regulação – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA

92. Tendo em vista as fragilidades estruturais identificadas nas Centrais de Regulação nos Municípios, o Tribunal Pleno assim se manifestou por meio do Acórdão nº 3.292/15 – TP:

Com vistas a proporcionar condições adequada de trabalho que propiciem o aumento da produtividade e a tempestividade dos processos de regulação, recomendar às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) estructurem adequadamente as Centrais de Regulação Municipais com os materiais e mobiliários necessários às atividades que realizam, de acordo com a legislação aplicável, fornecendo a este Tribunal relatório gerencial acerca das ações implementadas. **As ações implementadas devem ter como objetivo:** prover infraestrutura física proporcional ao quantitativo de servidores; informatizar as Centrais de Municipais de Regulação, a fim de integrar o Sistema de Regulação Municipal e Estadual; implantar o Sistema de Informação de Regulação do acesso às ações e serviços de saúde – Sisreg III; configurar controle de acesso dos usuários de forma equânime ao sistema informatizado; acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre unidades e municípios; permitir um referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; dotar a Central de Regulação dos profissionais necessários à adequada execução dos trabalhos.

¹⁸ Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar.



93. Preliminarmente, cabe destacar que o relatório gerencial acerca das ações implementadas para atender ao comando expresso nesta recomendação não foi apresentado ao TCE/MT pelos jurisdicionados.

94. Apesar disso, avaliou-se a infraestrutura das centrais de regulação dos municípios por meio de observação direta, aplicação de *checklist* e entrevista estruturada com os respectivos coordenadores da Regulação Assistencial.

95. No tocante à infraestrutura da Central de Regulação de Várzea Grande, ficou evidenciado, de maneira geral, condições inadequadas de trabalho a que estão submetidos os profissionais da área.

96. Para corroborar essa afirmação, o coordenador da unidade foi abordado sobre a suficiência de materiais de consumo, bem como de profissionais para atender a execução dos trabalhos.

97. Conforme inspeção realizada em 14.8.17, havia nove profissionais¹⁹ lotados na central de regulação do município. Cumpre lembrar que, durante a Auditoria Operacional realizada em 2014, constatou-se que a unidade dispunha de onze profissionais em seu quadro.

Foto 7 – Central de Regulação do Município de Várzea Grande



Fonte: inspeções físicas realizadas.

¹⁹ Três médicos reguladores, um administrador de sistema (Sisreg), dois técnicos administrativos, um coordenadores, um estagiário e uma recepcionista.



98. Conforme pode ser visualizado na Foto 7, além da sala de espera para atendimento direto ao cidadão, a central de regulação dispõe de apenas uma sala, com dimensões insuficientes, para acomodar sete funcionários.

99. Cabe informar que Sistema de Informação de Regulação foi implantado de forma parcial na SMS de Várzea Grande, conforme foi visto na análise do item 3.3.

100. Durante as inspeções físicas identificou-se que os mobiliários equipamentos de informática e o acesso à *internet* eram suficientes e de qualidade para execução dos trabalhos.

101. **Diante disso, considerando a implementação parcial do Sisreg III (módulo ambulatorial) e a melhoria identificada na disponibilização de equipamentos de informática e de mobiliários em geral, propõe-se que esta recomendação seja considerada “parcialmente implementada”.**

102. Com relação à estruturação da Central de Regulação, o gestor alega que planeja – para o ano de 2018 – a transferência da sede do complexo para novo local. No entanto, a administração da saúde de Várzea Grande não indica responsável nem data específica para o cumprimento da ação.



4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.1 Estabelecimentos farmacêuticos

103. Com relação às fragilidades em relação à suficiência de farmacêuticos nas unidades de dispensação e distribuição inadequada dos estabelecimentos farmacêuticos nas redes de saúde dos municípios da amostragem, o Tribunal Pleno assim se manifestou por meio do Acórdão:

Na busca pela maior qualificação dos serviços farmacêuticos prestados à população, com vistas à atenção farmacêutica, à promoção da saúde individual e coletiva e ao uso racional de medicamentos, recomendar às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) adotem o parâmetro definido pela Organização Mundial de Saúde para a definição da cobertura de uma rede de farmácias; e b) recomponham o quadro de farmacêuticos nas farmácias públicas municipais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico, conforme determina a Lei nº 13.021/14 e a Resolução CFF nº 578/13.

4.1.1 Adoção de parâmetros para definição da cobertura da rede de farmácias de dispensação – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA

104. A auditoria realizada em 2014, evidenciou que, para cada dez farmácias municipais, oito não contavam com profissional técnico habilitado para qualificar os serviços farmacêuticos prestados à população.

105. Entre as causas, foi identificado que a descentralização excessiva das farmácias públicas municipais impedia a investidura de farmacêuticos para atender aos diversos pontos de dispensação de medicamentos.

106. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde define que há a necessidade de disponibilização de uma farmácia a cada 20 mil habitantes em município de até 100 mil habitantes, e uma farmácia para cada 30 mil habitantes em municípios com mais de 100 mil habitantes.

107. Após essa definição, o gestor deveria alocar as unidades em pontos estratégicos da região para alcance de um maior número de usuários.

108. A aplicação da recomendação da OMS ao caso concreto de Várzea Grande, permite identificar uma demanda de nove farmácias para atender a dispensação de medicamentos no município²⁰.

²⁰ População de acordo com o censo registrado em 2010 é de 252.596 pessoas. Dividindo-se esse valor por 30.000 mil habitantes, o resultado é de 8.42 farmácias necessárias para atender a demanda do município.



109. Entretanto, o município possui 25 pontos de dispensação de medicamentos, localizados no interior das unidades de saúde de sua Rede de Atenção, Policlínicas, Unidade de Pronto Atendimento, hospital Pronto Socorro, PFS e UBS²¹. Na análise dos documentos encaminhados, ficou evidenciado que somente em cinco pontos de dispensação há farmacêuticos²².

110. Durante visitas às unidades de saúde²³, constatou-se que apenas o Centro de Especialidade em Saúde tinha farmacêutico para realização de dispensação de medicamentos. A ausência desse profissional nos pontos de dispensação descumpre diretamente ao que é preconiza no art. 5º da Lei Federal nº 13.021/14.

111. Os registros fotográficos demonstram os estabelecimentos que foram objeto de inspeção física durante o monitoramento:

Foto 8 – UBS Jardim Imperial



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 9 – PFS Manga



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 10 – Centro de Especialidades em Saúde



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 11 – Centro de Especialidade em Saúde



Fonte: inspeções físicas realizadas.

²¹ Conforme dados da coordenação da Assistência Farmacêutica em Várzea Grande – Anexo 4.

²² Farmácia Cristo Rei, Policlínica 24 de dezembro, Policlínica Cristo Reis, Centro de Especialidade em Saúde e SAE/CTA.

²³ PSF Imperial, PSF Água Vermelha, UBS Maria Galdino da Silva, Centro de Saúde Nossa Senhora da Guia, PSF Manga e Centro de Especialidades em Saúde – CES ou “Postão”.



112. Cabe destacar que os documentos encaminhados pela SMS demonstram que a Farmacêutica Naudiman Auxiliadora Barro de Almeida foi remanejada temporariamente da Policlínica Cristo Rei para o PSF da Manga (documento atualizado até julho de 2017). No entanto, durante inspeção realizada em 14.8.17, não havia nenhum farmacêutico exercendo suas funções nessa unidade.

113. **Tendo em vista que a distribuição de farmácias não atende ao parâmetro definido pela Organização Mundial de Saúde - OMS e que nenhuma providência para mitigar as causas do problema foi implementada pela Secretaria Municipal de Saúde, propõe-se considerar a recomendação do item “a” “não implementada”.**

4.1.2 Recomposição do quadro de farmacêuticos nas farmácias públicas municipais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA

114. Conforme determina a Lei Federal nº 13.021/14 e Resoluções do Conselho Federal de Farmácia – CFF²⁴, no âmbito da Assistência Farmacêutica, é obrigatória a presença de responsável técnico habilitado (farmacêutico) nos Centros de Abastecimento Farmacêutico - CAF e farmácias durante todo o horário de funcionamento.

115. A Secretaria Municipal de Saúde informou um total de 21 profissionais Farmacêuticos em seu quadro de pessoal: 18 efetivos e três contratados²⁵.

116. No entanto, a partir dos dados apresentados, constatou-se que, entre os 25 pontos de dispensação de medicamentos, em apenas cinco deles há profissional da área da farmácia. O *déficit* de farmacêuticos lotados nessas unidades atinge 80%.

117. Durante a fase de execução do monitoramento, foram visitadas cinco unidades da Atenção Primária e um Centro de Especialidades Médicas (Postão) que realizavam dispensação de medicamentos aos pacientes²⁶.

118. Entre as unidades visitadas, apenas o Postão contava com farmacêutico de plantão no horário da visita, conforme foi evidenciado por meio de apresentação da Certidão de Regularidade Técnica – CRT²⁷.

24 Resolução CFF nº 94/72, Resolução CFF nº 357/01 e Resolução CFF nº 556/11.

25 Conforme dados da coordenação da Assistência Farmacêutica em Várzea Grande – Ofício nº 291/CGM/2017.

26 Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, dispensação de medicamentos é ato profissional farmacêutico de fornecimento ao usuário de medicamentos e de prestação de informações para o uso correto dos fármacos prescritos, com base em parâmetros farmacocinéticos, farmacodinâmicos e epidemiológicos.

27 O CRT é emitido pelos Conselhos Regionais de Farmácias – CRF. Trata-se de um documento obrigatório para todas as farmácias e drogarias, com renovação a cada ano.



119. Diante do exposto, propõe-se considerar “não implementada” a recomendação expressa no item “b”, que trata da recomposição do quadro de farmacêuticos.

120. Com relação a essa deliberação, a gestão não propõe nenhuma ação. No entanto, cita duas providências já adotadas. Conforme a manifestação:

- Em 2016 o município realizou Processo Seletivo e realizou chamamento de farmacêuticos para atender a Rede;
- Em 2017 publicou Edital de Concurso Público que será realizado em 2018.

121. Enfatiza-se que tais ações não modificam o que foi evidenciado durante o monitoramento. Ademais, a gestão não enviou documentação comprobatória da tomada de tais providências.

4.2 Adequação da infraestrutura de tecnologia da informação na gestão da Assistência Farmacêutica, implantação de sistema informatizado público e capacitação de profissionais – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS

122. No que tange à necessidade de informatização no âmbito da Assistência Farmacêutica municipal, o TCE/MT assim se manifestou:

Com o intuito de aperfeiçoar os mecanismos de controle de estoque de medicamentos, qualificar a gestão da assistência farmacêutica e obter melhorias na qualidade dos serviços farmacêuticos prestados à população, recomendar às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) adequem a infraestrutura de tecnologia da informação para o pleno funcionamento dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica; b) implantem sistema informatizado público que permita o gerenciamento de todas as etapas que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica, tendo como preferência o uso do sistema *Hórus* ou SIGAF; c) capacitem os profissionais de saúde para a implantação e operacionalização dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica.

123. Para averiguar a implementação das recomendações pertinentes à informatização da Assistência Farmacêutica em Várzea Grande, a equipe de monitoramento visitou o Centro de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos - Cadim e os pontos de dispensação de medicamentos em 10.8.17, na fase de execução do monitoramento.

124. Na oportunidade, foram aplicados instrumentos de coleta de dados elaborados com o intuito de identificar a existência de sistema informatizado de gestão na unidade, assim como eventuais funcionalidades e adequação do produto às necessidades da gestão.

125. Preliminarmente, cabe destacar que a gestão da Assistência Farmacêutica é realizada na forma de um ciclo, composta das etapas/processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.



126. Em entrevista estruturada realizada com o coordenador da Assistência Farmacêutica do município, constatou-se que o município implementou o Sistema de Gerenciamento de Almoxarifado – SGA.

127. Trata-se de um sistema privado que visa auxiliar toda a logística de entrada e saída, como emissão de relatórios sobre o consumo médio mensal para realização de futuras aquisições de medicamentos.

128. Conforme o gestor, o *software* também possui a plataforma de gerenciamento de Assistência Farmacêutica e atende as necessidades municipais em relação às etapas de *seleção, programação, armazenamento e distribuição*.

129. Entretanto, ficou evidenciado que o sistema não é utilizado em todas as fases do ciclo da Assistência Farmacêutica, em razão de não possuir funcionalidades voltadas ao registro da dispensação de medicamentos no município.

130. Ainda, constatou-se que não há capacitação para os servidores e falta suporte técnico ao sistema para a operacionalização da plataforma.

131. Nesse sentido, o gestor informou²⁸ *que no decorrer das funções se detectou algumas inconsistências no sistema que geraram dúvidas na confiabilidade das informações fornecidas, e somente após a realização do último inventário que foi mensurado essas inconsistências*.

132. Nos documentos encaminhados, a coordenação da Assistência Farmacêutica no município alegou ainda que a licitação para aquisição de um novo sistema de informática para a gestão das etapas da Assistência Farmacêutica estava em fase de conclusão.

133. Vale destacar, também, que as funcionalidades referentes à Assistência Farmacêutica não foram implementadas em nenhum dos pontos de dispensação localizados nas unidades de Atenção Primária.

134. Em visita realizada no Centro de Especialidades em Saúde, Unidade que realiza dispensação de medicamentos, identificou-se que não é utilizado *software* para a solicitação de estoque e, tampouco, para dispensação de medicamentos. O controle da dispensação é feito por meio de cadernos com registro diário de entrada e saída.

²⁸ Em resposta ao Ofício nº 111/2017/SAU – Anexo 5.



Foto 12 – Registro manual da dispensação de medicamentos nas unidades de saúde inspecionadas



Fonte: inspeções físicas realizadas.

135. Entre as fragilidades decorrentes da ausência de sistema informatizado nas unidades de saúde, pode-se destacar a impossibilidade do acompanhamento, em tempo real, dos estoques disponíveis nas unidades de dispensação, dos medicamentos distribuídos e dispensados, da demanda de atendimento e da origem das prescrições.

136. Diante disso, propõe considerar “não implementadas” as recomendações prescritas nos itens “a”, “b” e “c”.

137. Com relação à adequação da infraestrutura de tecnologia da informação, implantação de sistema público de informática e capacitação dos profissionais para utilização da plataforma, o gestor alegou que em 2017 o município realizou cadastro para utilizar o Hórus e cadastrou seus servidores para treinamento.

138. Cumpre informar que, além de afirmar que essas ações já teriam sido executadas, a administração municipal da saúde não apresentou nenhuma proposta no Plano de Ação encaminhado ao TCE/MT. Ademais, não foi informado nome de nenhum responsável pelos trâmites necessários à efetiva implantação do Hórus no município.

139. Com efeito, durante as visitas a estabelecimentos de dispensação de medicamentos na rede pública de saúde de Várzea Grande e ao Centro de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos não se identificou a utilização do sistema fornecido pelo Ministério da Saúde para gerenciamento da Assistência Farmacêutica.



4.2.1 Estruturação da Central de Abastecimento e as farmácias públicas municipais – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA

140. Tendo em vista as fragilidades identificadas em relação ao armazenamento e à distribuição de medicamentos nos municípios da amostragem, por meio do Acórdão nº 3.292/15 – TP, o TCE/MT assim deliberou:

141. **Com o objetivo de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, em prol de um tratamento adequado das doenças para melhoria na qualidade de vida da população, recomendar às Secretarias Municipais de Saúde que:**

b) estructurem a Central de Abastecimento e as farmácias públicas municipais, conforme as boas práticas farmacêuticas preconizadas pela Anvisa e órgãos competentes.

142. Para realizar essa avaliação, a equipe responsável pelo monitoramento aplicou instrumentos de verificação similares aos utilizados na ocasião da auditoria operacional²⁹. Salienta-se que tais instrumentos foram elaborados com base em resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa que tratam de boas práticas farmacêuticas.

143. Em Várzea Grande, a coordenação da Assistência Farmacêutica e o armazenamento e distribuição de medicamentos concentram-se no Centro de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos.

144. Durante a inspeção física, realizada em 10.8.17, constatou-se que o Cadim apresenta boas condições de infraestrutura, com espaço adequado para movimentação dos estoques e condicionadores de ar em pleno funcionamento.

145. A separação de medicamento é feita por ordem alfabética em prateleiras de aço, com a devida sinalização em diferentes subgrupos: geral, hiperdia e saúde da mulher. Foi identificado também que os lotes mais próximos de vencer estavam organizados para a prioridade de saída.

146. Os medicamentos sujeitos a controle especial – Portaria nº 344/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária são armazenados em sala separada, sob temperatura monitorada entre 15° e 25° C. Na mesma sala são mantidos na geladeira os termolábeis sob controle de temperatura entre 2° a 8° C.

147. Os extintores inspecionados encontravam-se dentro do prazo de validade, fixados na parede e sinalizados. As janelas estavam com películas de insulfilm visando

²⁹ Observação direta, aplicação de *checklist* e entrevista semiestruturada com a coordenação da Assistência Farmacêutica.



estabilizar as temperaturas. Além disso, foram detectadas boas condições de limpeza dos pisos, tetos e prateleiras das áreas inspecionadas.

148. Contudo, conforme oficializado³⁰ pelo gestor e por meio de inspeção física realizada, evidenciou-se que o Cadim necessita de ampliação no espaço físico em razão da demanda crescente por medicamentos e materiais médicos hospitalares.

149. O relatório fotográfico demonstra a infraestrutura do Cadim comprova as situações relatadas:

Foto 13 – Centro e Distribuição de Medicamentos



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 14 – Coordenação da Assistência Farmacêutica



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 15 – Extintor de incêndio dentro da data de validade da carga



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Foto 16 – Estoque de medicamentos sob controle especial



Fonte: inspeções físicas realizadas.

150. No que se refere à estruturação das farmácias públicas, constatou-se descumprimento às boas práticas preconizadas pela Anvisa em todas as unidades visitadas pela equipe de monitoramento, com exceção do ponto de dispensação localizado no interior do Centro de Especialidade em Saúde (Postão).

³⁰ Em resposta ao Ofício nº 111/2017/SAU – Anexo 5.



151. Nas demais, localizadas na edificação das unidades de Atenção Primária³¹ visitadas, não se identificou presença de farmacêutico e responsável técnico. Foram constatadas fragilidades no sistema de combate e prevenção a incêndios (ausência de carga em extintores e prazo de validade expirado).

152. Esta análise permitiu evidenciar a evolução do panorama em relação ao Centro de Abastecimento Farmacêutico de Várzea Grande. No entanto, conforme já foi demonstrado, os pontos de dispensação de medicamentos do município ainda não foram adequados às diretrizes estabelecidas pela Anvisa no que se refere à infraestrutura e quadro de farmacêuticos.

153. **Diante do contexto, propõe-se que a recomendação seja considerada “parcialmente implementada”.**

4.3 Aquisição de medicamentos

154. Sobre o tema, o TCE/MT assim se manifestou:

Com vistas a assegurar a eficiência e a economicidade nos processos de aquisição de medicamentos pelos municípios de Mato Grosso, recomendar às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) utilizem uma base de cálculo de programação adequada (perfil epidemiológico, demanda real e reprimida, consumo histórico e estoque máximo e mínimo) para subsidiar os processos de aquisição de medicamentos; b) realizem consórcios intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos, por meio de registro de preços; c) registrem periodicamente os dados referentes às compras de medicamentos no Banco de Preços em Saúde.

4.3.1 Critérios utilizados na programação – RECOMENDAÇÃO EM IMPLEMENTAÇÃO

155. Para avaliar o grau de implementação de ações referentes à adequação da programação para a aquisição de medicamentos, indagou-se a coordenação da Assistência Farmacêutica municipal durante inspeção ao CAF quais seriam os instrumentos utilizados na programação para aquisição de medicamentos.

156. Em sua resposta, o coordenador da Assistência Farmacêutica no município afirmou que a programação é realizada com base nos seguintes critérios:

- ✓ Estudo do perfil epidemiológico;
- ✓ Consumo histórico;
- ✓ Estoque mínimo;
- ✓ Estoque máximo;
- ✓ Estudo de demanda.

³¹ PSF Imperial, PSF Água Vermelha, UBS Maria Galdino da Silva, Centro de Saúde Nossa Senhora da Guia, PSF Manga e Centro de Especialidades em Saúde – CES ou “Postão”.



157. A realização da programação é feita por meio do Sistema de Gerenciamento de Almoxarifado – SGA. Esse sistema trabalha sobre a logística de entradas, saídas e consumo médio mensal para programar as compras de medicamentos.

158. Entretanto, conforme informações prestadas pelo próprio gestor, detectaram-se inconsistências no sistema que geraram dúvidas na confiabilidade e integralidade das informações fornecidas pelo sistema durante o inventário.

159. Por meio de Ofício³², o gestor informou que *está em andamento um processo licitatório para substituir o sistema existente visando ter uma maior confiabilidade nos dados fornecidos*.

160. **Diante disso, considerando que o gestor elencou as impropriedades do sistema SGA e elencou ações em andamento para sanear as impropriedades identificadas, sugere-se considerar “em implementação” a recomendação expressa no item “a”.**

161. A peça de planejamento apresentada pelo gestor não apresenta nenhuma proposta acerca dessa deliberação. Entretanto, o gestor cita, como ação já implementada:

Em 2017 foi realizado PE – 22/2017 cujo objeto é a aquisição de PALETES e CAIXAS em polipropileno, os quais substituirão os paletes de madeira e a utilização de caixas plásticas para dispensação nas Unidades de Saúde.

162. Ressalta-se que, assim como em relação às alegações anteriores, a gestão municipal não apresentou documentação comprobatória da tomada de tal providência.

4.3.2 Participação em consórcios intermunicipais de saúde – RECOMENDAÇÃO EM IMPLEMENTAÇÃO

163. Na oportunidade da visita, indagou-se à coordenação da Assistência Farmacêutica sobre a participação de Várzea em consórcio intermunicipal de saúde destinado à aquisição de medicamentos.

164. De acordo com a resposta do responsável pelo setor, o município ainda não participa de consórcio com outros entes para realizar compra conjunta de medicamentos. Entretanto, a Prefeitura de Várzea Grande formalizou adesão ao Consórcio Público Intermunicipal de Saúde entre as cidades de Mato Grosso³³.

165. **Assim, propõe-se que a recomendação expressa no item “b” seja considerada “em implementação” pela gestão municipal de saúde.**

³² Resposta dada ao Ofício nº 111/2017/SAU – Anexo 5.

³³ Disponível em: <<http://www.gazetadigital.com.br/conteudo/show/secao/152/og/1/materia/517583/t/varzea-grande-e-cuiaba-aderem-a-consorcio-de-saude-proposto-pelo-mp>>. Acesso em: 16.out.2017.



166. De acordo com a peça de planejamento apresentada, Várzea Grande formalizou, em 2017, sua participação em consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos. Tal informação já havia sido apresentada neste relatório técnico.

167. Em razão da não apresentação da Lei municipal aprovando o ingresso do município no consórcio, tal recomendação foi classificada como “em implementação”. Nessa oportunidade de manifestação, a administração municipal também não apresentou documentação comprobatória de sua inclusão no consórcio.

168. Assim, é razoável a manutenção da classificação já atribuída a essa recomendação.

4.3.3 Utilização do Banco de Preços em Saúde (BPS) – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA

169. O art. 15, V, da Lei 8666/93 determina que as compras, sempre que possível, devem se balizar pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública.

170. Nesse sentido, o TCE/MT editou a Resolução de Consulta nº 20/2016, com o entendimento de que as pesquisas de preços de referência nas aquisições públicas devem adotar amplitude e rigor metodológico, não podendo se restringir à obtenção de apenas três orçamentos junto à potenciais fornecedores.

171. O TCE/MT entende que deve ser considerado o seguinte conjunto de preços aceitáveis: preços praticados na Administração Pública, como fonte prioritária, e consulta em portais oficiais de referenciamento de preços e em mídia e sítios especializados de amplo domínio público, entre outros.

172. Consoante esse entendimento, fica caracterizado que o licitante deve se balizar, como fonte prioritária, nos preços praticados pela Administração Pública.

173. É nesse sentido a propositura desta recomendação: que os municípios alimentem os bancos de preços como os respectivos valores praticados na aquisição de medicamentos, como forma de subsidiar a pesquisa de preços de referência, visando balizar os preços de futuras aquisições de medicamentos.

174. Para avaliar o grau de implementação desta recomendação, procedeu-se a verificação em relação à utilização do Banco de Preços em Saúde – BPS, como fonte de pesquisa anterior e registro de informações referentes às aquisições praticadas.



175. Na entrevista com o responsável pela coordenação da Assistência Farmacêutica, o tema foi abordado na aplicação de entrevista estruturada. Nessa oportunidade, a gestora não soube responder se a SMS de Várzea Grande tem adotado todas as rotinas pertinentes ao registro e consulta de informações neste banco de dados.

176. Entretanto, em consulta realizada no site do Ministério da Saúde³⁴, não se identificou registro de informações pelo Município de Várzea Grande entre os meses de janeiro e setembro de 2017.

177. **Deste modo, sugere-se considerar “não implementada” a recomendação em relação ao item “c”.**

4.4 Interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público (MPE) e Defensoria Pública (DPE) – RECOMENDAÇÃO NÃO AVALIADA

178. Tendo em vista a judicialização pelo acesso a medicamentos, que repercute também nos municípios, contribuindo para a desarticulação das políticas locais de Assistência Farmacêutica, o TCE/MT assim se manifestou:

Com o objetivo de reduzir as ações judiciais dirigidas aos municípios e, igualmente, diminuir o impacto orçamentário/financeiro que os municípios têm sofrido, assim como evitar o desequilíbrio das Políticas Municipais de Saúde, recomendar às Secretarias Municipais de Saúde que:

a) implementem ações para aumentar a interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública; [...]

179. Com relação ao tema, cumpre informar que a análise neste monitoramento teria alto grau de subjetividade, diante da ausência de evidências e dificuldade de comprovação de sua correlação com o crescimento da judicialização da saúde nos municípios.

180. **Assim, propõe-se a avaliação da matéria - com o aprofundamento necessário, ressalta-se - em futuros trabalhos do Controle Externo cujo tema específico seja a “Judicialização da Saúde”.**

181. No atual monitoramento, considera-se essa recomendação como “não avaliável”, face à ausência de critérios objetivos para mensurar seu grau de implementação.

³⁴ Disponível em: <<http://bps.saude.gov.br/bps/visao/index.jsf>>. Acesso em: 16 out. 2017.



5. COMENTÁRIOS DO GESTOR

182. A versão preliminar deste Relatório foi submetida³⁵ Prefeita de Várzea Grande³⁶ – Sr. Lucimar Sacre de Campos – e ao Secretário Municipal de Saúde³⁷ – Sr. Diógenes Marcondes – com a finalidade de se obter os comentários dos interessados acerca da avaliação preliminar das deliberações.

183. Em atendimento à solicitação da gestão municipal³⁸ e, em atendimento ao princípio da razoabilidade, o Conselheiro Domingos Neto – Presidente em substituição legal do TCE à época –, por meio de decisão singular³⁹, concedeu dilação de prazo de quinze dias para a manifestação do jurisdicionado.

184. A resposta da gestão municipal da saúde foi encaminhada por meio do Ofício nº 002/GAB/PREF, tendo sido recebida em 22.1.18, sob o Protocolo de nº 85.316 – D.

185. O documento, assinado pela Prefeita Municipal, traz, em anexo, Plano de Ação, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde por meio do Ofício⁴⁰ nº 542/2017/GAB/SMS/VG. Conforme este documento:

Considerando alguns apontamentos apontados [sic] na auditoria quanto à Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial no âmbito da gestão municipal;

Diante do exposto, **encaminho anexa a resposta de cada área conforme apontamento.** (Grifei)

186. Embora o gestor tenha afirmado que enviou uma resposta anexa para cada apontamento contido no relatório técnico, a análise da documentação encaminhada ao Tribunal de Contas constatou apenas a existência de Plano de Ação.

187. O Plano de Ação contempla providências em relação a cada uma das deliberações analisadas no monitoramento, divididas conforme os três eixos abordados no monitoramento – Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial.

188. No entanto, conforme se demonstrará, o documento não atende os critérios necessários a este tipo de peça de planejamento. Com efeito, vale citar o entendimento⁴¹ do Tribunal de Contas da União sobre o tema:

³⁵ Com fundamento nos artigos 6º e 59, inciso I da Lei Complementar Estadual nº 269/07 (Lei Orgânica do TCE/MT) bem como no art. nº 137, “c” e “d” e nº 140 da Resolução Normativa nº 14/07 (Regimento Interno do TCE/MT).

³⁶ Ofício nº 2025/17, encaminhado em 22 nov. 2017.

³⁷ Ofício nº 2024/17, encaminhado em 22 nov. 2017.

³⁸ Ofício nº 534/GABSMS/VG, recebido pelo TCE/MT em 5.dez. 2017, sob o Protocolo de nº357.332 – D.

³⁹ Documento nº 357.332/17, comunicação encaminhada ao gestor em 18 dez. 2017, por meio do Ofício nº 2276/2017.

⁴⁰ Anexo 6.

⁴¹ Tribunal de Contas da União. **Boletim do Tribunal de Contas da União: Padrões de monitoramento.** Portaria – Segecex nº 27, de 19 de outubro de 2009.



O plano de ação é o documento elaborado pelo gestor do órgão/entidade fiscalizado que explicita as medidas que serão tomadas para fins de cumprimento das deliberações e/ou para solucionar os problemas apontados.

189. Ainda, de acordo com o TCU, *o plano de ação deve conter, no mínimo, por deliberação: as ações a serem tomadas; os responsáveis pelas ações; os prazos para implementação.* Ao contrário disso, a peça apresentada pela gestão municipal da saúde, não indica responsável por nenhuma das ações elencadas.

190. Não obstante a apresentação do Plano de Ação – ainda que com fragilidades –, o fato é que a Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande não refutou a análise apresentada no relatório técnico preliminar.

191. Ainda assim, cabe tecer considerações em relação às ações previstas na peça encaminhada pela gestão municipal da saúde. Para facilitar o entendimento, o exame será exibido em tópicos, conforme segue:

ATENÇÃO BÁSICA

2.1 Mecanismos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e demais níveis de atenção e controles do tempo médio de retorno de encaminhamento – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS

a) criem mecanismos que institucionalizem o registro da contrarreferência; e
b) estabeleçam controles do tempo médio de retorno de encaminhamento e também do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos.

192. Com relação ao tema, o Plano de Ação apresentado pela gestão municipal da saúde propõe implantar o sistema de referência e contrarreferência até o mês de julho de 2018. No entanto, não apresenta responsável pela condução do processo.

193. O gestor aponta ainda, dentre as ações já concluídas: criação de um grupo multiprofissional para discussão e elaboração do fluxo sobre violência infantil; realização de um cronograma de capacitação em imunização para técnicos de enfermagem e enfermeiros a partir do mês de janeiro de 2018; e realização de reunião de médicos e enfermeiros das UBS sobre pré-natal e rede cegonha.

194. Conforme se pode constatar, tais providências, ainda que sejam muito importantes no âmbito da Rede Municipal de Saúde, não guardam relação direta com os mecanismos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.



2.2 Adequação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, controle efetivo sobre os serviços de segurança, manutenção elétrica e hidráulica e disponibilidade de equipamentos – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS E PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA REDAÇÃO DO ACÓRDÃO Nº 3.292/2015 – TP

a) elaborem um plano de ação para adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde à legislação aplicável; b) exerçam controle efetivo sobre os serviços de segurança das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir a contínua prestação de serviços; e c) avaliem as Unidades Básicas de Saúde quanto à necessidade de manutenção elétrica e hidráulica e a disponibilidade de equipamentos de combate e prevenção de incêndios, assim como de lâmpadas e disponibilizem os serviços necessário.

195. Com relação a este tema, a SMS Várzea Grande, propõe – até dezembro de 2018 – reformar cinco UBS e uma Clínica de Atenção Primária à Saúde; ampliar uma UBS e ampliar as condições de infraestrutura das unidades; e adequar as UBS e garantir as adequações necessárias à acessibilidade. Para o atingimento desses objetivos, o gestor estipulou o mês de dezembro de 2018.

196. Também no caso dessas propostas, a administração municipal da saúde não elegeu nenhum responsável. A Secretária de Saúde elenca ainda duas ações que já teriam sido concluídas, quais sejam: processo licitatório em andamento para a aquisição de equipamentos para as UBS e previsão de realização de concurso público para a contratação de vigias para o período diurno.

197. Conforme se pode notar, o gestor aponta, dentre as ações já concluídas, providências que ainda não foram executadas.

2.3 Monitoramento, avaliação e ampliação da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nas Unidades Básicas de Saúde – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS

a) monitorem e avaliem a prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a garantir a oferta de um serviço adequado às Unidades Básicas de Saúde; b) ampliem a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de forma compatível com a demanda das Unidades Básicas de Saúde.

198. No que tange a essa matéria, a gestão municipal de saúde planeja – até julho de 2018 – ampliar em 60% os exames de apoio diagnóstico e imagem. Dentre as ações já executadas, a SMS Várzea Grande aponta que:

Foi realizado no mês de setembro de 2017 um estudo de demanda reprimida nas unidades básicas do município, onde foi apresentado para o secretário de saúde e para o superintendente de regulação, onde tivemos o aumento da cota para exames laboratoriais para as UBS, diminuindo assim a fila de espera.



199. Com efeito, tal estudo foi fornecido ao Tribunal de Contas no curso deste monitoramento. Apesar disso, de acordo com o que foi levantado, a gestão ainda não conseguiu garantir a oferta de um serviço adequado às Unidades Básicas de Saúde.

2.3.1 Adequação da estrutura física de tecnologia de informação para monitoramento e avaliação – RECOMENDAÇÕES PARCIALMENTE IMPLEMENTADAS

a) elaborem um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para monitoramento e avaliação da Atenção Básica; b) adequem a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico.

200. Com relação ao tema, a gestão propõe, na peça de planejamento encaminhada ao Tribunal de Contas adequar a rede lógica das unidades de Atenção Básica até dezembro de 2018.

201. Para tanto, a gestão pretende adquirir computadores para serem utilizados em todos os ambientes das unidades do primeiro nível de atenção, instalar rede de fibra óptica e implementar o e-SUS em 100% da Rede de Atenção Primária.

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

3.1 Informatização do processo de regulação assistencial por meio da implantação do Sisreg III – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA

a) implementem e operacionalizem o Sisreg III, de forma integrada, em todos os módulos de operação, para acompanhamento do usuário em todo o processo.

202. Com relação à implementação do Sisreg III, a gestão municipal da saúde não apresenta nenhuma proposta no Plano de Ação. No entanto, elenca três ações já contempladas, quais sejam:

- 1) Implantação do Sisreg III ambulatorial em todas as unidades de saúde (concluído);
- 2) Implantação do Sisreg III módulo hospitalar no Hospital Municipal e Pronto Socorro de Várzea Grande (fevereiro de 2018);
- 3) Implantação do Sisreg III módulo hospitalar no prestador de serviços Hospital e Maternidade Lírio dos Vale.

203. Vale lembrar que a análise preliminar identificou que, apesar de o módulo ambulatorial do Sisreg III já ter sido implementado na Atenção Básica, o módulo hospitalar ainda não foi implantado nas unidades de média e alta complexidade e nem sequer na Central de Regulação.



204. Por esse motivo, foi atribuída a classificação “parcialmente implementada” à recomendação em comento.

3.2 Fiscalização e acompanhamento da execução das obrigações contratadas junto aos prestadores de serviços médicos – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA

a) fiscalizem e monitorem o desempenho dos prestadores de serviços de forma a garantir a prestação dos serviços contratualizados.

205. Com relação aos mecanismos de fiscalização, controle e avaliação dos serviços médicos contratados, a administração municipal da saúde propõe a instituição de sistema de controle, avaliação, regulação e auditoria até março de 2018. Tal providência, que, assim como as outras ações elencadas no Plano de Ação apresentado, não possui a indicação de responsável.

3.3 Infraestrutura da Central de Regulação – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA

a) estructurem adequadamente as Centrais de Regulação Municipais com os materiais e mobiliários necessários às atividades que realizam, de acordo com a legislação aplicável, fornecendo a este Tribunal relatório gerencial acerca das ações implementadas. **As ações implementadas devem ter como objetivo:** prover infraestrutura física proporcional ao quantitativo de servidores; informatizar as Centrais de Municipais de Regulação, a fim de integrar o Sistema de Regulação Municipal e Estadual; implantar o Sistema de Informação de Regulação do acesso às ações e serviços de saúde – Sisreg III; configurar controle de acesso dos usuários de forma equânime ao sistema informatizado; acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre unidades e municípios; permitir um referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; dotar a Central de Regulação dos profissionais necessários à adequada execução dos trabalhos.

206. Com relação à estruturação da Central de Regulação, o gestor alega que planeja – para o ano de 2018 – a transferência da sede do complexo para novo local. No entanto, a administração da saúde de Várzea Grande não indica responsável nem data específica para o cumprimento da ação.



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.1.2 Recomposição do quadro de farmacêuticos nas farmácias públicas municipais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico – RECOMENDAÇÃO NÃO IMPLEMENTADA

b) recomponham o quadro de farmacêuticos nas farmácias públicas municipais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico, conforme determina a Lei nº 13.021/14 e a Resolução CFF nº 578/13.

207. Com relação a essa deliberação, a gestão não propõe nenhuma ação. No entanto, cita duas providências já adotadas. Conforme a manifestação:

- Em 2016 o município realizou Processo Seletivo e realizou chamamento de farmacêuticos para atender a Rede;
- Em 2017 publicou Edital de Concurso Público que será realizado em 2018.

208. Enfatiza-se que tais ações não modificam o que foi evidenciado durante o monitoramento. Ademais, a gestão não enviou documentação comprobatória da tomada de tais providências.

4.2 Adequação da infraestrutura de tecnologia da informação na gestão da Assistência Farmacêutica, implantação de sistema informatizado público e capacitação de profissionais – RECOMENDAÇÕES NÃO IMPLEMENTADAS

a) adequem a infraestrutura de tecnologia da informação para o pleno funcionamento dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica; b) implantem sistema informatizado público que permita o gerenciamento de todas as etapas que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica, tendo como preferência o uso do sistema *Hórus* ou SIGAF; c) capacitem os profissionais de saúde para a implantação e operacionalização dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica.

209. Com relação à adequação da infraestrutura de tecnologia da informação, implantação de sistema público de informática e capacitação dos profissionais para utilização da plataforma, o gestor alegou que em 2017 o município realizou cadastro para utilizar o *Hórus* e cadastrou seus servidores para treinamento.

210. Cumpre informar que, além de afirmar que essas ações já teriam sido executadas, a administração municipal da saúde não apresentou nenhuma proposta no Plano de Ação encaminhado ao TCE/MT. Ademais, não foi informado nome de nenhum responsável pelos trâmites necessários à efetiva implantação do *Hórus* no município.

211. Com efeito, durante as visitas a estabelecimentos de dispensação de medicamentos na rede pública de saúde de Várzea Grande e ao Centro de Distribuição e Armazenamento de Medicamentos não se identificou a utilização do sistema fornecido pelo Ministério da Saúde para gerenciamento da Assistência Farmacêutica.



4.3.1 Estruturação da Central de Abastecimento e as farmácias públicas municipais – RECOMENDAÇÃO PARCIALMENTE IMPLEMENTADA

b) estruturam a Central de Abastecimento e as farmácias públicas municipais, conforme as boas práticas farmacêuticas preconizadas pela Anvisa e órgãos competentes.

212. A peça de planejamento apresentada pelo gestor não apresenta nenhuma proposta acerca dessa deliberação. Entretanto, o gestor cita, como ação já implementada:

Em 2017 foi realizado PE – 22/2017 cujo objeto é a aquisição de PALETES e CAIXAS em polipropileno, os quais substituirão os paletes de madeira e a utilização de caixas plásticas para dispensação nas Unidades de Saúde.

213. Ressalta-se que, assim como em relação às alegações anteriores, a gestão municipal não apresentou documentação comprobatória da tomada de tal providência.

4.3.2 Participação em consórcios intermunicipais de saúde – RECOMENDAÇÃO EM IMPLEMENTAÇÃO

b) realizem consórcios intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos, por meio de registro de preços; [...]

214. De acordo com a peça de planejamento apresentada, Várzea Grande formalizou, em 2017, sua participação em consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos. Tal informação já havia sido apresentada neste relatório técnico.

215. Em razão da não apresentação da Lei municipal aprovando o ingresso do município no consórcio, tal recomendação foi classificada como “em implementação”. Nessa oportunidade de manifestação, a administração municipal também não apresentou documentação comprobatória de sua inclusão no consórcio.

216. Assim, é razoável a manutenção da classificação já atribuída a essa recomendação.



6. CONCLUSÃO

217. Este monitoramento objetivou averiguar o grau de implementação das recomendações decorrentes das Auditorias Operacionais na Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande.

218. A análise abrangeu um total de 21 recomendações do Acórdão nº 3.292/15 – TP, com base em critérios de relevância, materialidade e risco, conforme consta do processo de levantamento⁴².

219. Para medir o grau de implementação das deliberações, foram adotadas quatro classificações das recomendações: **a) implementada; b) parcialmente implementada; c) em implementação; e d) não implementada.**

220. Diante das informações coletadas durante o trabalho de monitoramento, a situação das recomendações expedidas pelo Acórdão foi assim classificada:

Tabela 2 – Avaliação das deliberações do Acórdão 3.292/15 – TP para a Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande

Atenção Básica no SUS	Implementadas	Em implementação	Parcialmente implementadas	Não implementadas	Total monitorado
Nº de recomendações	-	-	2	7	9
% em relação ao total	-	-	22,22%	77,78%	

Regulação Assistencial no SUS	Implementadas	Em implementação	Parcialmente implementadas	Não implementadas	Total monitorado
Nº de recomendações	-	-	2	1	3
% em relação ao total	-	-	66,67%	33,33%	

Assistência Farmacêutica no SUS	Implementadas	Em implementação	Parcialmente implementadas	Não implementadas	Total monitorado
Nº de recomendações	-	2	1	6	9
% em relação ao total	-	22,23%	11,11%	66,66%	

Análise consolidada	Implementadas	Em implementação	Parcialmente implementadas	Não implementadas	Total monitorado
Nº de recomendações	-	2	5	14	21
% em relação ao total	-	9,52%	23,81%	66,67%	

⁴² Processo 57.975/217.



7. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

221. Encaminha-se o relatório conclusivo de monitoramento, com a seguinte proposta de encaminhamento:

- a) **encaminhamento para conhecimento e apreciação pelo Tribunal Pleno, nos termos do art. 189 do Regimento Interno do TCE/MT (Resolução nº 14/07);**
- b) **envio de cópia da decisão e do relatório técnico conclusivo à Prefeitura Municipal de Várzea Grande, à Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande; e**
- c) **envio de cópia da decisão e do relatório técnico conclusivo ao Conselho Municipal de Saúde de Várzea Grande e ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso.**

222. Nesse sentido, apresenta-se a síntese da classificação das providências tomadas pelos gestores quanto ao atendimento das recomendações do Acórdão nº 3.292/15 – TP:

Avaliação da implementação das recomendações referentes à Auditoria Operacional da <u>Atenção Básica no SUS</u>	
Recomendações parcialmente implementadas	Recomendações não implementadas
a) elaborem um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para monitoramento e avaliação da Atenção Básica; b) adequem a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico.	a) criem mecanismos que institucionalizem o registro da contrarreferência; b) estabeleçam controles do tempo médio de retorno de encaminhamento e também do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos; c) elaborem um plano de ação para adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde à legislação aplicável; d) exerçam controle efetivo sobre os serviços de segurança das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir a contínua prestação de serviços; e) avaliem as Unidades Básicas de Saúde quanto à necessidade de manutenção elétrica e hidráulica e a disponibilidade de equipamentos de combate e prevenção de incêndios, assim como de lâmpadas e disponibilizem os serviços necessário; f) monitorem e avaliem a prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a garantir a oferta de um serviço adequado às Unidades Básicas de Saúde; g) ampliem a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de forma compatível com a demanda das Unidades Básicas de Saúde.



Avaliação da implementação das recomendações referentes à Auditoria Operacional da Regulação Assistencial no SUS

Recomendações parcialmente implementadas	Recomendação não implementada
a) implementem e operacionalizem o Sisreg III, de forma integrada, em todos os módulos de operação, para acompanhamento do usuário em todo o processo; b) estruturarem adequadamente as Centrais de Regulação Municipais com os materiais e mobiliários necessários às atividades que realizam, de acordo com a legislação aplicável, fornecendo a este Tribunal relatório gerencial acerca das ações implementadas.	a) fiscalizem e monitorem o desempenho dos prestadores de serviços de forma a garantir a prestação dos serviços contratualizados.

Avaliação da implementação das recomendações referentes à Auditoria Operacional da Assistência Farmacêutica no SUS

Recomendações não implementadas	
a) adotem o parâmetro definido pela Organização Mundial de Saúde para a definição da cobertura de uma rede de farmácias; b) recomponham o quadro de farmacêuticos nas farmácias públicas municipais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico, conforme determina a Lei nº 13.021/14 e a Resolução CFF nº 578/13; c) adequem a infraestrutura de tecnologia da informação para o pleno funcionamento dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica; d) implantem sistema informatizado público que permita o gerenciamento de todas as etapas que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica, tendo como preferência o uso do sistema <i>Hórus</i> ou SIGAF; e) capacitem os profissionais de saúde para a implantação e operacionalização dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica; f) registrem periodicamente os dados referentes às compras de medicamentos no Banco de Preços em Saúde.	
Recomendação parcialmente implementada	Recomendações em implementação
a) estruturam a Central de Abastecimento e as farmácias públicas municipais, conforme as boas práticas farmacêuticas preconizadas pela Anvisa e órgãos competentes.	a) utilizem uma base de cálculo de programação adequada (perfil epidemiológico, demanda real e reprimida, consumo histórico e estoque máximo e mínimo) para subsidiar os processos de aquisição de medicamentos; b) realizem consórcios intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos, por meio de registro de preços.



8. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

_____. **Lei nº 8.080, 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.

_____. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.** Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

_____. **Lei 8.666, de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

_____. **Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013.** Estabelece as regras de financiamento e execução no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 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 o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013.** Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde.



_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004.** Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009.** Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 94/72.** Responsabilidade técnica na farmácia pública.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001 (Alterada pela Resolução nº 416/04).** Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 556, de 1º de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas e/ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool*.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB.** Brasília, 2014.

_____. Tribunal de Contas da União. **Roteiro para monitoramento de auditorias de natureza especial do TCU.** Disponível em: <http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/tecnicas_anop/MONITORAMENTO_ANOP.pdf>. Acesso em 20 ago. 2017.

MATO GROSSO. Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso. **Manual para realização de auditorias operacionais do TCE/MT.** Secretaria de Controle Externo de Auditorias Especiais, 2015.



_____. **Relatório de auditoria operacional na Atenção Básica, 2014.** Auditoria Operacional. Autos digitais nº 216.720/2014. Disponível em: <<http://www.tce.mt.gov.br/protocolo/detalhe/num/216720/ano/2014>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. **Relatório de auditoria operacional na Assistência Farmacêutica, 2014.** Auditoria Operacional. Autos digitais nº 52.981/15. Disponível em: <<http://www.tce.mt.gov.br/protocolo/detalhe/num/52981/ano/2015>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. **Relatório de auditoria operacional na Regulação Assistencial, 2014.** Auditoria Operacional. Autos digitais nº 52.990/2015. Disponível em: <<http://www.tce.mt.gov.br/protocolo/detalhe/num/52990/ano/2015>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

_____. **Acórdão nº 3.292/15 – TP.** Auditoria Operacional na Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.tce.mt.gov.br/protocolo/decisao/num/216720/ano/2014/num_de_cisao/3292/ano_decisao/2015>. Acesso em: 21 ago. 2017.

É o relatório.

Secretaria de Controle Externo de Auditorias Operacionais do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, em Cuiabá, 8 de fevereiro de 2018.

Assinatura digital
**LUIZ EDUARDO DA SILVA
OLIVEIRA**
Auditor Público Externo
Supervisor de auditoria