



TRIBUNAL DE CONTAS
DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ

RELATÓRIO DE
AUDITORIA OPERACIONAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
PARAGOMINAS – PA



Alcimar Lobato
Mário Medina
Socorro Pessoa
Elisa Resque
Julines Freire
Aristides Pinheiro

Belém – Pará
Outubro 2010

Relatório de Auditoria de Natureza Operacional Estratégia Saúde da Família

Unidade: Secretaria Municipal de Saúde do Município de Paragominas-PA

Objetivo: Verificar se a Estratégia de Saúde da Família implantada no município de Paragominas atende as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, sob os seguintes aspectos: se as equipes da Estratégia Saúde da Família estão efetivamente implantadas e em atuação; se as Unidades de Saúde da Família dispõem de infraestrutura, materiais e insumos que permitam o desenvolvimento das atribuições das equipes; se a gestão da Estratégia Saúde da Família no município apresenta vulnerabilidades que possam comprometer o seu adequado funcionamento.

Período abrangido pela auditoria: 2006/2009

Período de realização da auditoria: abril a junho (levantamento)
julho a agosto (planejamento)
setembro a novembro (execução)

Monitoria: Glória Merola - TCU

Equipe de Auditoria:

<i>Analista</i>	<i>Cargo</i>	<i>Lotação</i>
Alcimar Lobato da Silva	Auditor	3ª Controladoria
Mário Augusto Medina Viana	Analista de Controle Externo	Promoex
Ocivaldo de Lira Tavares	Analista de Controle Externo	3ª Controladoria
Elisa do Socorro Melo Resque	Analista de Controle Externo	Promoex
Julines Antônio Freire Pereira	Analista de Controle Externo	6ª Controladoria
Maria do Socorro Pessôa	Analista de Controle Externo	1ª Controladoria
Aristides Pinheiro Gomes Neto	Analista de Controle Externo	DTI

Designação da Equipe: Portaria nº 310/2009/TCM, Portaria nº 731/2009/TCM,
Portaria nº 995/2009/TCM e Portaria nº 1144/2009/TCM

BELÉM-PARÁ
OUTUBRO 2011

Agradecimentos

Um dos aspectos mais importante para o sucesso das auditorias de natureza operacional diz respeito à parceria que deve existir entre a equipe de auditoria e os dirigentes e técnicos da ação auditada, no fornecimento de informações e apresentação de documentos necessários ao desenvolvimento dos trabalhos.

Assim, oportuno agradecer ao Exmo. Sr. Prefeito Municipal, Secretário e servidores da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Paragominas que receberam muito bem a Equipe da AOP e proporcionaram toda a estrutura para a realização da Auditoria, desde a fase de levantamento de auditoria até a fase de execução, bem como colaboraram para o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico, tornando possível a troca de experiências e a incorporação de suas expectativas e dificuldades.

A partir da escolha da Estratégia Saúde da Família como objeto das avaliações próprias da Auditoria Operacional, a equipe de Auditoria tinha pleno conhecimento de que representava um enorme desafio, por ser a matéria complexa e muito importante para a população mais carente, que tem na Saúde Pública a única via de acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, a Equipe de Auditoria, constituída por profissionais não-especialistas na área da saúde, tinha consciência de que precisaria do suporte técnico de especialistas para obter os conhecimento específico da área e buscar orientação quanto à direção a ser seguida.

Dito isso, cabe agradecer às auditoras do Ministério da Saúde Maria da Graça Avelino, Maria de Fátima Pojo e Carmem Dilce Gonçalves, pela valiosa contribuição que deram para o aperfeiçoamento deste trabalho, assim como às servidoras da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, Ceci e Domingas, responsáveis pelo desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Estado.

SUMÁRIO

RESUMO	05
LISTA DE SIGLAS	07
LISTA DE TABELAS	08
LISTA DE FIGURAS E LISTA DE GRÁFICOS	09
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Antecedentes	10
1.2. Identificação do Objeto Auditoria Operacional	12
1.3. Objetivo e Escopo da Auditoria	12
1.4. Metodologia.....	13
2. VISÃO GERAL.....	16
2.1. Aspectos Relativos ao Sistema Único de Saúde – SUS	16
2.2. Aspectos Relativos à Estratégia Saúde da Família – ESF	17
2.3. Fontes de Financiamento da Atenção Básica	20
2.4. Aspectos Relativos à Estratégia Saúde da Família Atinentes ao Município de Paragominas	21
2.5. Estrutura Organizacional Adotada para o Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família em Paragominas	23
2.6. Aspectos Orçamentários e Financeiros	23
3. IMPLANTAÇÃO E ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)	27
3.1. Baixa Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF)	27
3.2. Forma de Contratação, Fixação e Valorização Profissional dos Componentes das eSF's	36
3.2.1. Vínculo profissional precário	37
3.2.2. Elevada rotatividade de médicos e enfermeiros	41
3.2.3. Falta de reconhecimento/valorização dos profissionais que atuam nas eSF	43
3.3. Procedimentos de Trabalho Adotados pelas eSF's incompatíveis com a filosofia da Estratégia Saúde da Família	45
3.4. Sobrecarga de Trabalho de Componentes da eSF	55
3.5. Fragilidades no Sistema de Referência e Inexistência da Contra-referência	57
4. INFRAESTRUTURA DAS USF's	62
4.1. Instalações Físicas Inadequadas	63
4.2. Indisponibilidade e Insuficiência de Materiais, Insumos e Equipamentos para Atendimento aos Usuários	72
5. SISTEMÁTICA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	83
5.1. Fragilidades no Planejamento Integrado das Políticas Públicas de Saúde	84
5.2. Deficiências na Sistemática de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Estratégia Saúde da Família	91
6. COMENTÁRIOS DO GESTOR	97
7. CONCLUSÃO	113



7. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
GLOSSÁRIO	122
ANEXOS	123

Resumo

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

A Saúde da Família, configurou-se, inicialmente, como um programa criado pelo Ministério da Saúde (1994), a partir da experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (criado em 1991). Atualmente, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca imprimir uma nova dinâmica de atuação dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizadas como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Estratégia, configura-se como o ponto de partida para a organização e estruturação das redes de atenção dos sistemas locais de saúde e tem como um de seus fundamentos possibilitar à população o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, garantindo a humanização do atendimento, a resolutividade¹ dos problemas de saúde e a continuidade da assistência aos indivíduos para os níveis de maior complexidade assistencial do SUS.

Este Tribunal, após a realização de estudo de viabilidade, considerando os critérios de materialidade, relevância e vulnerabilidade decidiu avaliar a implementação da Estratégia Saúde da Família no Município de Paragominas.

No Município a ação é executada pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMS), sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Básica.

A primeira Unidade de Saúde da Família (USF) foi implantada no município em 1997. Em dezembro de 2009 haviam sido implantadas 10 equipes de saúde da família, cobrindo uma população de 34.500 habitantes, que corresponde a 36,13%.

A auditoria buscou verificar se a Estratégia Saúde da Família (ESF) está sendo realizada de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), avaliando os seguintes aspectos: se as equipes da ESF estão efetivamente implantadas e em atuação; se as Unidades de Saúde da Família (USF) dispõem de infraestrutura, materiais e insumos para o desenvolvimento das atribuições das equipes; e se a gestão da ESF no município apresenta vulnerabilidades que possam comprometer o seu adequado funcionamento.

O trabalho de auditoria foi desenvolvido por intermédio de visitas de estudo realizadas em Paragominas. Os métodos de coleta de dados utilizados foram: observação direta, entrevistas, questionários e pesquisa documental em registros administrativos, legislação aplicável e banco de dados da SEMS.

Com vistas a conhecer a política municipal de saúde de Paragominas e obter informações a respeito do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família foram consultados por meio de questionário e entrevistas semi-estruturadas o Secretário Municipal de Saúde, os coordenadores de saúde e o responsável pelo Setor de Controle Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde.

Com o objetivo de verificar a atuação das equipes de saúde da família e atestar as condições de trabalho e de funcionamento das USF's, a equipe de AOP realizou visitas de estudo às

¹Resolutividade: percentual de casos resolvidos na esfera de atuação da própria USF, sem necessidade de encaminhamento aos serviços de saúde de maior complexidade, como hospitais e clínicas especializadas. O Ministério da Saúde considera ideal que a ESF possa resolver 85% dos casos que se apresentam na USF, devendo encaminhar apenas 15% para os serviços de saúde mais especializados.

USF's, onde procedeu a coleta de informações da seguinte forma: aplicação de 107 questionários aos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família, sendo: 8 aos médicos, 8 aos odontólogos, 10 aos enfermeiros responsáveis pelas USF's e 83 aos agentes comunitários de saúde; realização de entrevistas individuais e coletivas com 136 beneficiários; e verificação “*in loco*” das 10 USF's implantadas no município de Paragominas.

Além das USF's, a Equipe de Auditoria visitou outros órgãos e serviços da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, a saber: Central de Abastecimento e Central de Marcação de Consultas. A Equipe visitou, ainda, a Secretaria Municipal de Administração e Finanças.

A Equipe de Auditoria realizou entrevista estruturada com os membros do Conselho Municipal de Saúde do Município acerca de sua atuação no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família no município.

Procedeu-se, ainda, à análise das peças orçamentárias, planos de saúde e de outros documentos produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas, trabalhos técnicos e acadêmicos e dados dos sistemas informatizados do Ministério da Saúde.

Como resultado da avaliação realizada nas informações obtidas no município, foram detectados vários problemas, que vêm prejudicando o desenvolvimento da Estratégia, especificados a seguir: baixa cobertura populacional pelas Equipes de Saúde da Família (eSF); vínculo profissional precário dos componentes da eSF; rotatividade e dificuldade na contratação dos médicos e enfermeiros da eSF; falta de reconhecimento/valorização dos profissionais que atuam nas eSF; realização de procedimentos incompatíveis com a filosofia da Estratégia Saúde da Família (ESF); ausência de apoio administrativo para as eSF; infraestrutura das Unidades de Saúde da Família (USF) inadequada e insuficiente para atendimento da demanda; materiais, insumos e equipamentos indisponíveis, insuficientes e inadequados para o atendimento; inexistência de planejamento integrado das políticas públicas de saúde voltadas para a ESF; deficiência nos mecanismos de monitoramento e avaliação das metas previstas nos planos municipais e na supervisão e monitoramento das ações das eSF e USF; e fragilidade na organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde; inadequação do sistema de referência² para os níveis de média e alta complexidades do SUS e inexistência do sistema de contra-referência³.

No intuito de aprimorar a atuação da Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas no desenvolvimento da Atenção Primária - Estratégia Saúde da Família, tendo em vista as dificuldades e deficiências observadas pela equipe de Auditoria, considerou-se oportuno recomendar a adoção de medidas, que visam a minimização dos problemas detectados.

A implantação das medidas recomendadas possibilitará: o aumento da cobertura populacional com a inclusão da população ainda não cadastrada na ESF; melhor cobertura dos programas implantados; atendimento aos usuários de acordo com as diretrizes da ESF; atrair e manter no município profissionais mais qualificados e com o perfil para atuar na ESF; redução da sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde; diminuição da demanda por atendimento de emergência no hospital municipal; melhoria do desempenho nas atividades administrativas; adequação da estrutura física das USF's, de acordo com as especificações do Ministério da Saúde e das necessidades indicadas pela Equipe de Atenção Básica; melhoria na gestão da Estratégia Saúde da Família; compreensão por parte dos usuários e eSF sobre a ESF, ocasionando o reforço no vínculo de responsabilidade e da relação com a comunidade; beneficiários satisfeitos com o atendimento recebido; e maior resolutividade da Estratégia.

²Referência: serviço, ao qual é encaminhado o beneficiário do ESF, para atendimento de maior complexidade e para apoio diagnóstico.

³Contra-referência: serviço, ao qual o beneficiário da ESF é encaminhado de volta à USF, pelos serviços de saúde de maior complexidade.

Lista de Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Cirurgião Dentista
AOP	Auditoria Operacional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOB	Normas Operacionais
NOAS	Normas Operacionais da Assistência a Saúde
PAB	Programa de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCU	Preventivo de Câncer de Colo do Útero
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PROAME	Programa de Amamentação
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SEMS	Secretaria Municipal de Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1	Número Máximo de Equipes de Saúde da Família por USF
Tabela 2	Cobertura Populacional de Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde Bucal por Estado - Brasil – 2008
Tabela 3	Evolução da Cobertura da Saúde da Família em Paragominas no período de 1998 a 2009
Tabela 4	Programação PPA 2006/2009 - Atenção Básica
Tabela 5	Programação PPA 2010/2013 - Atenção Básica
Tabela 6	Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira na Atenção Básica no período 2006 a 2008
Tabela 7	Recursos Financeiros Destinados à Saúde no período de 2006 a 2008
Tabela 8	Participação das Três Esferas de Governo no Financiamento da Saúde período de 2006 a 2008
Tabela 9	Recursos Repassados pela União para a Atenção Básica no período de 2006 a 2008
Tabela 10	Despesas Realizadas na Função Saúde por Subfunção nos exercícios 2006 a 2008
Tabela 11	Número de Pessoas e Famílias Cadastradas na ESF em dezembro de 2008
Tabela 12	Número de Pessoas e Famílias Acompanhadas pelas eSF's
Tabela 13	Número Médio de Consultas Médicas Semanais Realizadas nas USF's
Tabela 14	Número Médio de Atendimentos Odontológicos Semanais Realizados nas USF's
Tabela 15	Usuários Cadastrados no Programa Hiperdia e Acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família em dezembro de 2008
Tabela 16	Participação de Usuários em Reuniões e Palestras sobre Saúde nas USF's
Tabela 17	Percentual das Despesas Realizadas com Atenção Básica em Relação aos Recursos Financeiros Transferidos pela União no período de 2006 a 2008
Tabela 18	Comparativo dos Gastos Realizados com Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica período de 2006 a 2008
Tabela 19	Custo com Folha de Pagamento dos Profissionais das eSF's Financiado com Recursos da União
Tabela 20	Forma de Contratação dos Profissionais da eSF
Tabela 21	Tempo de Serviço como Agente Comunitário de Saúde
Tabela 22	Processo de Agendamento de Consultas Médicas e de Enfermagem para os Grupos Prioritários
Tabela 23	Processo de Agendamento de Consultas Médicas e Odontológicas para a Demanda Espontânea por USF

Tabela 24	Tempo de Espera por Atendimento nas USF
Tabela 25	Frequência de Visitas Domiciliares Realizadas pelo ACS
Tabela 26	Ações Desenvolvidas pelos ACS nas Visitas Domiciliares
Tabela 27	Grau de Satisfação dos Usuários com o Trabalho Desenvolvido pelos ACS's
Tabela 28	Percentual de Atendimento das Solicitações Efetuadas pelos ACS's de Visitas Domiciliares de Médicos
Tabela 29	Visitas Domiciliares Realizadas pelo Médico de Saúde da Família
Tabela 30	Escala de Rodagem do Veículo da Atenção Básica
Tabela 31	Visita Domiciliar do Médico x Consultas Médicas Realizadas no Período de 2007 a 2009
Tabela 32	Visita Domiciliares Realizadas pelos Enfermeiros no Período de 2007 a 2009
Tabela 33	Cota Mensal de Consultas Médicas Especializadas Oferecidas pelo Hospital Municipal
Tabela 34	Referência para Consultas e Exames Especializados pela eSF - Entrevistas Individuais
Tabela 35	Referência para Consultas e Exames Especializados pela eSF - Entrevistas Coletivas
Tabela 36	Estrutura Física das USF's para 1 eSF pelo Padrão do Ministério da Saúde
Tabela 37	Dependências Inexistentes nas 10 USF's pelo Padrão do Ministério da Saúde
Tabela 38	Grau de Satisfação dos Usuários com as Instalações Físicas das USF's
Tabela 39	Disponibilidade de Equipamentos nas 10 USF's
Tabela 40	Condições de Uso dos Equipamentos Utilizados nas 10 USF's
Tabela 41	Disponibilidade e Condições de Uso dos Equipamentos e Materiais Odontológicos Utilizados nas USF's
Tabela 42	Abastecimento de Materiais e Insumos de Saúde nas 10 USF's
Tabela 43	Pedidos de Fitas de Glicosímetro Efetuados pelas USF's em 2009
Tabela 44	Solicitação de Luvas de Procedimentos pelas USF's
Tabela 45	Pedidos de Soro Fisiológico Realizados pelas USF's

Lista de Figuras

Figura 1	Arquivo de Prontuários - USF de Jaderlândia
Figura 2	Recepção - USF Jardim Bela Vista
Figura 3	Área de Espera - USF do Uraim II
Figura 4	Nebulização - USF Uraim II
Figura 5	Farmácia - USF Km 11
Figura 6	Atendimento Farmácia - USF Jardim Atlântico
Figura 7	Móveis – USF Km 11
Figura 8	Sala de Curativo - USF Km 11
Figura 9	Móveis - USF Jardim Atlântico
Figura 10	Carteiras de Vacinação - USF Jaderlândia
Figura 11	Prontuário Médico Utilizado na USF Jaderlândia

Lista de Gráficos

Gráfico 1	População Cadastrada nas USF x População Acompanha pelas eSF's
-----------	--

1. INTRODUÇÃO

1.1. Antecedentes

A execução de auditorias operacionais no Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Pará teve início com a implantação do Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros (PROMOEX), que tem como objetivo principal o fortalecimento do sistema de controle externo, como instrumento de cidadania e de contribuição para a efetiva, transparente e regular gestão dos recursos públicos, através da integração nacional e da modernização dos tribunais de contas. Nesse sentido, a realização de auditorias operacionais foi considerada como importante produto para o incremento dos níveis de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das ações de fiscalização e controle.

Foi criado o Programa Nacional de Capacitação em Auditoria Operacional com o propósito de criar as condições para a realização de auditorias operacionais nos tribunais de contas brasileiros, mediante a capacitação dos profissionais que desenvolvem atividades auditoriais.

Para atingir esse objetivo, o Grupo Temático de Auditoria Operacional (GAO) do PROMOEX, responsável pela implementação do plano de capacitação, iniciou a realização de uma série de atividades, entre as quais a condução de auditorias em áreas de atuação prioritárias. Em 2007, foi ministrado pela Escola de Administração Fazendária (ESAF) aos técnicos dos tribunais de contas o curso de Auditoria Operacional. Em 2008, foi realizada auditoria piloto na área de Educação, na ação de formação de professores do ensino fundamental. Em 2009, como mais uma etapa da capacitação, foram sugeridos pelo GAO, a partir de estudo preliminar do Tribunal de Contas da União (TCU), dois temas para a realização da segunda auditoria operacional a ser realizada na área da saúde, a saber: Centrais de Regulação e Atenção Básica – Saúde da Família.

Pela materialidade e vulnerabilidade, bem como pela relevância que tem o tema no âmbito da política nacional de saúde, este Tribunal optou pela realização da auditoria operacional na ação Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família.

A partir da escolha do tema da auditoria foram pré-selecionados para serem auditados, dentre os 143 municípios paraenses, os municípios de Santarém e Paragominas, pelas razões a seguir especificadas: os municípios apresentavam, em dezembro de 2008, baixa cobertura populacional, pelas Equipes de Saúde da Família (eSF), em torno de 29,57% e 33,62%, respectivamente; localizam-se em regiões distantes da capital do estado; e possuíam estrutura razoável para realização da auditoria.

Efetuada o levantamento preliminar de informações nesses municípios, a Equipe de AOP concluiu que seria conveniente e oportuno a realização da auditoria no Município de Paragominas, uma vez que o de Santarém encontrava-se em meio a uma instabilidade política, tendo em vista que o mandatário eleito estava afastado de suas funções em virtude de ação judicial, o que inviabilizou a escolha desse município para a realização de uma auditoria operacional. Outro fator considerado para a escolha do Município de Paragominas deveu-se ao percentual de cobertura populacional pelas eSF no município, em dezembro de 2008, encontrar-se no mesmo patamar da média de cobertura do Estado do Pará, que correspondia, naquela ocasião, a 36,3% (trinta e seis inteiros e três décimos por cento), segundo dados obtidos no sítio do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde. (http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2008.pdf).

A realização da presente auditoria foi autorizada pela Presidência deste Tribunal, tendo a equipe de AOP sido designada pelas seguintes portarias: Portaria nº 310/2009/TCM, Portaria nº 731/2009/TCM, Portaria nº 995/2009/TCM e Portaria nº 1144/2009/TCM.

1.2. Identificação do Objeto da Auditoria Operacional

A Saúde da Família (SF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994 com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país. Atualmente, constitui-se na estratégia central do processo de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de municipalização das ações de saúde na atenção básica, devendo imprimir nova dinâmica de atuação dos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde (UBS), em substituição ao modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico, orientado predominantemente para a cura de doenças.

A Estratégia Saúde da Família tem como foco:

- 1) a humanização do atendimento, promovido pelo estreito relacionamento dos profissionais que compõem a equipe de saúde com a comunidade, cujo atendimento deve incorporar aspectos emocionais, familiares, sociais e preventivos;
- 2) a resolutividade dos problemas de saúde da população;
- 3) e a responsabilização pelo encaminhamento do usuário aos serviços de maior complexidade assistencial, garantindo a integralidade e continuidade do atendimento.

O acesso do beneficiário ao Sistema de Saúde dá-se por intermédio das Unidades Básicas (UBS), que deve oferecer ao cidadão assistência integral e contínua, desenvolvida pelos profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF), nas próprias unidades e também nos domicílios.

Cada equipe é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe trabalha com uma população adscrita, mapeada por localidade e deve estabelecer com a população vínculos de coresponsabilidade, na busca da prevenção e mitigação do sofrimento da população mais necessitada, bem como da minimização de demandas nas instâncias de média e alta complexidades⁴.

1.3. Objetivo e escopo da auditoria

A realização de Auditoria Operacional visou avaliar se no município de Paragominas a Estratégia Saúde da Família está sendo implementada de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Essa avaliação se dará sob os seguintes aspectos: se as equipes da Estratégia Saúde da Família estão efetivamente implantadas e em atuação; se as Unidades Básicas de Saúde dispõem de infraestrutura, materiais e insumos que permitam o desenvolvimento das atribuições das equipes de saúde da família; e se o planejamento das políticas públicas de saúde municipais e a gestão da Estratégia Saúde da Família no município apresentam vulnerabilidades que possam comprometer o seu adequado funcionamento.

Em decorrência das análises realizadas na fase de planejamento verificou-se a existência de problemas estruturais e de gestão que tem comprometido o funcionamento e o alcance dos resultados esperados pela ação, pelo que vislumbra-se oportunidades de melhoria de desempenho da Estratégia quanto ao planejamento das ações, à implantação e atuação das equipes de saúde da família e à infraestrutura para atendimento da demanda nas unidades de saúde da família. Dessa forma, decidiu-se por priorizar três questões de auditoria:

⁴Média Complexidade - Tem o objetivo de atender os principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimento especializados. São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade.

Alta Complexidade - Procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumatologia-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica.

- Questão 1: As Equipes de Saúde da Família estão efetivamente implantadas e em atuação?
- Questão 2: As Unidades de Saúde da Família dispõem de condições mínimas de funcionamento?
- Questão 3: O planejamento das políticas públicas municipais e a gestão da Estratégia Saúde da Família no município apresentam vulnerabilidades que podem comprometer o seu adequado funcionamento?

1.4. Metodologia

Com o objetivo de investigar as questões de auditoria, diante dos riscos encontrados, a estratégia metodológica escolhida para a realização do trabalho foi a visita de estudo. Os métodos de coleta de dados usados foram observação direta, entrevistas e questionários. Utilizou-se, ainda, pesquisa documental em registros administrativos e banco de dados da SEMS.

A fim de colher informações acerca da política municipal de saúde de Paragominas, do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família e identificar os problemas recorrentes na atenção básica, a equipe de AOP enviou à Secretaria Municipal de Saúde questionário, que foi respondido de forma conjunta por 6 (seis) coordenadores de saúde, pelo responsável do Setor de Controle Administrativo e pelo Secretário Municipal de Saúde, bem como realizou entrevistas semi-estruturadas com o Secretário Municipal de Saúde e coordenadores municipais da saúde. A aplicação dessas técnicas buscou informações quanto:

- a) à implantação da Estratégia no município, considerando o número de equipes implantadas, a quantidade de Unidade de Saúde da Família (USF) existentes, a população cadastrada, entre outros;
- b) ao gerenciamento do programa, abordando a cobertura populacional, a capacitação e educação permanente oferecidos aos membros das eSF's, monitoramento e avaliação das ações realizadas nas USF's, visitas de fiscalização e avaliação às USF's e junto às eSF, adoção de medidas corretivas face aos problemas identificados, alimentação sistemática do SIAB e os critérios adotados para escolha dos locais de implantação das USF's;
- c) à alocação de recursos na área da saúde e na Estratégia Saúde da Família conforme a origem (União, Estados e Municípios) e à definição legal da forma de aplicação dos recursos do PAB Variável / Atenção Básica;
- d) à forma de contratação dos profissionais das eSF's;
- e) ao fornecimento de medicamentos;
- f) às considerações acerca dos impactos da Estratégia na melhoria do estado de saúde da população, da divulgação da estratégia junto à população, do fornecimentos de materiais aos Agentes Comunitários de Saúde–ACS, incorporação de profissionais da área administrativa para auxiliar às eSF e sistemática de referência para outros níveis de atenção; e
- g) aos instrumentos de planejamento (Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, Lei Orçamentária - LOA, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão).

Nas visitas de estudo realizadas nas USF's, com o objetivo de verificar a atuação das equipes de saúde da família e atestar as condições de trabalho e de funcionamento das Unidades, a equipe de AOP aplicou 107 (cento e sete) questionários aos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família, sendo: 8 (oito) aos médicos, 8 (oito) aos odontólogos, 10 (dez) aos enfermeiros responsáveis pelas USF's e 83 (oitenta e três) aos agentes comunitários de saúde. A aplicação dos questionários objetivou obter informações quanto:

- a) ao número de pessoas cadastradas e acompanhadas pelas eSF's e a média de atendimentos nas USF;

- b) à adequação e suficiência da infraestrutura das USF (espaço físico, materiais, equipamentos e insumos) para o desenvolvimento das ações das eSF;
- c) ao processo de trabalho das equipes, inclusive de marcação de consultas nas USF e as ações desenvolvidas (visitas domiciliares, pré-natal, controle de diabetes e hipertensão, eliminação de hanseníase, planejamento familiar, imunização, procedimentos clínicos em saúde bucal, bem como atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, educação em saúde, entre outras);
- d) ao horário de funcionamento das USF's;
- e) aos mecanismos de acesso aos serviços de referência (consultas e exames especializados);
- f) à forma de contratação dos membros das eSF, à carga horária e ao tempo de trabalho na USF;
- g) à contribuição e/ou participação de médicos e odontólogos nas atividades de educação permanente da eSF e no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF; e
- h) à percepção do médico e do odontólogo no que diz respeito ao atendimento prestado ao usuário em relação a filosofia da Estratégia Saúde da Família.

Procedeu-se a verificação “*in loco*” das 10 Unidades de Saúde da Família (USF) existentes no município, onde observou-se os seguintes aspectos:

- a) dependências (sala de recepção/espera; consultório médico; consultório de enfermagem; sala de procedimentos básicos; sala de vacinas; e consultório odontológico);
- b) disponibilidade e adequação de equipamentos (balança de adulto; balança infantil; geladeira para armazenamento de vacinas; estetoscópio; termômetro);
- c) fornecimento de medicamentos da farmácia básica e disponibilidade de materiais e insumos de saúde (gaze, algodão, soro fisiológico, blocos de receituário, etc.); e
- d) processo de trabalho das equipes.

A Equipe da AOP/TCM aplicou duas metodologias para a obtenção de informações junto aos beneficiários. Primeiramente, foram realizadas entrevistas individuais com 91 usuários que aguardavam atendimento nas dependências das 10 USF's visitadas pela equipe, escolhidos aleatoriamente. Posteriormente, a equipe selecionou no cadastro das famílias atendidas nessas Unidades, 95 usuários pertencentes ao grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, grávidas, idosos e hansenianos) para participarem de entrevistas coletivas. Os usuários selecionados foram convocados por meio de convite repassado pelos agentes comunitários de saúde, com a colaboração do Conselho Municipal de Saúde. Foram realizadas 5 entrevistas coletivas, que registraram a presença de 45 usuários. Tanto a entrevista individual como a entrevista coletiva objetivaram o levantamento de informações juntos aos usuários quanto:

- a) à realização de visita domiciliar pelo ACS e médico da USF;
- b) às atividades realizadas pelos ACS nas visitas domiciliares;
- c) ao horário de funcionamento das USF's;
- d) às razões da procura da Unidade de Saúde da Família para atendimento sem consulta marcada e/ou sem ter sido encaminhado pelo ACS;
- e) ao tempo médio de espera para atendimento na USF e tempo médio gasto pelo médico com o atendimento do usuário;
- f) à disponibilidade de medicamentos e de outros insumos de saúde (algodão, esparadrapo, gaze, etc.) nas USF's;

- g) ao encaminhamento de usuário pela eSF para atendimento em consultas especializadas (cardiologia, urologia, neurologia, cirurgia, etc.) e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos (raio-x, tomografia, ultra-som, etc.);
- h) à participação de reunião ou palestra em grupo na USF;
- i) ao processo de marcação de consultas nas USF's;
- j) ao grau de satisfação dos usuários quanto aos procedimentos e orientações realizados pelos ACS's e sua relação com as famílias, atendimento médico e de enfermagem e instalações da USF's;
- k) à informações recebidas pelo usuário a respeito da Estratégia Saúde da Família e sua percepção concernente à melhoria no atendimento nas USF's.

Foi garantida aos beneficiários e agentes comunitários de saúde a confidencialidade das informações prestadas a equipe de Auditoria, vez que não houve a identificação nos questionários e entrevistas.

Procedeu-se, ainda, à análise de documentos e planilhas produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas, trabalhos técnicos e acadêmicos e dados dos sistemas informatizados do Ministério da Saúde.

Além das USF's e Departamento de Atenção Básica, a Equipe de AOP visitou outros órgãos ou serviços da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, a saber: Central de Abastecimento e Central de Marcação de Consultas. Visitou-se, ainda, a Secretaria Municipal de Administração e Finanças.

A Equipe de AOP realizou entrevista estruturada com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) do Município, onde obteve informações acerca de sua atuação no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, a saber:

- a) critérios que Conselho Municipal de Saúde de Paragominas utiliza para aprovação da implantação ou expansão de novas de eSF e sua adequação à Portaria no. 648/2006;
- b) realização de avaliação acerca da atuação das eSF's nas USF's e domicílios e infraestrutura das Unidades e qual o encaminhamento que é dado pelo CMS a essas avaliações;
- c) informações recebidas pelo Conselho acerca dos treinamentos e capacitações oferecidos aos membros das eSF pela Secretaria Municipal de Saúde e avaliação se o treinamento oferecido é suficiente para o desempenho das atividades dos membros das Equipes de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família;
- d) acompanhamento do processo de seleção dos Agentes Comunitários de Saúde;
- e) posicionamento do CMS acerca do vínculo precário dos membros das eSF;
- f) participação do CMS na elaboração do Plano Municipal de Saúde e no acompanhamento da implementação das ações dispostas no Plano pela Prefeitura Municipal e verificação da compatibilidade das ações que compõem o Plano Municipal de Saúde com o Plano Plurianual – PPA, bem como com as diretrizes da política nacional de saúde e as metas pactuadas na CIB e MS;
- g) critérios para avaliação do relatório de gestão apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde para sua aprovação e quais as dificuldades que o Conselho tem para proceder a avaliação do relatório de gestão.

As limitações encontradas na realização do trabalho foram: não comparecimento de parte dos usuários selecionados para participarem das entrevistas coletivas, o que levou a equipe da AOP convidar 10 usuários que esperavam atendimento nas USF; a Secretaria de Saúde não forneceu informações acerca dos recursos municipais e o montante de recursos dispendidos na execução da Estratégia Saúde da Família no município.

2 – VISÃO GERAL

2.1. Aspectos Relativos ao Sistema Único de Saúde – SUS

O estado brasileiro, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, assume como um dos seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, o ordenamento constitucional introduziu profundas modificações no sistema de saúde pública brasileiro, que deixou de ser restrito e passou a garantir a todos os cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, a partir da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) de ações e serviços públicos de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação.

O texto constitucional estabeleceu que o SUS integra uma rede regionalizada e hierarquizada, que tem como diretrizes: a descentralização das ações e serviços, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

O SUS encontra-se definido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – n°s 8.080/90 e 8.142/90, e é regulamentado por Normas Operacionais Básicas (NOB's) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS).

A Lei n° 8.080/90 estabeleceu os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes do SUS, assim como definiu a organização, a direção e a gestão do Sistema nas três esferas de governo.

A NOB n° 01/93 regulamentou o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde e os mecanismos de financiamento no âmbito do SUS, bem como as diretrizes para os investimentos no setor. Nessa norma foram criados os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e pelos gestores estadual e municipal, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade do SUS.

O SUS representa a materialização de uma nova concepção de saúde no Brasil, centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. A saúde passa a estar relacionada com a qualidade de vida da população, que é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc.

2.2. Aspectos Relativos à Estratégia Saúde da Família – ESF

A Atenção Primária (Atenção Básica) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde o desenvolvimento de sistemas de atenção à saúde baseados na atenção primária é o melhor enfoque para produzir uma melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas.

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

Em países como o Canadá, Austrália, Nova Zelândia há o consenso de que os sistemas de saúde orientados pelos princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde tem menores

custos, maior satisfação dos usuários e alcançam melhores resultados em saúde, demonstrado por meio da avaliação de indicadores, como: mortalidade geral, mortalidade por doença cardíaca, mortalidade infantil e detecção precoce de câncer de cólon-retal, mama, uterino/cervical e melanoma (Barbara Starfield, 2002).

No Brasil, a partir do novo enfoque trazido pelas normas constitucionais e infra-constitucionais, as ações básicas de saúde deixaram de priorizar o combate da doença e seus agravos e passaram a privilegiar, igualmente, a promoção e prevenção, por meio de uma política de atenção básica à saúde.

Em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como parte do processo de reforma do setor da saúde, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Não obstante todo o arcabouço jurídico editado para a concepção de um novo modelo de atenção à saúde implantado no Brasil, as resistências ao rompimento com o modelo de atenção tradicional, eram intensas, vez que as ações do SUS ainda privilegiavam a medicina curativa, que por ter um custo elevado, concentrava, em grande parte, ações e recursos para tratamento. Diante desse cenário, verificou-se a necessidade urgente de reorganização do SUS e do processo de municipalização, por meio da organização da Atenção Básica de Saúde.

Nesse norte, em 1994, a partir da experiência de sucesso do PACS, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o fim de reverter o modelo assistencial vigente e reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios. Nessa perspectiva, a família passa a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, incluindo desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças.

A partir de 1996, tanto o PACS quanto o PSF foram fortalecidos política e institucionalmente com a edição da NOB SUS 01/96, instituída com a finalidade primordial de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal/88), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Em 1998, com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), o PSF se fortaleceu financeiramente.

Em 2006, o Ministério da Saúde, visando consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, após discussão com atores políticos diversos nos municípios, nos estados e na federação, com membros da academia, profissionais da saúde e trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde, emitiu a Portaria nº 648, instituindo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu as novas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Nessa fase de consolidação, com o objetivo de fortalecer a ideia da Saúde da Família como o eixo estruturante da atenção básica, e não apenas como sendo mais um programa entre outros propostos pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) passou a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF),

O acesso do beneficiário ao Sistema de Saúde dá-se por meio das Unidades Básicas (UBS) e o seu atendimento será realizado por equipes multiprofissionais, denominadas de Equipes Saúde da Família (eSF), que devem oferecer ao cidadão assistência integral e contínua nas próprias unidades e também nos domicílios. Essa Portaria definiu como áreas estratégicas para atuação das equipes de Atenção Básica em todo o território nacional: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

As equipes são compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e, no máximo, doze agentes comunitários de saúde. Podem ser incorporados à eSF profissionais de saúde bucal composta de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, para equipes na modalidade I e cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental para equipes na modalidade II. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados às equipes, como psicólogos e fisioterapeutas, por exemplo.

Cada eSF deve ser responsável pela atenção integral à saúde de uma população de no máximo 4.000 habitantes, residentes em seu território de abrangência, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. Cada ACS deverá ficar responsável por no máximo de 750 pessoas.

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

A UBS, considerada como “porta de entrada” para acesso ao sistema de saúde, é o local onde cerca de 85% (oitenta e cinco por cento) dos problemas mais comuns de saúde da comunidade devem ser solucionados. Cada UBS pode abrigar uma ou mais Equipes de Saúde da Família (eSF), dependendo do número de famílias cadastradas em sua área de abrangência. O Ministério da Saúde recomenda que o número de equipes vinculadas a uma UBS não seja superior a cinco, haja vista às dificuldades de organização de agenda dos atendimentos e dos fluxos operacionais, que poderiam prejudicar as mudanças das práticas de saúde, necessárias ao modelo de atenção proposto pela eSF.

Tabela 1
Número Máximo de Equipes de Saúde da Família por USF

Nº de Equipes de Saúde da Família trabalhando na UBS	População coberta
1 eSF	Até 4 mil pessoas
2 eSF	Até 8 mil pessoas
3 eSF	Até 12 mil pessoas
4 eSF	Até 16 mil pessoas
5 eSF	Até 20 mil pessoas

Fonte: Manual de Estrutura Física das UBS do Ministério da Saúde

São atividades a serem desenvolvidas pelas eSF nas UBS's: mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONGs, etc; planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita; acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas; ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; consultas médicas e/ou de enfermagem; consultas e procedimentos odontológicos, quando existir a equipe de saúde bucal; realização de procedimentos médicos e de enfermagem; imunizações; inalações; curativos, drenagem de abscessos e suturas; administração de medicamentos orais e injetáveis; terapia de reidratação oral, etc.; atendimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia; realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade. A coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos devem ser analisadas sob a perspectiva do custo benefício da centralização ou descentralização dessas ações de acordo com o planejamento municipal.

A eSF deve resgatar, por meio de atendimento humanizado, os vínculos de

compromisso e co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população. A atenção da ESF está centrada na família (do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes), entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, abordada de forma integral, sem que se perca de vista o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros. Essa forma de trabalho possibilitará às Equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções, que vão além das práticas curativas.

Desde sua implantação, o número de Equipes de Saúde da Família (eSF) vem crescendo no Brasil. Em 2001, existiam 11.285 atuando em 3.684 municípios, representando 55,36% dos municípios brasileiros. Em 2008, haviam sido implantadas em 5.235 municípios brasileiros 29.300 Equipes de Saúde da Família, 17.807 Equipes de Saúde Bucal (eSB) em 5.234 municípios e 230.244 Agentes Comunitários de Saúde estavam atuando em 4.597 municípios.

Tabela 2
Cobertura Populacional de Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde Bucal por Estado - Brasil - 2008

UF	eSF		ACS		eSB	
	Nº ESF	% Cobertura	Nº ACS	% Cobertura	Nº ESB	% Cobertura
PI	1.069	96,6	6.757	99,5	892	97,6
PB	1.228	94,7	7.760	98,0	1.099	95,0
SE	534	83,3	3.613	91,9	333	80,6
RN	858	80,0	5.295	81,3	779	92,3
MA	1.725	78,1	15.080	92,3	1.137	73,5
TO	352	76,7	3.444	98,9	261	87,4
AL	727	70,3	5.089	76,1	523	70,4
RR	94	70,2	666	77,9	49	57,7
PE	1.780	68,0	14.465	86,0	1.144	71,0
SC	1.282	67,4	9.314	78,2	690	53,8
CE	1.705	67,2	11.782	71,0	1.293	77,6
AP	132	66,6	1.139	92,3	76	62,0
MG	3.806	63,2	25.217	67,2	1.896	47,4
AC	132	59,2	1.259	87,6	94	65,6
GO	1.048	57,9	7.638	64,7	733	58,3
MT	521	57,1	4.547	75,3	331	57,4
MS	402	56,2	3.849	88,6	387	80,2
BA	2.392	55,0	23.896	81,8	1.498	56,5
PR	1.672	51,4	11.497	57,9	1.063	51,6
ES	539	50,0	5.053	70,5	347	51,2
AM	497	49,7	6.082	74,3	279	47,4
RO	229	47,8	2.844	85,2	121	47,6
PA	802	36,3	13.247	82,7	352	30,0
RS	1.161	33,9	7.897	37,8	601	26,8
RJ	1.440	30,9	9.922	35,2	564	20,3
SP	3.134	25,6	22.328	30,5	1.263	18,2
DF	39	5,6	564	13,6	2	0,6
Brasil	29.300	49,5	230.244	60,04	17.807	45,3

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica

No Estado do Pará, segundo dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2008, nos 143 municípios paraenses haviam sido implantados, 802 Equipes de Saúde da Família (eSF) em 130 municípios, 352 Equipes de Saúde Bucal (eSB) em 111 municípios e 13.247 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 142 municípios. Como se vê na tabela acima, o Estado do Pará, apresentava em 2008, 36,3%, da população coberta pelas eSF, 82,7% acompanhada pelos ACS e 30,0% acompanhada pelas eSB.

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) representada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), publicou a primeira versão da pesquisa Saúde da Família no Brasil – uma análise de indicadores selecionados, 1998 a 2004⁵. A pesquisa demonstra que os impactos positivos verificados com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) são evidentes e sustentados ao longo dos anos, observados por meio do acompanhamento e avaliação de indicadores, como mortalidade infantil, cobertura vacinal, nascidos vivos, internações por insuficiência cardíaca congestiva, internações por acidente vascular cerebral, entre outros. Constata-se que a ESF vem contribuindo, de maneira significativa, para a transformação do perfil de saúde da população brasileira e para a consolidação da qualidade da atenção do SUS.

2.5. Fontes de Financiamento da Atenção Básica

Em consonância ao disposto na Portaria 648/2006, que instituiu a PNAB, o financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite (União, Estado e Municípios).

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável. A parte fixa é destinada a todos os municípios, enquanto que a parte variável é destinada à implantação de estratégias nacionais como o Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Saúde Bucal (SB), Saúde Indígena, Saúde no Sistema Penitenciário e Compensações de Especificidades Regionais. O somatório desses pisos corresponde ao teto financeiro do bloco Atenção Básica, cujos recursos deverão ser utilizados no financiamento da Atenção Básica, de acordo com os planos de saúde dos municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 2006b).

Os repasses dos recursos dos PAB fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O montante de recursos referente à parte fixa do PAB é calculado multiplicando-se o valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal. Os valores obtidos são publicados em portaria específica do Ministério da Saúde.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da ESF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁶, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, é definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários e é realizado da seguinte forma:

⁵Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#acs>.

⁶O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF. É o principal instrumento de monitoramento das ações do Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

- a) o número máximo de eSF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/ 2400;
- b) para o cálculo do número máximo de ACS utiliza-se a fórmula: população IBGE da área urbana/400 + população da área rural IBGE/ 280;
- c) o repasse financeiro referentes às eSB será feito em razão do número de equipes implantadas informadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de eSF, e considerem a lógica de organização da Estratégia Saúde da Família.

A população de cada município e do Distrito Federal a ser utilizada para o cálculo dos incentivos financeiros especificados acima é a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Além dos recursos do PAB, a União repassa aos municípios recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde, por ocasião da implantação das equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos das UBS para o trabalho das equipes. Esses recursos são repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Quanto ao componente estadual para o financiamento da Atenção Básica, a PNAB estabeleceu que compete às Secretarias Estaduais de Saúde destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica.

No Estado do Pará, segundo informação da Secretaria Estadual de Saúde, até o exercício de 2008, o componente estadual para o financiamento da Atenção Básica era repassado aos municípios por meio da celebração de convênios, o que não garantia o repasse de recursos a todos os 143 municípios paraenses. A partir de 2009, como resultado de discussões realizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), foi instituído, pela Secretaria Estadual de Saúde, o Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária em Saúde, com o objetivo de fortalecer e valorizar a atenção primária no Estado do Pará por intermédio da Estratégia Saúde da Família.

O repasse do incentivo financeiro estadual para os municípios compõe-se de uma fração fixa e outra variável, calculadas através de fórmulas estatísticas e segundo critérios como: população, área dos municípios, índice de concentração da população, IDH-M, IDI-M, fator Equipe Saúde da Família e Saúde Bucal. A transferência de recursos está condicionada a assinatura do Termo de Adesão ao Plano e ao Pacto pela Saúde, estabelecido a partir da concepção de corresponsabilidade de Estado e Municípios, envolvendo, entre outros eixos, a expansão/ampliação de Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal e a melhoria de desempenho dos serviços de Atenção Básica.

Quanto ao componente municipal de financiamento da Atenção Básica compete aos municípios a sua definição.

2.5. Aspectos Relativos à Estratégia Saúde da Família Atinentes ao Município de Paragominas

No Município, a Estratégia Saúde da Família está sendo levada a efeito por 10 equipes de saúde, formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Nessas equipes foram incorporadas 8 equipes de saúde bucal (eSB) modalidade 1, compostas de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, e 2 equipes de agentes comunitários de saúde (eACS), compostas de enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

A primeira Equipe de Saúde da Família (eSF) foi implantada em 1997. O Município experimentou evolução na cobertura da Estratégia Saúde da Família, de 1997 a 2004, alcançando o patamar de 36,13% de cobertura populacional, consoante se demonstra na Tabela a seguir:

Tabela 3
Evolução da Cobertura Populacional da Saúde da Família em Paragominas
no período de 1998 a 2009

Ano	População	eSF				ACS				eSB
		Teto	Quant.	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Teto	Quant.	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Quant.
1998	66.859	0	3	10.350	15,48%	0	59	33.925	50,74%	0
1999	66.859	0	3	10.350	15,48%	0	92	52.900	79,12%	0
2000	68.423	0	3	10.350	15,13%	0	92	52.900	77,31%	0
2001	78.116	0	7	24.150	30,92%	0	117	67.275	86,12%	0
2002	78.116	0	6	20.700	26,50%	0	117	67.275	86,12%	0
2003	79.988	0	7	24.150	30,19%	0	117	67.275	84,11%	0
2004	81.694	34	10	34.500	42,23%	225	145	81.694	100,00%	4
2005	81.694	34	10	34.500	42,23%	225	145	81.694	100,00%	7
2006	90.452	38	10	34.500	38,14%	249	145	83.375	92,18%	7
2007	92.345	38	10	34.500	37,36%	255	143	82.225	89,04%	8
2008	92.345	38	9	31.050	33,62%	255	135	77.625	84,06%	7
2009	95.479	40	10	34.500	36,13%	263	151	86.825	90,94%	8

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

As equipes atuam em 10 Unidade de Saúde da Família (USF's), denominadas no município de Postos de Saúde da Família (PSF), localizadas na zona urbana do município, assim distribuídas:

- USF Promissão III, atende os bairros Promissão III, Novo Horizonte e o Residencial Olga Moreira;
- USF Promissão II, atende os bairros Promissão I e II, JK I e II, Guanabara e Parque IV;
- USF Jardim Bela Vista, atende os bairro da Bela Vista, Sindilândia e Vila Rica;
- USF Jardim Atlântico, atende os bairros Jardim Atlântico, Aragão e Residencial José Alberto;
- USF Camboatã, atende os bairros de Camboatã I e II e Paraíso; USF Jaderlândia, atende os bairros de Jaderlândia, Nova Conquista e Condomínio Rural;
- USF Uraim II, atende os bairros do Uraim I e II, Centro, Angelim e Sindilândia I;
- USF Cidade Nova, atende o bairro de Cidade Nova;
- USF Km 11, atende os bairros de Andradina, Km 12 e Residencial Pandolfi;
- USF Nagibão, atende os bairros do Nagibão I e II e Transul.

Além das USF's, não há no município outros estabelecimentos públicos de saúde nesse nível de atenção, como Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde, que ofereçam atendimento médico à população,

As USF's ofertam serviços que abrangem: consultas de enfermagem, consultas médicas básicas, acompanhamento de pré-natal, planejamento familiar, imunização, curativos, administração de medicamentos, assistência odontológica (clínicos, exodontias, restaurações, profilaxias e aplicação tópica de fluor), atenção farmacêutica (dispensação⁷ e registro de medicamentos), serviço de puericultura (acompanhamento o desenvolvimento da criança), serviço de vigilância nutricional (SISVAN), teste do pezinho, coleta de material de citologia para exame de prevenção de câncer uterino e controle da hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Em 3 USF's funcionam laboratórios de análises clínicas.

Na zona urbana, além das USF's, funcionam mais 2 Posto de Saúde, onde foram implantadas mais 2 equipes de agentes comunitários de saúde, composta de enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Na zona rural encontram-se em funcionamento 6 Postos de Saúde, cujo atendimento à população rural é realizado por técnicos de enfermagem, que são responsáveis pela verificação de peso, altura, pressão arterial, glicemia, dispensação de medicamentos, aplicação de vacinas e realização de pequenos curativos. A população da zona rural recebe, ainda, atendimento de uma equipe volante, composta de 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem, que realizam o pré-natal, o preventivo de câncer de colo de útero (PCCU) e fazem o encaminhamento de pessoas para atendimento médico nos PSF's quando necessário. Funcionam, ainda, na zona rural, 3 Postos de Saúde Indígena.

2.6. Estrutura Organizacional Adotada para o Desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família em Paragominas

Segundo a Lei Municipal nº 454/2004, que dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Paragominas a responsabilidade pelo desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família é da Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio do Departamento da Atenção Básica.

A forma de organização administrativa atualmente adotada no Departamento de Atenção Básica é informal, vez que não está prevista na Lei nº 454/2004. Assim, o desenvolvimento de ações de saúde nesse nível de atenção, foram estruturadas com base nos programas instituídos pelo Ministério da Saúde, no âmbito da saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde bucal, eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil e promoção da saúde.

2.7. Aspectos orçamentários e financeiros

A estruturação das ações de saúde no nível de Atenção Básica disposta no Plano Plurianual (PPA) para o quadriênio 2006/2009 está calcada em programas atinentes às áreas estratégicas para atuação das equipes de Atenção Básica a serem desenvolvidas em todo o território nacional, de acordo com a PNAB, conforme se verifica abaixo:

⁷Dispensação de Medicamentos é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente em resposta a uma prescrição elaborada por um profissional autorizado (Arias, 1999). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o ato da dispensação de medicamento deve ser exercido ou supervisionado pelo profissional farmacêutico, pois este detém os conhecimentos técnico-científicos para orientar corretamente o usuário do medicamento. Cabe ao profissional farmacêutico o desenvolvimento de ações de seleção e dispensação de medicamentos não prescritos.

Tabela 4
Programação PPA 2006/2009 - Atenção Básica

PROGRAMA	OBJETIVO
0063 – Aleitamento Materno	Educar as parturientes sobre a importância da amamentação para a saúde da criança e para a resistência às prevalências na infância.
0064 – Assistência Integral a Saúde da Mulher	Garantir assistência integral e especializa-da à saúde da mulher, envolvendo pré natal, puerpério, climatério, menopausa, câncer do colo e uterino (PCCU), mamografia e outros atendimentos indispensáveis à saúde da mulher
0065 – Assistência Integral a Saúde da Criança	Dar assistência médica às crianças recém-nascidas até a idade de 05 anos
0066 – Imunização Geral	Imunizar gestantes, crianças, idosos e pessoas expostas a riscos e grupos em campanha
0067 – Educação em Saúde	Conscientizar a população quanto a prevenção de doenças
0068 – Manutenção e Expansão do Programa Agentes Comunitários de Saúde – ACS	Manter e expandir o nº de ACS no município e realizar educação continuada
0069 – Combate a Tuberculose, Hanseníase, Diabetes e Hipertensão Arterial	Garantir a população de Paragominas os serviços médicos de controle e tratamento da tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão arterial
0070 – Saúde Bucal	Ampliar e intensificar as ações de saúde bucal no município de Paragominas
0071- Saúde Mental	Apoiar os portadores de alterações mentais e as suas famílias sobre a prevenção, controle e uso de terapia medicamentosa
0072 – Farmácia Natural	Incentivar a população ao uso de medicamentos alternativos

Fonte: Dados extraídos do PPA 2006/2009 do Município de Paragominas protocolado no TCM/PA sob o nº 200601903.

No PPA 2010/2013 a Saúde da Família foi inserida dentro do programa “Saúde para Todos”, cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, envolvendo ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. Assim como no PPA 2006/2009 a estruturação das ações de saúde basearam-se em programas atinentes às áreas estratégicas para atuação das equipes de Atenção Básica. Na Tabela 5 evidencia-se as ações referentes à Atenção Básica:

Tabela 5
Programação PPA 2010/2013 - Programa Saúde para Todos - Atenção Básica

AÇÕES	META 2010/2013
Operacionalização das ações dos Agentes Comunitários de Saúde	100%
Operacionalização das ações das Equipes de Saúde da Família	10 Unidades
Operacionalização das ações de Saúde Bucal	100%
Operacionalização do programa Saúde do Idoso	100%
Operacionalização do programa Saúde da Criança	100%
Operacionalização do programa de Atenção Básica	100%
Operacionalização do programa Saúde da Mulher	100%

Fonte: Dados extraídos do PPA 2010/2013 do Município de Paragominas protocolado no TCM/PA sob o nº 201002642

A análise procedida nas Leis Orçamentárias do período de 2006 a 2008 identificou que a execução orçamentária relativa a atenção básica neste período, em média ficou acima do valores fixados inicialmente na LOA, a tabela 7, ilustra melhor esta assertiva.

Tabela 6
Série Histórica da Execução Orçamentária e Financeira na Atenção Básica
no período 2006 a 2008

Ano	Créditos Consignados (1)	Execução Orçamentária (2)	%
2006	5.663.200,00	4.493.497,56	79,35%
2007	5.154.900,00	6.008.929,18	116,57%
2008	5.663.200,00	7.347.906,89	129,75%
TOTAL	16.481.300,00	17.850.333,63	108,31%

Fonte: (1) Leis Orçamentárias 2006, 2007 e 2008 e (2) Balanço Geral 2006, 2007 e 2008

O total de recursos transferidos ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) destinados à execução das ações e serviços de saúde alcança em média o percentual de 22% do total das receitas auferidas pelo município de Paragominas no período de 2006 e 2008, conforme se evidencia abaixo:

Tabela 7
Recursos Financeiros Destinados à Saúde no período de 2006 a 2008

DISCRIMINAÇÃO	2006	2007	2008
Receita Arrecadada pela Prefeitura Municipal	R\$ 75.279.166,10	R\$ 88.948.612,68	R\$ 112.474.882,90
Recursos Transferidos ao FMS	R\$ 16.579.611,26	R\$ 20.026.239,87	R\$ 23.629.075,68
% de Recursos Transferidos ao FMS	22,02%	22,51%	21,01%

Fonte: Dados obtidos no Balanço Geral dos exercícios de 2006 a 2008 protocolados no TCM/PA (Processos nº 200704628, 200704628 e 200904923).

Verifica-se que, no período de 2006 a 2008, do total de recursos destinados à saúde o município de Paragominas participa em média com 56,97% dos recursos, a União contribui em média com 42,59%, do total de recursos e o Estado com apenas 0,64% em média. Na tabela abaixo evidencia-se a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde em Paragominas:

Tabela 8
Participação das Três Esferas de Governo no Financiamento da Saúde
período de 2006 a 2008

DISCRIMINAÇÃO	2006		2007		2008	
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
Recursos Transferidos União	5.628.943,54	33,95	9.543.977,43	47,66	10.767.333,62	45,57
Transferências do Estado	0,00	0,00	0,00	0,00	454.709,96	1,92
Recursos Próprios	10.950.667,72	66,05	10.482.262,44	52,34	12.407.032,10	52,51
Total de Recursos	16.579.611,26	100,00	20.026.239,87	100,00	23.629.075,68	100,00

Fonte: Informações obtidas nos Relatórios de Análise de Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde emitidos pela 3ª Controladoria/TCM-Pa. (Processos nº 554012008-00, nº 554012007 e nº 554012006).

Dos recursos financeiros transferidos pela União, de 2006 a 2008, para o desenvolvimento das ações de saúde no nível da Atenção Básica alcançaram, em média, 48,74%.

Tabela 9
Recursos Repassados pela União para a Atenção Básica no período de 2006 a 2008

DISCRIMINAÇÃO	2006	2007	2008	Total
Recursos Totais Repassados pela União para a Saúde	R\$ 5.628.943,54	R\$ 9.543.977,43	R\$ 10.767.333,62	R\$ 25.940.254,59
Recursos Repassados pela União para a Atenção Básica	R\$ 3.531.176,00	R\$ 4.082.877,50	R\$ 5.030.053,93	R\$ 12.644.107,43
PAB FIXO	R\$ 1.198.226,00	R\$ 1.370.977,50	R\$ 1.531.387,93	R\$ 4.100.591,43
Agentes Comunitários de Saúde - ACS	R\$ 580.000,00	R\$ 627.688,00	R\$ 1.135.393,00	R\$ 2.343.081,00
Incentivo Adicional ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde	R\$ 50.750,00	R\$ 35.112,00	R\$ 126.273,00	R\$ 212.135,00
Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas	R\$ 951.000,00	R\$ 1.208.400,00	R\$ 1.309.100,00	R\$ 3.468.500,00
Programa Saúde na Escola - PSE	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
Saúde Bucal - SB	R\$ 142.800,00	R\$ 147.900,00	R\$ 194.700,00	R\$ 485.400,00
Incentivo Adicional Saúde Bucal	R\$ 0,00	R\$ 7.000,00	R\$ 0,00	R\$ 7.000,00
Saúde da Família - SF	R\$ 608.400,00	R\$ 685.800,00	R\$ 703.200,00	R\$ 1.997.400,00
% Recursos Transferidos pela União para a Atenção Básica	62,73%	42,78%	46,72%	48,74%

Fonte: Dados extraídos do sítio do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br).

Nesse período, não foram repassados recursos pelo Governo do Estado do Pará para financiamento da Atenção Básica.

Analisando a execução da despesa com ações e serviços de saúde por sub-função nos exercícios de 2006 a 2008, verifica-se um crescimento no montante de gastos realizados com a Atenção Básica, conforme demonstra a tabela abaixo:

Tabela 10
Despesas Realizadas na Função Saúde por Subfunção - Exercícios 2006 a 2008

PROGRAMAS	2006		2007		2008	
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
Administração Geral	4.476.992,16	25,3	3.844.263,74	18,14	2.529.230,92	11,55
Administração Financeira	0,00	0	0,00	0	1.501.812,59	6,86
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	7.799.665,99	44,07	10.131.503,27	47,81	9.234.798,48	42,16
Atenção Básica	4.493.497,56	25,39	6.008.929,18	28,35	7.347.906,89	33,54
Ensino Fundamental	74.420,60	0,42	248.506,45	1,17	105.278,61	0,48
Formação de Recursos Humanos	1.004,70	0,01	5.479,14	0,03	54.808,00	0,25
Suporte Profilático e Terapêutico	93.362,41	0,53	30.990,54	0,15	163.914,50	0,75
Vigilância Epidemiológica	719.586,59	4,07	876.225,26	4,13	936.027,32	4,27
Vigilância Sanitária	39.170,17	0,22	45.915,89	0,22	31.362,22	0,14
Total	17.697.700,18	100	21.191.813,47	100	21.905.139,53	100

Fonte: Dados obtidos no Balanço Geral dos exercícios de 2006 a 2008 protocolados no TCM/PA (Processos nº 200704628, 200704628 e 200904923).

3. IMPLANTAÇÃO E ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com a Portaria 648/06/MS, os municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território, competindo às Secretarias Municipais de Saúde inserir, preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde, que deve ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes saúde da família atuam.

O desenvolvimento da ESF no município de Paragominas vem sendo permeada de avanços e obstáculos, considera-se, ainda, em fase de implementação e expansão, buscando alcançar melhores coberturas populacionais e melhor qualidade nos serviços oferecidos à população. Algumas dificuldades foram verificadas na implementação da ESF tais como: a insuficiência de recursos para custear os programas; demanda muito superior à capacidade de oferta de equipes e, principalmente, a forma de ingresso, fixação e desenvolvimento dos trabalhadores inseridos nos mesmos. Essas vulnerabilidades tem comprometido a execução da Estratégia Saúde da Família de acordo com as diretrizes estabelecidas na política nacional de saúde.

À luz desses riscos, a auditoria investigou os seguintes pontos: a) se as eSF cadastradas no SIAB e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) existem e estão atuando nas USF's; b) em que medida a composição das equipes atende as exigências normativas; c) se o vínculo dos profissionais da eSF é precário; d) se a carga horária mínima dos profissionais das eSF está sendo cumprida; e) se as eSF's estão atuando em conformidade com as diretrizes/normas estabelecidas.

Em vista dos critérios definidos pela auditoria, o Tribunal verificou como a Secretaria de Saúde de Paragominas vem conduzindo o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família em relação aos seguintes pontos: a) número de eSF existentes e cobertura populacional da ESF; b) forma de contratação, fixação e valorização profissional dos componentes das eSF; e c) adequação dos processos de trabalho adotados pelas eSF à filosofia da ESF.

Utilizaram-se como procedimentos de coleta de dados: pesquisa de documentos e registros administrativos oficiais, entrevista estruturada com os gestores e beneficiários da ação, aplicação de questionários junto aos enfermeiros, médicos, odontólogos e agentes comunitários de saúde e observação direta nas USF.

Na pesquisa documental foram consultados: Constituição Federal, Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (Leis Orgânicas da Saúde); Portaria 648/2006/MS, Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB, Constituição Federal; Lei 11.350/2006 (Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate à Endemias), Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/02 (47.2); Lei Orgânica do Município de Paragominas; Lei Municipal nº 184/98, que dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração dos Servidores Públicos Municipais de Paragominas; Leis Municipais nº 350/2002, nº 463/2005 e 554/06, que dispõem sobre a contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público; documentos e relatórios fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica.

3.1. Baixa Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF)

Cada eSF é responsável pelas famílias de uma determinada área, no município e deve atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atuam, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população.

O trabalho da equipe se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adscrita. Em seguida é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, tendo em vista a atenção integral à saúde, compreendida como promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com enfoque prioritário nas seguintes áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde bucal, hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose.

Segundo dados extraídos do SIAB, do Ministério da Saúde, o município de Paragominas, em razão de sua população, fará jus ao recebimento de recursos federais para implantação de até 40 equipes saúde da família.

A partir de consultas a base de dados do Ministério da Saúde (SIAB e CNES), entrevistas com os coordenadores da atenção básica e visitas in loco constatou-se que no município de Paragominas encontram-se em atuação 10 eSF, que corresponde a 25% do teto de 40 equipes previsto pelo MS. Essas equipes apresentam cobertura de 36,13% da população alvo estimada.

De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, em Paragominas, a população adscrita às USF's, varia entre 2.436 a 12.048 habitantes, conforme demonstrado na tabela a seguir. Considerando que a Portaria nº 648/2006 disciplina que cada eSF deverá ficar responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, observa-se que em 08 USF's deveriam estar implantadas mais de uma equipe.

Tabela 11
Número de Pessoas e Famílias Cadastrada na ESF em dezembro de 2008

PSF-eSF	BAIRROS ADSCRITOS	POPULAÇÃO CADASTRADA	Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS
Promissão III	Promissão III, Novo Horizonte e Residencial Olga Moreira	7.132	2.097
Promissão II	Promissão I, Promissão II, JK I, JK II, Guanabara, Parque IV	12.048	3.543
Jardim Bela Vista	Bela Vista, Sidilândia II, Vila Rica	11.150	3.279
Jardim Atlântico	Jardim Atlântico, Aragão, Residencial José Alberto	7.179	2.111
Camboatã	Camboatã I, Camboatã II, Paraíso	5.257	1.546
Jaderlândia	Jaderlândia, Nova Conquista, Condomínio Rural	10.153	2.986
Uraim II	Uraim I, Uraim II, Centro, Angelim, Sidilândia I	8.069	2.373
Cidade Nova	Cidade Nova	3.704	1.351
Km 11	Andradina, Km 12, Residencial Pandolfi	2.436	716
Nagibão	Nagibão I, Nagibão II, Transul	6.445	1.895
TOTAL		73.573	21.897

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas.

Com base nos dados fornecidos pelos coordenadores da saúde a equipe de AOP constatou que as eSF's fazem o acompanhamento do estado de saúde de cerca de 52,67% das pessoas cadastradas nas USF's. Esse acompanhamento é feito, prioritariamente, à pessoas

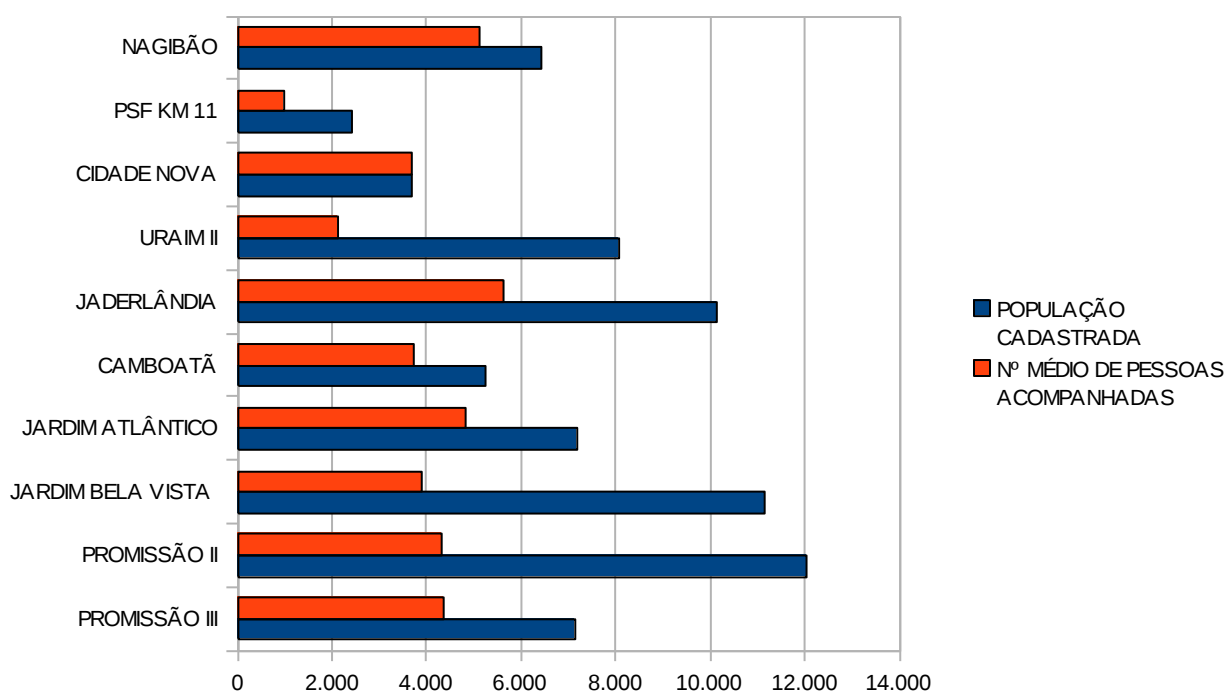
portadoras de hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, além de grávidas, crianças e idosos, inseridas nos programas do Ministério da Saúde.

Tabela 12
Número de Pessoas e Famílias Cadastradas nas USF's e Acompanhadas pelas eSF's

PSF-eSF	POPULAÇÃO CADASTRADA	FAMÍLIAS CADASTRADAS	Nº MÉDIO DE PESSOAS POR FAMÍLIA	FAMÍLIAS ACOMPANHADAS	Nº MÉDIO DE PESSOAS ACOMPANHADAS	% MÉDIO DE PESSOAS ACOMPANHADAS
PROMISSÃO III	7.132	2.097	3,4	1.287	4.377	61,37%
PROMISSÃO II	12.048	3.543	3,4	1.271	4.322	35,87%
JARDIM BELA VISTA	11.150	3.279	3,4	1.140	3.876	34,77%
JARDIM ATLÂNTICO	7.179	2.111	3,4	1.424	4.843	67,46%
CAMBOATÃ	5.257	1.546	3,4	1.100	3.740	71,15%
JADERLÂNDIA	10.153	2.986	3,4	1.658	5.638	55,53%
URAIM II	8.069	2.373	3,4	628	2.135	26,46%
CIDADE NOVA	3.704	1.351	2,74	1.351	3.704	100,00%
PSF KM 11	2.436	716	3,4	288	980	40,22%
NAGIBÃO	6.445	1.895	3,4	1.509	5.132	79,63%
TOTAL	73.573	21.897	3,33	11.656	38.748	52,67%

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas relativos à 2008

Gráfico 1
População Cadastrada nos PSF's x População Acompanha pelas eSF's



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas.

A Equipe de AOP, observou, pelo relato dos coordenadores de saúde, enfermeiros responsáveis pelas USF's, médicos e dentistas que atuam na ESF, que as eSF's fazem o atendimento tanto da população cadastrada nas USF's, quanto da população não cadastrada, representada pelas pessoas residentes em bairros ainda não cobertos pelo programa e moradores da zona rural.

Além da população residente no município, ainda, são atendidas pessoas oriundas de municípios vizinhos e do Estado do Maranhão.

Diante do exposto, verificou-se, que as equipes de saúde da família realizam atendimento de um numero excessivo de pessoas, além do limite preconizado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 648/06.

Como resultado da análise das informações fornecidas pelos coordenadores de saúde, enfermeiros, médicos e odontólogos que atuam nas USF's, constatou-se que, em razão do número insuficiente de equipes de saúde da família implantadas no município em relação às necessidades locais, há elevado atendimento de demanda espontânea nas Unidades de Saúde da Família, dificultando o processo de reorganização dos serviços nos moldes da Estratégia Saúde da Família. Em média, 47% dos atendimentos realizados por médicos e 60,99% por odontólogos que atuam nas USF destinam-se à demanda espontânea, em consonância com os dados apresentados nas tabelas abaixo.

Tabela 13
Número Médio de Consultas Médicas Semanais Realizadas nas USF's

USF	Nº Médio Consultas Médicas Semana	Demanda Espontânea		Grupos Prioritários		Emergência		Retorno/ Resultado de Exames	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Promissão III	160	80	50,00%	70	43,75%	10	6,25%	0	0,00%
Promissão II	148	64	43,24%	68	45,95%	16	10,81%	0	0,00%
Jardim Bela Vista	167	80	47,90%	63	37,72%	20	11,98%	4	2,40%
Jardim Atlântico	138	70	50,72%	34	24,64%	14	10,14%	20	14,49%
Camboatã	210	50	23,81%	100	47,62%	20	9,52%	40	19,05%
Jaderlândia	144	42	29,17%	56	38,89%	18	12,50%	28	19,44%
Uraim II	162	74	45,68%	30	18,52%	10	6,17%	48	29,63%
Cidade Nova	160	75	46,88%	85	53,13%	0	0,00%	0	0,00%
KM 11	163	124	76,07%	10	6,13%	29	17,79%	0	0,00%
Nagibão	160	105	65,63%	45	28,13%	10	6,25%	0	0,00%
TOTAL	1.612	764	47,39%	561	34,80%	147	9,12%	140	8,68%

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas relativos à 2008

Tabela 14
Número Médio de Atendimento Odontológicos Semanais Realizadas nas USF's

USF-eSF	Média Atendimento Odontológico/ Semana	Média Atendimento Demanda Espontânea/ Semana	Média Atendimento Odontológico/ Dia	Média Atendimento Demanda Espontânea/ Dia	% Atendimento Demanda Espontânea/ Dia
Promissão II	120	72	24	14	60,00%
Jardim Bela Vista	120	48	24	10	40,00%
Jardim Atlântico	60	40	12	8	66,67%
Jaderlândia	104	40	20,8	8	38,46%
Cidade Nova	120	100	24	20	83,33%
KM 11	61	30	12,2	6	49,18%
Nagibão	120	100	24	20	83,33%
TOTAL	705	430	141	86	60,99%

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas relativos à 2008

Outra consequência da baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família é a deficiência no acompanhamento dos pacientes que fazem parte dos grupos prioritários cadastrados nas USF's. Pelas informações repassadas pelo Departamento de Atenção Básica verificou-se que nem todas as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes cadastradas no programa Hiperdia⁸ são acompanhadas pelas equipes de saúde da família, conforme tabela abaixo:

Tabela 15
Usuários Cadastrados no Programa Hiperdia e Acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família em Dezembro de 2008

USF	Diabéticos		Hipertensos	
	Cadastrados	Acompanhados	Cadastrados	Acompanhados
Promissão III	59	22	124	70
Promissão II	47	21	144	43
Jardim Bela Vista	55	30	170	28
Jardim Atlântico	32	4	135	18
Camboatã	36	17	136	47
Jaderlândia	58	29	149	62
Uraim II	38	23	128	56
Cidade Nova	57	0	118	0
KM 11	11	0	35	0
Nagibão	20	4	89	15
Total	413	150	1.228	339

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas relativos à dezembro de 2008

⁸ Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

Nos questionários aplicados, 37,50% dos 8 médicos e 8 dentistas que atuam nas USF's, afirmaram que o atendimento a um número excessivo de pessoas dificulta a prestação de atendimento ao usuário de acordo com a filosofia da Estratégia Saúde da Família, deixando pouco tempo disponível para a realização de ações de promoção e prevenção à saúde e visitas domiciliares. Um dos odontólogos consultados relatou que, não obstante saber que o foco do trabalho na USF é a prevenção e a promoção da saúde, a realidade de existir quase 14.000 habitantes no bairro adscrito a USF em que atua para apenas uma equipe, além das adjacências, impõe a eles grande atendimento ambulatorial, o que dificulta a realização de ações de prevenção e promoção da saúde.

De acordo com relatos dos enfermeiros responsáveis pelas USF's a realização de atividades de educação em saúde pela eSF nas dependências das Unidades, também são prejudicadas, na medida que não há tempo disponível para a realização de palestras e reuniões aos usuários na frequência desejada.

Tal dificuldade pôde ser verificada pela Equipe de Auditoria, haja vista que 79,41% dos 136 usuários entrevistados afirmaram nunca ter participado de reuniões ou palestras sobre saúde. Dos 28 usuários que afirmaram já haver participado dessas atividades, cerca 67,86% participaram uma única vez.

Tabela 16
Participação de Usuários em Reuniões e Palestras sobre Saúde nas USF's

Participação em Reuniões e Palestras	Entrevista Coletiva	Entrevista Individual	TOTAL	%
Não	38	70	108	79,41
Sim	7	21	28	20,59
Total	45	91	136	100,00

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas realizadas com 136 usuários

O atendimento de número excessivo de pessoas faz com que os usuários considerem as USF's como mais um posto de saúde que trabalha nos moldes das unidades básicas tradicionais, que se estrutura para solucionar os problemas de saúde de forma curativa, vez que fazem o atendimento mediante procura espontânea dos usuários, sem qualquer contato prévio, por parte dos ACS, com indicação de necessidades e encaminhamentos, o usuário procura a unidade de saúde em busca de tratamento quando a doença já está instalada e, não, para receber atendimento preventivo ou obter esclarecimentos acerca da prevenção de doenças.

Outro efeito verificado é a grande demanda de atendimento no hospital municipal de problemas de saúde que poderiam ser resolvidos nas USF's.

Depreende-se do questionário de avaliação da Estratégia aplicado aos coordenadores e Secretário Municipal de Saúde, que a causa principal do baixo índice de implantação de equipes de saúde da família⁹ advém da dificuldade de contratação de médicos para atuar na ESF, impedindo sua expansão. Segundo eles o município de Paragominas têm enfrentado muitas dificuldades na contratação de médicos, há uma verdadeira “disputa” entre os municípios da região por médicos que se dispõem a atuar na ESF. Por essa razão, e para que a população não fique sem atendimento médico, a Secretaria Municipal de Saúde se vê “obrigada” a aceitar as condições impostas por esses profissionais, principalmente, no que concerne ao período de prestação de serviços, assim, 2 médicos que atuam na ESF não desempenham suas atribuições durante o mês todo no município, um deles trabalha 15 dias e o outro 20 dias, ambos com carga horária de 8 horas diárias durante 5 dias por semana.

⁹ Apenas 25% (vinte e cinco por cento), considerando o teto previsto pelo Ministério da Saúde – MS.

No que tange a essa dificuldade, a Equipe de AOP constatou ser este um dos problemas de saúde mais antigos, que não afeta apenas o município, mas todo o Estado do Pará e as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e por essa razão a questão da interiorização da saúde no Brasil vem sendo debatida pelas entidades médicas brasileiras, que consideram um fato grave e que precisa de soluções rápidas.

Esse problema foi objeto de reportagem do Jornal Diário do Pará Online¹⁰, segundo o artigo, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) comprovam que, desde os anos 70, uma média de 63% dos formandos em medicina optam por trabalhar em capitais e cidades do interior do eixo Rio-São Paulo, passando por Minas, Rio e Espírito Santo, enquanto regiões como Norte, Nordeste e Centro-Oeste permanecem carentes. Se as regiões Sul e Sudeste detêm, respectivamente, 14,3% e 59,5% do contingente de médicos, o Norte fica com 3,2%; o Centro-Oeste com 6,3%, e o Nordeste, 16,8%. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, mais de 70% dos médicos procuram trabalhar nos grandes centros ou próximos deles em virtude da infraestrutura hospitalar ou para estarem próximos das universidades e de locais onde possam ter acesso a estudos e atualizações na área.

O artigo aponta que uma pesquisa realizada em 2008 pela Fundação Getúlio Vargas, por meio do Centro de Pesquisas Sociais do Instituto Brasileiro de Economia, o Pará, com aproximadamente 7 milhões de habitantes, é o segundo estado com pior proporção de médico por habitantes: são 1.351 pessoas para cada médico. A relação está abaixo do que recomenda a Organização Mundial de Saúde: 1 médico para 1.000 habitantes. Outros dados apresentados pela reportagem fornecidos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará mostram que em setembro de 2009 estavam em atividade 5.474 médicos, sendo 4.213 na Capital e somente 1.261 no interior. Cada médico que vive no interior do Estado atende a pelo menos 4,5 mil habitantes, portanto, muito aquém da proporção recomendada pela OMS.

Em outra matéria acerca do tema, também publicada no jornal Diário do Pará Online¹¹, o diretor do Sindicato dos Médicos do Pará (Sindmepa), Sr. João Gouveia, relatou que o médico prefere trabalhar em Belém, pois sabe que terá melhores condições para continuar estudando e fazer plano de carreira, além disso, o interior não tem infraestrutura e as condições de trabalho são bem precárias. Já o prefeito do município de Portel e presidente da Associação dos Municípios do Arquipélago do Marajó (AMAM), Pedro Barbosa, falou sobre a dificuldade em contratar médicos para o interior, vez que mesmo oferecendo altos salários, são poucos os que aceitam a proposta. Segundo a publicação, o médico Adriano Villacorta, passou por essa “tentação”. Logo que se formou, em 2007, recebeu uma proposta de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para trabalhar no município de Breves, na Ilha do Marajó, distante 605 Km de Belém, mas, quando conheceu o posto de saúde onde iria trabalhar, ele logo desistiu da ideia vez que “...além de ser muito longe da capital, não tinha material básico para atendimento e qualquer caso mais grave teria que ser mandado para Belém”.

Foram apontadas pela Secretaria de Saúde como causas secundárias para a baixa cobertura populacional da ESF: a Estratégia Saúde da Família não ser considerada uma ação pública municipal prioritária; a insuficiência e inadequação de instalações físicas; e o custo financeiro a ser suportado pelo município para expansão e manutenção de novas equipes.

Quanto à insuficiência dos recursos financeiros apontada como uma dificuldade para a implantação de novas equipes, o Secretário Municipal e os coordenadores de saúde, destacaram que os recursos do tesouro municipal e o incentivo concedido pelo Ministério da Saúde não são

¹⁰Dados extraídos do artigo: População do interior do Estado carece de médicos, publicado pelo Jornal do Diário do Pará, edição de domingo, 13/09/2009, no sítio <http://www.diariodopara.com.br/N-70049.html>.

¹¹Dados extraídos do Jornal Diário do Pará Online, em reportagem publicada em 01/12/2009, Terça-feira, às 09h02 no sítio <http://www.diariodopara.com.br/N-70049.html>

suficientes para cobrir os custos elevados de implantação, e, principalmente, de manutenção das Unidades de Saúde da Família, além disso, queixaram-se da falta de apoio financeiro do Estado, que somente a partir de 2009 começou a repassar recursos para a Atenção Básica.

Nessa questão, pretendia a Equipe de AOP proceder levantamento acerca da aplicação dos recursos repassados para a Saúde da Família de acordo com sua origem (federal, estadual e municipal), entretanto, em razão do deficiente mecanismo de planejamento orçamentário, registro e controle financeiro adotado pela Secretaria Municipal de Saúde, não havia a informação quanto ao montante gasto especificamente na ESF, assim como a parcela de recursos municipais consumidos na ação. Desta feita, esta equipe procedeu análise nos dados extraídos do sítio do Fundo Nacional de Saúde e no Balanço Geral do Município de Paragominas dos exercícios de 2006 a 2008 protocolados no TCM/PA (Processos nº 200704628, 200704628 e 200904923), no intuito de obter informações sobre como a estratégia está sendo conduzida do ponto de vista do financiamento. Como resultado da análise desses instrumentos, evidenciou-se o seguinte:

- a) Os recursos repassados pela União para o financiamento das ações no nível de Atenção Básica representam em média 72% das despesas realizadas nesse nível de atenção, conforme se verifica na tabela abaixo:

Tabela 17
Despesas Realizadas com Atenção Básica em Relação aos Recursos Financeiros
Transferidos pela União no período de 2006 a 2008

DISCRIMINAÇÃO	2006	2007	2008
Recursos Transferidos União para Atenção Básica	3.531.176,00	4.082.877,50	5.030.053,93
Despesas Realizadas no Nível da Atenção Básica	4.493.497,56	6.008.929,18	7.347.906,89
% das Despesas Realizadas na Atenção Básica em Relação ao Recursos Transferidos pela União	78,58%	67,95%	68,46%

Fonte: Dados dos recursos transferidos pela União levantados no sítio da Fundação Nacional de Saúde e informações sobre as despesas realizadas obtidos no Balanço Geral de 2006 a 2008 protocolados no TCM/PA (Processos nº 200704628, 200704628 e 200904923).

- b) Verificou-se que nos exercícios de 2006 a 2008 o Governo do Estado do Pará não alocou recursos para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, em desacordo com a já mencionada Portaria 648/2006. Os recursos financeiros do Estado para financiamento da Atenção Básica somente começaram a ser repassados ao município em agosto de 2009, com a criação do PAB Estadual. Em 2010, está sendo repassado mensalmente o montante de R\$ 18.773,57 (dezoito mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e sete centavos), sendo R\$ 13.000,00 (treze mil reais) de PAB Fixo e R\$ 5.773,57 (cinco mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e sete centavos) de PAB Variável.
- c) De acordo com as análises técnicas realizadas pela 3a. Controladoria deste TCM na prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde (Processos nº 554012008-00, nº 554012007 e nº 554012006) referente aos exercícios de 2006 a 2008 a Prefeitura Municipal aplicou em ações e serviços públicos de saúde os percentuais de 20,75%, 20,38% e 25,35%, respectivamente, de recursos próprios, todavia, não foi possível demonstrar o montante desses recursos aplicados na Atenção Básica e mais especificamente no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, nos três exercícios avaliados.
- d) De 2006 a 2008 os gastos com Atenção Básica representaram, em média, 29% das despesas realizadas com ações e serviços públicos de saúde, enquanto que os gastos com Assistência Hospitalar e Ambulatorial (média e alta complexidade), atingiram o percentual médio de 45%.

Tabela 18

Comparativo dos Gastos Realizados com Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica período de 2006 a 2008

PROGRAMAS	2006		2007		2008	
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	7.799.665,99	44,07	10.131.503,27	47,81	9.234.798,48	42,16
Atenção Básica	4.493.497,56	25,39	6.008.929,18	28,35	7.347.906,89	33,54
Despesa Total	17.697.700,18	100	21.191.813,47	100	21.905.139,53	100

Fonte: Dados obtidos no Balanço Geral dos exercícios de 2006 a 2008 protocolados no TCM/PA (Processos nº 200704628, 200704628 e 200904923).

- f) Analisando-se os valores repassados atualmente pela União para a Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários da Saúde e inclusão de microscopistas na eSF, em confronto com o custo da folha de pagamento dos profissionais que compõem as 10 eSF's, verifica-se que os recursos da União correspondem, em média, a 78,15% dessa despesa, conforme tabela abaixo:

Tabela 19

Custo Mensal com Folha de Pagamento dos Profissionais das eSF's Financiado com Recursos Financeiros da União

Discriminação	Camboatã	Promissão III	Uraim II	Bela Vista	Km 11	Jardim Atlântico	Cidade Nova	Nagibão	Promissão II	Jaderlândia	Total Geral
Despesa Folha de Pagamento	15.880,00	13.900,00	24.370,00	18.680,00	19.150,00	18.680,00	17.880,00	17.990,00	22.560,00	17.410,00	186.500,00
Repasse SF	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	64.000,00
Repasse SB	---	---	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	16.000,00
Repasse ACS	5.208,00	6.510,00	4.557,00	5.208,00	3.255,00	5.859,00	5.208,00	7.161,00	7.812,00	7.812,00	58.590,00
Repasse Microscopista	1.302,00	651,00	---	---	1.302,00	651,00	651,00	651,00	1.302,00	651,00	7.161,00
Repasse Total	12.910,00	13.561,00	12.957,00	13.608,00	12.957,00	14.910,00	14.259,00	16.212,00	17.514,00	16.863,00	145.751,00
% financiado pela União	81,30%	97,56%	53,17%	72,85%	67,66%	79,82%	79,75%	90,12%	77,63%	96,86%	78,15%

Fonte: Valor dos repasses extraídos do sítio da Fundação Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) e dados da folha de pagamento fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas

- g) Os recursos do PAB Variável no valor de R\$ 5.773,57 (cinco mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e sete centavos) repassados pelo Estado para financiamento da Atenção Básica representam 3,10% do total das despesas realizadas com a folha de pagamento dos profissionais das eSF.

Diante do exposto, observa-se, que a Atenção Básica está sendo financiada, em grande parte, pelos recursos repassados pela União, que são insuficientes para suportar os custos de expansão e manutenção das eSF's. Considerando que o financiamento da Atenção Básica é tripartite, percebe-se que é necessário haver um aporte maior de recursos estaduais e municipais.

Verifica-se, ainda, que as despesas realizadas no nível de Atenção Básica são, em média, 16% menores que os gastos realizados com a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (média complexidade), indicando, pelo montante de recursos aplicados, a priorização da medicina curativa.

Em vista dessas constatações, entende a equipe que, apesar da implantação de Equipes de Saúde da Família e adequação de Unidades de Saúde da Família (USF), a Saúde da Família não foi assumida como uma estratégia prioritária de mudança, vez que desde 2005 o número de 10 equipes vem se mantendo. Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família somente irá funcionar de

acordo com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica, quando houver a implantação de equipes suficientes para atendimento de toda a população. Esse processo de mudança somente poderá ocorrer efetivamente quando a ESF for considerada pelo Poder Público como uma política prioritária e receber recursos públicos suficientes para sua consolidação.

Dessa forma, esta equipe de auditoria entende que deve recomendar à Prefeitura Municipal:

R1) Envidar esforços no sentido de fixar um percentual mínimo dos recursos próprios destinados à Atenção Básica, que necessariamente deveriam ser investidos na Estratégia Saúde da Família, em razão do seu importante papel dentro do SUS, vez que pretende reorganizar o primeiro nível de atenção à saúde.

Recomenda-se, ainda, à Secretaria Municipal de Saúde:

R2) Levar para discussão no fórum da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a possibilidade do Governo do Estado do Pará oferecer um aporte maior de recursos para a ESF, o que poderia minimizar as razões da não expansão do número de eSF de acordo com o teto preconizado pelo Ministério da Saúde para o município.

R3) Suscitar uma discussão tanto no fórum da CIB, quanto no fórum da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a dificuldade de contratação dos profissionais médicos, vez que a ocorrência desse problema é comum na maioria dos municípios do interior do Estado, bem como das regiões Norte e Nordeste do Brasil e a solução perpassa pela adoção de políticas públicas, não só pelo ente municipal, mas pelo Governo do Estado do Pará e Federal, que objetivem melhorar a infraestrutura dos municípios, para que estes possam oferecer aos médicos, além de salários adequados, melhores condições de trabalho e de vida, como forma de atração desses profissionais para o trabalho no interior do Estado.

R4) Melhorar os mecanismos de registro e controle financeiro dos gastos realizados, que forneçam informações acerca dos custos financeiros individualizados dos programas e ações desenvolvidas pela SEMS, permitindo a melhoria da gestão dos recursos e o controle social.

R5) Verificar a possibilidade de implantar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que ofereça à população não cadastrada nas USF's atendimento médico no primeiro nível de atenção para dar suporte às eSF's e ao hospital municipal.

Com a implementação das recomendações espera-se minorar as dificuldades encontradas pelo município para criação de novas equipes e, dessa forma, possa viabilizar a inclusão da população ainda não cadastrada na ESF, melhorar a cobertura dos programas implantados, atender os usuários de acordo com as diretrizes da ESF e, conseqüentemente, melhorar a satisfação dos usuários com o atendimento recebido, reduzir a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e diminuir a demanda por atendimento de emergência no hospital municipal.

3.2. Forma de Contratação, Fixação e Valorização Profissional dos Componentes das eSF's

Para que a Estratégia Saúde da Família alcance a efetividade esperada é necessário garantir a contratação e a permanência de profissionais qualificados e com perfil para atuarem nas equipes de saúde da família por um período de tempo que favoreça o desenvolvimento do vínculo com a comunidade.

A Portaria 648/2006 estabelece que compete as Secretarias Municipais de Saúde selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente.

Nesse norte, a equipe de AOP constatou a ocorrência de alguns problemas na implementação da ESF no município de Paragominas no que tange à contratação e fixação de profissionais das equipes de saúde da família.

3.2.1. Vínculo profissional precário

A precarização do vínculo profissional dos componentes das eSF'S é um problema identificado em todo o território nacional. Há muita diversidade nas formas de inserção desses profissionais dentro do SUS, inúmeras vezes realizada sem a observância aos preceitos legais.

Dentre os profissionais que atuam na Saúde da Família, o que apresenta maior precarização de seu vínculo trabalhista é o agente comunitário de saúde e sua forma de inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo debatida pela sociedade desde sua inauguração como política social de Governo, vez que, pelo fato desse agente ser o elo entre os serviços de saúde e a comunidade e necessitar residir no local em que atua, a sua forma de contratação deveria assegurar o seu envolvimento pessoal com essa população e resguardar seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Conforme ordenamento jurídico brasileiro, a regra geral para investidura em cargo ou emprego público, nos termos do art. 37, inciso II da Constituição Federal de 1988, depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração. Esse artigo estabeleceu, ainda, em seu inciso IX, uma exceção a essa forma de investidura, ao dispor que a lei estabelecerá casos de contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público.

Em 1998, o regime jurídico dos agentes públicos teve sua situação alterada pela reforma administrativa, instituída pela Emenda Constitucional nº 19/1998, que modificou o artigo 39 da Constituição Federal de 1988, que previa a obrigatoriedade da adoção do regime jurídico único para a contratação efetuada pelos entes públicos. Logo, esses entes poderiam adotar tanto o regime estatutário quanto o regime regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Dentro desse novo contexto jurídico e, considerando a importância dos Agentes Comunitários de Saúde para o SUS, em 2006 foi editada a Emenda Constitucional nº 51/2006, que alterando o artigo 198 da Constituição Federal, instituiu a possibilidade dos gestores locais do sistema único de saúde admitirem agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio do chamado “processo seletivo público”, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação e estabeleceu que Lei federal viesse a dispor sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades desses agentes. Inseriu-se, por meio dessa emenda, nova modalidade de seleção dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.

Em tendo a Emenda Constitucional nº 51/2006, disposto que lei federal viria a dispor sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, foi promulgada a Lei Federal nº 11.350/2006, que definiu a situação jurídica desses agentes e dispôs sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do artigo 2º da EC 51/2006. Sobre a Lei cabem os seguintes comentários:

- a) com base no artigo 8º dessa Lei, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos, passariam a submeter-se ao regime jurídico estabelecido pela Constituição das Leis do Trabalho (CLT), salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa, abrindo-se a possibilidade dos entes da federação, estabelecerem o regime ao qual estariam submetidos os referidos agentes, se estatutário ou celetista;
- b) o artigo 14 estabelece que é do gestor local do SUS a competência para dispor sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais, por intermédio de lei municipal, na qual constará a definição do regime eleito;

c) de acordo com o artigo 16 fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

Entretanto, em agosto de 2007, o Supremo Tribunal Federal (STF), em julgamento de medida liminar na ADIN 2.135-4, suspendeu, até o julgamento final da ação, a eficácia do art. 39, caput, da CF/88, introduzido pela EC 19/98, com efeitos para o futuro (*ex nunc*). Nesse norte, houve o restabelecimento imediato do regime anterior (regime jurídico único), impossibilitando, a partir de 14/08/2007 (data da publicação da Ata da Sessão de Julgamento nº. 31, de 02/08/2007), a utilização de dois regimes no âmbito de um mesmo ente, a partir desta data os novos contratados, ou são todos celetistas ou são estatutários, de acordo com a opção que fizeram nesse interregno em que a legislação esteve vigor.

Assim, por falta de amparo constitucional, os efeitos do artigo 8º da Lei 11.350/2006 ficaram comprometidos, posto que novos empregos públicos não poderiam ser criados se num determinado ente o regime jurídico único escolhido fosse o estatutário.

Em fevereiro de 2010, outro passo foi dado no sentido de fortalecer a categoria profissional dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias, quando foi publicada a Emenda Constitucional nº 63/2010, alterando o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, que passou a ter a seguinte redação:

“§ 5º - Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.”

No âmbito do município de Paragominas a contratação de pessoal para a administração pública encontra-se disciplinada nos seguintes ordenamento jurídicos:

- a) Lei Orgânica do Município;
- b) Lei Municipal nº 184/98, que dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração dos Servidores Públicos Municipais de Paragominas;
- c) Leis Municipais nº 350/2002, nº 463/2005 e 554/06, que dispõem sobre a contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

De acordo com disposição contida na Lei Orgânica e na Lei nº 184/98 o Regime Jurídico adotado no Município é o estatutário.

Diante dos dispositivos legais dispostos acima, a equipe de AOP constatou, a partir de consultas a base de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMS), entrevistas com os coordenadores da atenção básica e consultas aos profissionais que compõem as eSF's, que o vínculo profissional da maioria desses profissionais é precário.

Segundo informação obtida na SEMS, comprovada por meio de cópias de contratos assinados com os profissionais das eSF's fornecidos à equipe de AOP, verificou-se, que além da existência de servidores efetivos, grande parte dos profissionais de saúde que atuam na Saúde da Família são admitidos por intermédio da contratação temporária por excepcional interesse público, regulamentada pelas Leis Municipais nº 350/2002, nº 463/2005 e nº 554/2006, conforme se observa na Tabela 19.

Tabela 20
Forma de Contratação dos Profissionais da eSF

Componentes eSF	Estatutário		Contrato Temporário	
	Quantidade (1)	%	Quantidade (2)	%
Agente Comunitário de Saúde da Equipes de Saúde da Família ¹²	---	---	90	100,00
Enfermeiro	3	21,43	11	78,57
Médico	2	20,00	08	57,14
Técnico de Enfermagem	15	100,00	---	---
Auxiliar de Enfermagem	22	100,00	---	---
Odontólogos	3	37,50	5	62,5
Auxiliar de Consultório Dentário	---	---	8	100,00

Fonte: (1) Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES

(2) Secretaria Municipal de Saúde da Paragominas

Nos contratos temporários assinados com os profissionais de saúde da família o período de vigência da prestação de serviços é de um ano e podem ser aditivados por igual período. Todavia, de acordo com as informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde verificou-se que os contratos temporários vem sendo reiteradamente prorrogados, a exemplo do que ocorre com os ACS's, vez que parte considerável dos 83 agentes consultados por meio de questionário já prestam serviço ao município, com vínculo precário, a mais de dois anos, conforme se verifica na Tabela 21 abaixo:

Tabela 21
Tempo de Serviço como Agente Comunitário de Saúde

Período	Quantidade	%
0 – 1 ano	7	8,43
1 a 3 anos	15	18,07
3 a 5 anos	23	27,71
5 a 7 anos	15	18,07
7 a 9 anos	5	6,02
A partir de 9 anos	15	18,07
Não responderam	3	3,61
Total	83	100,00

Fonte: Dados coletados nos questionários aplicados aos 83 ACS's.

De acordo com informação prestada pela Secretaria de Administração do Município, os concursos mais recentes realizados pela Prefeitura Municipal para a contratação de profissionais de saúde ocorreram em 1998/1999 para contratação de médicos, em 2003 para contratação de enfermeiros e 2007 para seleção de técnicos de enfermagem. Os concursos realizados para seleção

¹²Fazem parte do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Paragominas 154 Agentes Comunitários de Saúde, desse montante, segundo dados extraídos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 90 agentes pertencem às equipes de saúde da família e o restante às equipes de agentes comunitários de saúde.

de médicos e enfermeiros não objetivavam o preenchimento de vagas nas equipes de saúde da família, mas sim destinavam-se ao Hospital Municipal.

No caso específico dos ACS's, cabe ressaltar, por oportuno, que na Lei Municipal nº 184/98, que dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração dos Servidores Públicos Municipais de Paragominas, não foi criado o cargo de Agente Comunitários de Saúde (ACS). A Secretaria Municipal de Saúde informou que realizou no final de 2005 e início de 2006 processo seletivo simplificado para contratação temporária de 30 profissionais.

Um dos fatores apontados pela Secretaria de Administração de Paragominas para a prevalência do vínculo precário nas relações trabalhistas de grande parte dos profissionais das eSF's, refere-se ao receio, por parte do Poder Público Municipal, de que o Governo Federal possa interromper o repasse de recursos financeiros, principalmente os destinados à manutenção dos ACS's, em decorrência de alteração na política pública de saúde, que deixe de considerar a Estratégia Saúde da Família como prioritária para o desenvolvimento da atenção básica no Brasil. Com a interrupção, o Município não teria recursos para suportar as despesas com a folha de pagamento dos profissionais das eSF's, vez que boa parte dessas despesas é financiada pela União.

Nesse quesito, a equipe de AOP entende que Política Nacional de Atenção Básica, não configura a Saúde da Família como sendo um programa temporário, mas sim como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção primária e de organização das ações de saúde nos municípios de acordo com os preceitos do SUS, que visa a implantação de um novo modelo de assistência preventiva à saúde, garantindo a promoção da saúde e a redução do risco de doença e de outros agravos.

Além disso, todo o arcabouço jurídico que vem sendo construído no Brasil sinaliza no sentido de que a prestação dos serviços atribuídos aos profissionais de saúde têm *caráter permanente* de prevenção e redução do risco de doenças, que é dever do Estado (União, Estados e Municípios) garantir ao cidadão, conforme preceitua a Constituição Federal, em seu artigo 196, não se configurando, portanto, na prestação de serviços temporários ou excepcionais. Assim, ainda que haja a extinção ou alteração de programas ou políticas de saúde por parte do Governo Federal, os serviços prestados pelos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família devem ser direcionadas à execução das novas ações de saúde que vierem a ser definidas atinentes aos serviços de saúde de competência dos municípios estabelecidas pelas normas legais.

Foi alegado, ainda, pela Auditada que a regularização do vínculo trabalhista dos profissionais de saúde de acordo com a legislação vigente iria onerar a despesa de pessoal com o pagamento dos encargos sociais, o que poderia levar a infringência dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal no que tange à despesa de pessoal. Com relação a essa questão, cabe informar, por oportuno, que o setor técnico do TCM/PA responsável pela análise das prestações de contas dos jurisdicionados, adota como procedimento de análise a inclusão do montante das despesas realizadas com a contratação temporária de mão-de-obra e encargos trabalhistas decorrentes na base de cálculo para a verificação do cumprimento dos limites da despesa de pessoal, aos quais cada órgão está obrigado a cumprir por força das normas contidas na Lei de Responsabilidade Fiscal. Vê-se, portanto, que tais despesas já compõem o cálculo realizado por esta Corte de Contas para verificação dos limites da despesa de pessoal.

Por todo o exposto acima, constata-se que a permanecer, a forma de contratação temporária dos profissionais que atuam na ESF, poderá haver grave ameaça à sua continuidade, vez que a precariedade do vínculo trabalhista pode trazer um sentimento de insegurança aos profissionais, causando insatisfação com o próprio trabalho, prejudicando, por consequência, o seu comprometimento e a formação do vínculo de responsabilidade e da relação com a comunidade, especialmente no que se refere à credibilidade das equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde. Esse sentimento de insatisfação e insegurança foi demonstrado por 12,05%

dos 83 ACS's consultados pelos questionários, que consideraram como uma das dificuldades que encontram para realizar suas atividades o fato de serem temporários, um dos ACS's expressou em seu relato: *“gostaria que fosse uma ACS efetivada pois já tenho 55 anos e me preocupo com minha aposentadoria”*.

A precarização do vínculo trabalhista estimula, ainda, a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos e enfermeiros.

Uma boa prática no que concerne a despreciação dos vínculos trabalhistas de Agentes Comunitário de Saúde está sendo desenvolvida, desde 2007, pelo Governo do Estado da Bahia, que em parceria entre Diretoria de Atenção Básica, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Secretarias Municipais de Saúde, Diretorias Regionais de Saúde e representações do Ministério Público do Trabalho, Ministério Público do Estado e representações das categorias (Federação e Sindicato), entre outros setores, formulou e divulgou a Política Estadual para Despreciação dos Vínculos de Agentes Comunitário de Saúde e Agentes de Combate às Endemias¹³, num reconhecimento do papel do Estado como importante indutor da concretização do disposto na Lei Federal nº 11.350/06. O apoio técnico e logístico oferecido pelo Governo do Estado aos municípios desde 2007, na criação do cargo de ACS e ACE no quadro efetivo de servidores do Município está sendo decisivo para o processo de despreciação dos vínculos trabalhistas dos agentes nos municípios baianos.

Isto posto, entende-se oportuno, propor ao Prefeito Municipal o seguinte:

- R6) Que promova a elaboração um plano de trabalho prevendo a regularização dos direitos trabalhistas para todos profissionais da Saúde da Família de acordo com a legislação vigente.
- R7) Promova as alteração na lei de cargos e salários criando os cargos dos profissionais de saúde para atuarem nas equipes de saúde da família, principalmente de agentes comunitários de saúde, para atender as normas legais vigentes.
- R8) Promova a realização de processo de seleção pública para a contratação de agentes comunitários comunitários de saúde, médicos e enfermeiros para atuarem na ESF.

Com a adoção dessas recomendações espera-se: melhorar a satisfação dos profissionais de saúde com o próprio trabalho, aumentando o seu comprometimento; reforçar o vínculo de responsabilidade e a relação desses profissionais com a comunidade; diminuir da elevada rotatividade, principalmente de médicos e enfermeiros.

3.2.2. Elevada rotatividade de médicos e enfermeiros

A rotatividade é resultado de fenômenos localizados interna ou externamente à organização, seja ela pública ou privada. Dentre os fenômenos externos estão: a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica, as oportunidades de empregos no mercado de trabalho. Já dentre os fenômenos internos estão: a política salarial, a política de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas ambientais de trabalho, o moral do pessoal, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal, os critérios e programas de treinamento de recursos humanos, a política disciplinar da organização, os critérios de avaliação de desempenho e o grau de flexibilidade das políticas da organização.

Na Estratégia Saúde da Família a permanência dos profissionais de saúde nas equipes é fundamental para a sua construção, fortalecimento e efetividade, razão pela qual a alta rotatividade traz prejuízos à vinculação que deve existir entre o profissional de saúde a comunidade onde atua. Dentre os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família os que apresentam maior

¹³ Dados obtidos do sítio http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/cartilha_acs_ace.pdf

rotatividade são os médicos, seguidos pelos enfermeiros.

Em consonância com o que estabelece a Portaria 648/2006, cabe ao médico da equipe saúde da família prestar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, na Unidade de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc).

Aos enfermeiros compete, assim como aos médicos, realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF's e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários por meio de consultas de enfermagem. Esse profissional deverá, ainda, solicitar exames complementares e prescrever medicações¹⁴.

Tanto médicos quanto enfermeiros devem realizar, ainda, além das ações de assistência, outras educativas, coletivas e comunitárias, juntamente com os outros profissionais, além de participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe, contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD) e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A Equipe de Auditoria, constatou que o município de Paragominas apresenta elevada rotatividade dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas USF's.

Nas entrevistas realizadas pela Equipe de AOP em setembro e outubro de 2009, verificou-se que dos 8 médicos entrevistados 5 estavam atuando na mesma USF há menos de 12 meses, o que corresponde a 75% do total dos médicos entrevistados e apenas 2 desempenhavam atividades na USF há mais de 5 anos, o que evidencia a referida rotatividade. Além disso, no retorno da Equipe de AOP ao município em março de 2010 para apresentação da matriz de achados evidenciou-se o desligamento de 3 médicos que atuavam na ESF.

Questionados acerca das razões que levaram os médicos a pedirem seu desligamento, os coordenadores de saúde informaram que 2 médicos alegaram que receberam propostas de trabalho em outros municípios que ofereciam melhor remuneração e estavam mais próximos da capital do Estado, o outro profissional pediu transferência para o hospital municipal por considerar que nas USF's há o atendimento de problemas de saúde mais comuns, como verminoses, por exemplo, que não exigem a adoção de procedimentos mais complexos e um conhecimento mais profundo para a sua solução.

Quando há o desligamento de médicos em uma USF, até que a contratação de outro profissional seja efetivada, a Secretaria Municipal de Saúde, para que os usuários não fiquem sem atendimento médico, adota dois procedimentos: um dos médicos da saúde da família faz o atendimento em duas USF's, exercendo suas atividades no período da manhã em uma Unidade e no período da tarde em outra, ou há o deslocamento de um profissional que atua no hospital municipal para proceder o atendimento nas USF's.

Dos 10 enfermeiros responsáveis pelas USF's consultados pela Equipe de AOP em setembro e outubro de 2009, 6 haviam deixado de prestar serviços nas USF's em março de 2010, 4 deles foram trabalhar em outros municípios em busca de melhores salários. Segundo informado pelo coordenadores de saúde os enfermeiros contratados para substituir esses profissionais, vem de outros estados da Federação, não tem experiência em atuar em uma USF e não possuem capacitação na ESF.

¹⁴Segundo a Portaria nº 648/06 a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros deve ser feita de acordo com as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.

Nos questionários repassados à 83 ACS's, há relatos de que uma das dificuldades que encontram para realizar suas atividades é a constante mudança de enfermeiros. Os ACS's informaram que ficam receosos em informar à população os dias e horários de atendimento nas Unidades, vez que cada novo enfermeiro admitido altera a rotina de trabalho, e quando o usuário busca atendimento na USF, a informação de horários repassada pelo ACS já não condiz com o que está sendo adotado, acarretando reclamações dos usuários com os ACS's.

A constante mudança de médicos que atuam nas USF's foi uma das queixas recorrentes demonstrada nas entrevistas coletivas realizadas com 45 usuários, que relataram que quando estão se “acostumando” com o médico e este começa a conhecer os seus problemas, ele deixa de atender na Unidade.

De acordo com dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica de 2006 a 2009, 08 médicos e 06 enfermeiros deixaram de trabalhar nas USF's do município.

Os fatores que parecem contribuir para a rotatividade e a carência de médicos e enfermeiros nas eSF são: baixa remuneração, vínculo contratual de trabalho precário, sobrecarga de trabalho, insatisfação com as condições de trabalho na USF, dificuldade de acesso ao local de trabalho e ausência de política de valorização dos profissionais que atuam na ESF. Esses fatores favorecem a frequente troca de municípios por esses profissionais em busca de melhores salários, condições de trabalho e qualidade de vida.

3.2.3. Falta de reconhecimento/valorização dos profissionais que atuam nas eSF

Na execução de suas atividades, os profissionais de saúde no setor público convivem com toda sorte de dificuldades: condições precárias de trabalho, reduzido espaço físico, falta de materiais de consumo, baixos salários. Essas dificuldades resultam na escassez de recursos humanos, que se negam a trabalhar em condições tão adversas. Para que as políticas públicas de saúde alcancem a efetividade esperada, se faz imprescindível que haja uma política de valorização dos profissionais de saúde, com a finalidade de motivar o ingresso e permanência dos mesmos nas Unidades de Saúde. Somente com a valorização profissional via salários compatíveis com a função, benefícios adicionais, condições de trabalho favoráveis, reconhecimento, segurança, perspectivas promissoras, qualificação e aperfeiçoamento, será possível atingir a qualidade total nos serviços públicos de saúde.

Em Paragominas, os coordenadores da saúde, os médicos, enfermeiros e ACS's, consultados por meio de entrevistas manifestaram que os profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde da Família sentem-se desvalorizados em relação aos profissionais que trabalham no hospital municipal e na iniciativa privada, vez que estes tem maior reconhecimento do poder público e da população.

Os médicos das eSF alegam que há certa discriminação da classe médica em relação ao trabalho desenvolvido nas USF's, que encaram como menos importante e desafiante, já que não requer conhecimentos especializados. Alegam que há desprestígio social em ser médico da Estratégia de Saúde da Família, pois muito do que se considera prestígio nessa categoria encontra-se vinculado à área hospitalar, o médico que atua na USF é conhecido como o “médico do Postinho”. Outro ponto apontado é a baixa remuneração recebida para atuar na USF, razão pela qual os médicos precisam realizar plantões no hospital municipal para complementar a sua remuneração.

Os enfermeiros responsáveis pelas USF's, por sua vez, também, se ressentem da remuneração recebida, vez que além das atribuições próprias de enfermeiro de saúde da família, ainda são responsáveis por coordenar e administrar as USF's, não fazendo jus a qualquer valor adicional em sua remuneração, para desempenhar essas atribuições.

Quanto aos ACS's, a desvalorização profissional apontada por eles passa pela questão salarial e pela discriminação sofrida por parte dos demais profissionais de saúde, principalmente dos auxiliares e técnicos de enfermagem. De acordo com relatos obtidos nos questionários aplicados a 83 ACS's, quando consultados acerca das dificuldades que encontram para realizar suas atividades 20,48% dos ACS's reclamaram dos baixos salários e 27,71% do não pagamento de insalubridade, que deveriam fazer jus pela convivência com pessoas com hanseníase e tuberculose, entre outros problemas de saúde; e 20,48% se ressentem da discriminação e da falta de apoio e incentivo na USF pelos demais membros da eSF, assim como da Secretaria Municipal de Saúde, expressada pelos seguintes relatos:

“...a forma que somos tratados com desigualdade perante os outros funcionários, gostaríamos que nossos direitos fossem respeitados, pois eles não dão importância para as nossas reivindicações.”

“...não temos apoio do poder público, pois os mesmos não se importam com as nossas reclamações que fazemos para a melhoria da saúde, melhoria no tratamento com os ACS's,”

“O PSF do bairro tem algumas técnicas que não recebem como devem os usuários, isso dificulta o meu trabalho por que a população não entende o meu trabalho diferenciado,”.

Para a Equipe de AOP um dos fatores que contribuem para a falta de reconhecimento dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família é a ausência de uma política de valorização, a Secretaria Municipal de Saúde não adota política salarial e de incentivos destinada a essas categorias profissionais.

Outro ponto importante que contribui para a desvalorização desses profissionais é o desconhecimento da população e dos profissionais de saúde acerca dos pressupostos e objetivos da Estratégia Saúde da Família. A Secretaria Municipal de Saúde, apesar do município possuir vários meios de comunicação, não faz a divulgação da ESF à população, informando sobre a forma como deve ser feito o seu atendimento e as atribuições de cada profissional que compõe a eSF. Isso se comprova pelos relatos dos usuários, 86,03% dos 136 usuários entrevistados afirmaram que não receberam nenhuma informação sobre a ESF e 91,91% disseram que não entendem o seu funcionamento. Assim, constata-se que os usuários desconhecem o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família e continuam identificando a USF como mais um posto de saúde tradicional.

Fator também relevante que contribui para o desprestígio social em ser médico da Equipe de Saúde da Família, visto por muitos como o profissional que não deu certo, deve-se a desvalorização perante a classe médica e sociedade da figura do clínico geral, do médico de família. Essa desvalorização, advém, em grande parte, da formação dos profissionais, principalmente dos médicos, que ainda não é voltada para a Atenção Primária, ainda há a predominância da cultura da especialização médica no Brasil. A valorização das carreiras generalistas não tem acontecido.

É fundamental valorizar os profissionais de saúde da família, por meio da divulgação da importância da Estratégia Saúde da Família para a política de saúde no Brasil, na prevenção de doenças e manutenção da saúde da população. Esses profissionais, ao responsabilizarem-se por até 4.000 vidas, acompanhando de perto o diabético, a gestante, o hipertenso, entre outros, vão, certamente, agregar muito mais eficácia e efetividade ao conjunto do sistema e estabelecer uma comunicação produtiva com os especialistas nos outros níveis de atenção da rede assistencial.

O problema da falta de profissionais e da intensa migração de profissionais de saúde, em especial de médicos e enfermeiros, perpassa pela ausência de uma política pública de curto e longo prazo na área de recursos humanos, voltadas para a atração e fixação dos profissionais de saúde, já referenciado neste Relatório. A melhoria do nível de satisfação dos profissionais é uma

alternativa para o aumento da fixação dos mesmos. Além dos salários, é preciso, entretanto, que os gestores municipais do interior do Estado tenham condições de estimular o trabalho de médicos e enfermeiros, além de oferecer condições de retê-los.

A permanência da rotatividade de médicos e enfermeiros e da desvalorização dos profissionais de saúde da família constitui-se em óbice na reorganização do modelo assistencial, vez que dificulta a expansão e consolidação da Estratégia, prejudica à formação do vínculo de responsabilidade e da relação da Equipe de Saúde da Família com a comunidade, bem como leva a admissão de profissionais sem qualificação adequada e sem o perfil para atuar na ESF, além disso, provoca o desinteresse da classe médica em atuar na ESF, desmotivação e falta de comprometimento dos profissionais de saúde que atuam nas eSF's.

Nesse norte, a Equipe de AOP, propõe que a Secretaria Municipal de Saúde deve:

- R9) Desenvolver uma política de valorização dos profissionais que atuam nas eSF's, com a adoção de políticas salariais e de benefícios que melhorem os níveis salariais.
- R10) Desenvolver um programa de reconhecimento e premiação das iniciativas exitosas de profissionais, equipes ou unidades a partir de critérios de avaliação, cumprimento de metas e resultados alcançados, definidos e pactuados com as equipes.
- R11) Promover a divulgação da filosofia da ESF para a população e componentes das equipes de saúde da família, esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área e enfatizando a importância dos profissionais da Saúde da Família na política de saúde municipal e nacional. A equipe de auditoria entende que além da utilização dos meios de comunicação disponíveis no município, a forma mais eficaz para divulgação da filosofia da Estratégia Saúde da Família junto aos usuários deve ser desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, que, após receberem treinamento, farão a divulgação utilizando-se de material ilustrativo. As ações de esclarecimento à população devem ser permanentes e sistemáticas, e devem ser realizadas, no mínimo uma vez por trimestre.

Busca-se, com as recomendações dispostas acima, atrair e garantir a permanência no município de profissionais mais qualificados e com o perfil para atuar na ESF, buscando a implementação da integralidade nas práticas de saúde.

3.3. Procedimentos de Trabalho Adotados pelas eSF's incompatíveis com a filosofia da Estratégia Saúde da Família

De acordo com os ditames da PNAB, o processo de trabalho das eSF's é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, pela programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis; assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; e realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas.

Para que as eSF's possam organizar seu processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família de forma a desempenhar todas as suas atribuições de acordo com a filosofia da ESF, faz-se necessário que sejam oferecidas a esses profissionais condições de trabalho ideais, tais como: atendimento a número correto de famílias, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, recursos materiais (carros, equipamentos novos e medicamentos em dia) e estruturação dos sistemas de referência e contra-referência.

Nesse contexto, a equipe de AOP verificou que alguns procedimentos realizados nas Unidades de Saúde da família pelas equipes estão em desacordo com a filosofia da ESF, bem como identificou alguns problemas que dificultam a reorganização do processo de trabalho e que afetam o seu desempenho.

A equipe de AOP avaliou o processo de trabalho adotado pelas equipes de saúde da família para atendimento à população sob as seguintes dimensões:

- 1) Agendamento de consultas
- 2) Atendimento na USF
- 3) Realização de visitas domiciliares pela eSF

Quanto ao agendamento de consultas, a Equipe de AOP observou, por meio de visita *in loco* e realização de entrevistas individual e coletiva com os usuários, a persistência de procedimentos do modelo tradicional, incompatíveis com a filosofia da Estratégia Saúde da Família, como por exemplo, a marcação de consultas por fichas, exigindo da população que compareça cedo às USF's e permaneça longos períodos em filas para garantir o atendimento.

As pessoas cadastradas nas USF's e acompanhadas pelas eSF's, em razão de pertencerem aos grupos prioritários para atendimento, como portadores de hanseníase, tuberculose, hipertensos, diabéticos, grávidas e crianças, não referenciaram grandes problemas para agendamento de consultas nas USF's, vez que tem sua consulta marcada na recepção das Unidades de acordo com os protocolos de atendimento adotados para cada grupo. A marcação de consultas é realizada da seguinte forma:

Tabela 22
Processo de Agendamento de Consultas Médicas e de Enfermagem para os Grupos Prioritários

USF	Consultas Médicas e de Enfermagem
Hipertensos	Agendamento trimestral diretamente na recepção da USF.
Diabéticos	Agendamento na USF com retorno mensal.
Hansenianos	Agendamento mensal na recepção da USF
Sintomáticos respiratórios	Agendamento na USF ou encaminhamento do ACS para exame.
Portador de Tuberculose	Agendamento mensal na recepção da USF.
Grávidas	Agendamento para início do pré-natal na recepção da USF ou pelo ACS, com retorno mensais pré-agendados para atendimento com o médico e enfermeiro. No pós-parto o agendamento é realizado na USF ou pelo ACS.
Planejamento Familiar	São agendadas palestras sobre métodos contraceptivos e após é agendado a consulta médica e de enfermagem. Em seguida, os usuários são cadastrados e mensalmente é feita a entrega de contraceptivos.

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Atenção Básica

Para os usuários classificados como demanda espontânea, representado, no caso de Paragominas, por pessoas residentes em bairros ainda não cobertos pelo programa, moradores da zona rural e pessoas cadastradas nas USF's não acompanhadas pela eSF, prevalece o sistema de distribuição de fichas para atendimento médico e odontológico nas Unidades de Saúde da Família, conforme cronograma apresentado na Tabela abaixo:

Tabela 23
Processo de Agendamento de Consultas Médicas e Odontológicas por USF para a Demanda Espontânea

USF	Consultas Médicas	Consultas Odontológicas
Bela Vista	Marca na última semana do mês, para atendimento médico durante os 20 dias do mês vindouro, posto que o médico somente atende 20 dias na Unidade.	Distribuídas fichas às sextas-feiras
Camboatã	É feita toda segunda-feira para consulta durante a semana.	---
Cidade Nova	É realizada toda sexta-feira para atendimento na próxima semana.	Distribuídas fichas às sextas-feiras
Km 11	Em razão da demanda da Unidade ser pequena não há dia específico para marcação de consulta, todas as pessoas que procuram a Unidade são atendidas por ordem de chegada, porém os pacientes dos grupos prioritários e idosos tem prioridade na entrega de fichas.	As fichas são distribuídas às 2ª, 3ª e 6ª feiras
Nagibão	Entrega de fichas diariamente para atendimento no mesmo dia.	Distribuídas fichas às segundas-feiras
Promissão II	A entrega de fichas para consulta da demanda espontânea é realizada às 3ª, 4ª e 5ª feiras pela manhã e consultas no período da tarde.	Distribuídas fichas às sextas-feiras
Promissão III	É feita toda sexta-feira para atendimento na semana seguinte.	---
Uraim II	É realizada toda segunda-feira para a semana seguinte.	Como a USF atende a especialidade de endodontia, a marcação é realizada pela Central de Marcação de Consultas
Jaderlândia	É realizada toda segunda-feira para a semana seguinte.	Distribuídas fichas às sextas-feiras
Jardim Atlântico	A marcação de consultas é feita diariamente tanto na recepção da USF quanto pelo ACS.	Distribuídas fichas às sextas-feiras

Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Atenção Básica.

Nas entrevistas individuais realizadas com 91 usuários que aguardavam atendimento nas dependências da USF, cerca de 80% responderam que o agendamento de consultas é realizado na USF uma vez por semana, por meio de distribuição de fichas, exigindo da população que compareça cedo, entre 3 a 6 horas da manhã, para garantir o atendimento. Há relatos de beneficiários que pagam a terceiros para marcar lugar na fila de espera para agendamento de consultas.

Os 45 usuários ouvidos por meio de entrevistas coletivas confirmaram em seus relatos que os usuários dos grupos prioritários não enfrentam muitas dificuldades no agendamento de consultas, o que não ocorre com as pessoas que não pertencem a esses grupos que precisam chegar a Unidade de madrugada no dia especificado para conseguir marcar uma consulta.

A Secretaria Municipal de Saúde informou que cada USF possui seu próprio procedimento de agendamento de consultas, que é definido pelos enfermeiros, médicos e odontólogos das equipes de saúde da família.

Constatou-se, tanto nas entrevistas individuais quanto nas coletivas, que prevalece a procura das USF's sem a marcação de consulta e sem o encaminhamento do ACS. Cerca de 74,73% dos 91 usuários entrevistados individualmente e 57,78% dos 45 usuários consultados coletivamente já buscaram atendimento sem estar com consulta marcada e/ou sem ter sido encaminhado pelo ACS. Cerca de 50% dos usuários que buscaram atendimento nas USF, o fizeram em razão do surgimento de problemas de saúde como febre, diarreia, vômito, pressão alta, asma, entre outros. Há relatos de 12,50% de usuários que não conseguiram atendimento por não haver ficha disponível. De

todos os 145 usuários consultados apenas 6 afirmaram que a consulta havia sido agendada pelos agentes comunitários de saúde.

No que tange ao atendimento recebido pelos usuários nas USF's verificou-se que 72,79% dos usuários entrevistados informaram que esperam, em média, entre 2 a 4 horas para serem atendidos. A Tabela abaixo demonstra o tempo médio de espera para atendimento nas USF.

Tabela 24
Tempo de Espera por Atendimento nas USF

Frequência	Entrevista Individual	Entrevista Coletiva	Total	%
(-) 30 minutos	0	6	6	4,41%
30 minutos - 1 hora	20	8	28	20,59%
2 horas	16	33	49	36,03%
3 horas	4	19	23	16,91%
4 horas	5	22	27	19,85%
Não especificou o tempo	0	3	3	2,21%
Total	45	91	136	100,00%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas individuais e coletivas realizadas com 136 usuários.

Vê-se na Tabela acima, que o tempo de espera por atendimento é menor para os usuários dos grupos prioritários consultados por meio de entrevistas coletivas, vez que 44,44% esperaram cerca de 1 hora por atendimento. Já para os usuários entrevistados enquanto aguardavam atendimento nas USF's, escolhidos aleatoriamente, o tempo de espera predominou entre 2 a 4 horas.

Outro ponto relevante a ser ressaltado é a dificuldade no atendimento nas USF's dos usuários encaminhados pelos ACS's, observada nas entrevistas coletivas realizadas com 45 beneficiários. Há relatos de pessoas que foram encaminhadas pelo ACS para atendimento na USF em razão do aparecimento de sintomas que indicavam a necessidade de o usuário receber atendimento do médico ou do enfermeiro, e que ao procurarem a USF o técnico de enfermagem que faz a triagem indicou não haver necessidade de atendimento. Entretanto, pela insistência do ACS os usuários retornaram a USF e quando receberam atendimento médico verificou-se o desenvolvimento de doenças como diabetes, hipertensão e hanseníase.

Essa situação também foi apontada por 24,10% dos 83 ACS's consultados como uma das dificuldades que encontram para realizar suas atividades, evidenciada por relatos como:

“...nem sempre as pessoas que encaminhamos ao Posto são atendidas e por isso o nosso trabalho não é bem visto pelos usuários”

“O PSF do bairro tem algumas técnicas que não recebem como devem os usuários, isso dificulta o meu trabalho por que a população não entende o meu trabalho diferenciado”

“...pacientes que procuram o Posto para o atendimento e são tratados mal, e quando você chega nas casas para visitar vemos a revolta das pessoas”

“...mas a maior dificuldade é porque não temos moral para os pacientes, porque quando encontramos um caso que precisa ser encaminhado para o Posto não são atendidos, então eles se revoltam com a gente, o ACS”.

Questionados acerca da dificuldade de atendimento nas Unidades de Saúde da Família de usuários encaminhados pelos ACS's, os coordenadores de saúde afirmaram que tem conhecimento do problema pelos próprios usuários, que se deslocam à Secretaria Municipal de Saúde para reclamar. As reclamações são repassadas aos enfermeiros responsáveis pela Unidade, que tentam equacionar o problema, conversando com os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Cabe salientar, que não é feito o registro/controlado das solicitações de encaminhamento de paciente pelo ACS e o número de usuários atendidos decorrentes desse encaminhamento.

No que concerne às visitas domiciliares a PNAB estabelece como uma das atribuições comuns de profissionais das eSF's a realização do cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário.

Na ESF a visita domiciliar é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a realidade do usuário da ESF, os riscos associados à conformação do território identificando determinantes do processo saúde-doença, percebidos no ambiente em que vivem as famílias, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de assistência domiciliar, tais como: pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, além de possibilitar a promoção da saúde por meio da educação em saúde.

Nesse contexto, observou-se que as visitas domiciliares aos usuários cadastrados nas USF's e acompanhados pela eSF são realizadas com frequência pelos ACS's, conforme se evidencia na Tabela abaixo. Nas entrevistas coletivas realizadas com 45 usuários, as pessoas pertencentes aos grupos prioritários referenciaram que costumam receber visitas domiciliares dos agentes mais de uma vez no mês.

Tabela 25
Frequência de Visitas Domiciliares Realizadas pelo ACS

Frequência	Entrevista Coletiva	Entrevista Individual	Total	%
Sim, mensalmente	22	58	80	58,82%
Sim, mais de uma vez no mês	18	12	30	22,06%
Sim, mas não regularmente	0	7	7	5,15%
Não	3	6	9	6,62%
Não sabe dizer, não para em casa	0	2	2	1,47%
Usuário não cadastrado	2	6	8	5,88%
Total	45	91	136	100,00%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas individuais e coletivas realizadas com 136 usuários.

Os usuários consultados quando questionados quais atividades os agentes desenvolvem na sua residência informaram que recebem orientação sobre saúde, horários corretos de tomar remédios, cuidado com o lixo, preparo de alimentos, higiene corporal e do domicílio, exercícios físicos, vacinação das crianças e controle de fichas de consulta.

Tabela 26
Ações Desenvolvidas pelos ACS nas Visitas Domiciliares

Ação	Entrevista Coletiva	Entrevista Individual	Total	%
Ações em educação em saúde	8	58	66	56,41%
Orientações sobre higiene corporal, e do domicílio	18	56	74	63,25%
Orientação sobre cuidado com o lixo e dejetos	15	61	76	64,96%
Orientação sobre o preparo dos alimentos	23	49	72	61,54%
Encaminhamento dos pacientes com doenças ao PSF	13	42	55	47,01%
Acompanhamento de gestantes, hanseníase, tuberculose, hiperdia, etc.	36	37	73	62,39%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas individuais e coletivas realizadas com 136 usuários.

O grau de satisfação dos usuários com o trabalho desenvolvido pelos ACS's é alto, vez que, em média, 74,93% classifica como bom o desempenho desses agentes nas ações que desenvolvem nas visitas domiciliares, de acordo com evidenciação na Tabela abaixo:

Tabela 27
Grau de Satisfação dos Usuários com o Trabalho Desenvolvido pelos ACS's

Como você considera	Ruim		Regular		Bom	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Os procedimentos realizados pelo Agente Comunitário de Saúde (pesagem de crianças, acompanhamento da medicação de pessoas hipertensas, diabéticas, gestantes, etc.)	6	5,13%	26	22,22%	83	70,94%
As orientações do Agente Comunitário de Saúde (higiene, reidratação oral, etc.)	8	6,84%	28	23,93%	76	64,96%
A relação de sua família com o Agente Comunitário de Saúde	3	2,56%	18	15,38%	104	88,89%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas individuais e coletivas realizadas com 136 usuários.

No caso específico dos médicos de saúde da família a Equipe de AOP constatou a baixa frequência de visitas médicas domiciliares realizadas em decorrência de solicitação dos agentes comunitários de saúde, os médicos somente vão aos domicílios para atender acamados e urgências.

Dos 83 ACS's consultados por meio de questionário 15,66% nunca solicitaram a visita do médico, 4,82% informaram que na USF onde atuam não são realizadas visitas domiciliares com o médico e 79,52% (66) já solicitaram esse atendimento.

Dos 66 agentes que solicitaram a visita do médico 60,61% referenciaram que nunca foram atendidos, foram atendidos uma única vez, ou com pouca frequência, conforme evidenciado na Tabela abaixo:

Tabela 28
Percentual de Atendimento das Solicitações Efetuadas pelo ACS's de
Visitas Domiciliares de Médicos

Frequência	Quantidade	%
Não foi atendido	20	30,30%
Foi atendido uma única vez	4	6,06%
Foi atendido com pouca frequência	16	24,24%
Foi atendido algumas vezes	3	4,55%
Uma vez por mês	3	4,55%
Uma vez por semana	1	1,52%
Sempre que foi solicitado	19	28,79%
Total	66	100,00%

Fonte: Dados extraídos dos questionários aplicados a 83 ACS's.

Para 22 ACS's, um dos fatores que afetam a realização de visitas domiciliares pelos médicos é a falta de veículo para fazer o seu transporte, conforme relatos especificados a seguir:

“Sim, quando a secretaria está disponibilizando o carro esta solicitação é feita uma vez por mês ou mais se precisar, e sempre fui atendida”

“Sim, sempre que precisei para os meus pacientes, mas como agora não temos carro para o programa nunca mais pedi”

“Sim, mas no momento não é possível porque a secretaria da saúde não disponibiliza carro”

“Sim, mas com a falta de transporte não estamos indo com frequência”

“Quando a Secretaria fornece estrutura para esse acompanhamento acontecer, realizamos as visitas domiciliares juntamente com a médica (falta carro constantemente)”

Outro fator observado pelos ACS's que dificulta o atendimento domiciliar do médico é a alta demanda por consulta médica na USF, evidenciada pelo seguintes relatos:

“Sim, algumas vezes, pois a demanda de paciente no PSF é muito grande, e o médico só fica 15 dias, nós precisamos de mais visitas domiciliares com o mesmo”

“Sim, mas o médico nunca saiu, por ter um número muito grande de pacientes na unidade”

“Já, na realidade não somos atendidas de acordo com as necessidades de nossas micro-áreas, a administração do Posto faz uma escala de quando o médico pode ir conosco, uma vez a cada 02 ou 03 meses, o quer dizer que não atendemos as necessidades da população e dificulta o nosso trabalho”

De acordo com os 136 usuários entrevistados pela equipe de AOP, 88,97% nunca receberam a visita domiciliar do médico da Saúde da Família, conforme disposto na Tabela a seguir. Pelas informações fornecidas, a visita médica ocorreu quando os usuários ou alguém da família estavam acamados, geralmente as visitas são feitas aos usuários idosos.

Tabela 29
Visitas Domiciliares do Médico de Saúde da Família

Frequência	Entrevista Coletiva	Entrevista Individual	Total	%
Sim	5	2	7	5,15%
Não	38	83	121	88,97%
Usuário não é cadastrado	2	6	8	5,88%
Total	45	91	136	100,00%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas individuais e coletivas realizadas com 136 usuários.

Dos 8 médicos de saúde da família consultados por meio de questionário, 4 afirmaram que realizam visitas domiciliares quinzenalmente e 2 semanalmente, 2 deles não especificaram a frequência. A razão principal apontada pelos médicos para a pouca frequência de realização de visitas domiciliares deve-se ao fato da população adscrita às USF ser muito elevada, os programas a serem acompanhados durante a semana e o atendimento a demanda espontânea não deixam tempo para a realização de visitas domiciliares. Outro fator apontado é a dificuldade da Secretaria de Saúde disponibilizar carro para transporte de funcionários.

O Departamento de Atenção Básica informou que possui apenas um veículo para transportar os funcionários no desempenho de várias atividades necessárias ao desenvolvimento das ações de saúde, entre elas, visitas domiciliares, recolhimento da produção das USF's, abastecimento de vacinas e supervisão das USF's pelas equipes de Atenção Básica. Desta feita, o veículo somente está disponível para transportar os médicos das 10 USF's em suas visitas domiciliares às 4ª e 5ª feiras pela manhã e 6ª feira o dia todo, conforme escala de rodagem demonstrada na Tabela abaixo:

Tabela 30
Escala de Rodagem do Veículo da Atenção Básica

PERÍODO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Manhã	Todos os Postos de saúde da cidade. (recolher a produção).	Visita aos postos do km 11 e Nagibão.	Reservada para visita domiciliar e outros afins	Reservada para visita domiciliar e outros afins	Reservada para visita domiciliar ou Ação no Condomínio Rural (mensal)
Tarde	Colônia do Uraim e recolhimento da produção dos postos da cidade, se houver necessidade.	Abastecimento de vacinas para todos os postos de saúde.	Supervisão pela equipe da atenção básica.	Supervisão pela equipe da Atenção Básica.	Reservada para a visita domiciliar

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

De acordo com agenda semanal das USF's fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, verificou-se que somente em uma USF é reservado horário semanal (sexta-feira a tarde) para realização de visitas domiciliares pelos médicos, em outras duas Unidades, observou-se que no horário reservado para as visitas domiciliares, foram agendadas outras atividades, como, ações do preventivo de câncer de colo de útero, consultas e retornos de pacientes. Nas demais Unidades não consta agendamento de visitas domiciliares pelo médico.

Percebe-se, pelos dados apresentados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), do Ministério da Saúde, que no período de 2007 a 2009 o número de visitas domiciliares pelo médico vem apresentando tendência de queda, enquanto que a média de consultas realizadas pelos médicos nas USF's vem crescendo.

Tabela 31
Visita Domiciliar do Médico x Consultas Médicas Realizadas no Período de 2007 a 2009

Ano	Quantidade de Visitas Domiciliares - eSF	Quantidade de Consultas Médicas - eSF
2007	460	31.458
2008	332	35.235
2009	175	40.962

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

No que pertine às visitas domiciliares realizadas pelos enfermeiros, verifica-se, pelo relato dos ACS's, que elas ocorrem com maior frequência que as visitas médicas, não obstante a dificuldade de transporte, percebidas pelas seguintes declarações:

“Do médico não, mas da enfermeira sim. Todas as vezes que precisei foi atendido”

“Sim, em caso de acamados idosos, fazemos visitas domiciliares com o médico ou enfermeiro”

“As visitas dos acamados geralmente precisam da médica, mas como a área fica longe e não tem carro fica mais difícil, geralmente não dá certo, com o enfermeiro sim, ele sempre vai a pé mesmo”

“Sim, ela não vai visitar nossos acamados, porque quando é longe não tem carro e quando é perto ela alega que o sol é quente demais, com o enfermeiro sim, ele sempre vai a pé mesmo”

“Toda vez que solicitei a visita do enfermeiro fui atendido”

“Solicito somente com o enfermeiro”; “Eu costumo solicitar o acompanhamento da enfermeira, o médico nunca, mas preciso”.

À vista dos dados demonstrados na Tabela abaixo, constata-se que no período de 2007 a 2009 o número de visitas domiciliares realizadas pelos enfermeiros vem apresentando tendência de crescimento.

Tabela 32
Visita Domiciliar do Enfermeiro - Período 2007-2009

ANO	Visita Domiciliar do Enfermeiro
2007	867
2008	376
2009	1.387

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB

Nas visitas realizadas pela Equipe da AOP às 10 USF's, houve relatos dos enfermeiros responsáveis, que a falta de veículo para transportar a equipe não prejudica apenas a realização de visitas domiciliares por médicos e enfermeiros, mas também dificulta a busca ativa pelos pacientes portadores de doenças como hanseníase e tuberculose que abandonaram o tratamento.

Na realidade, verifica-se que o atendimento e a um número excessivo de pessoas e a pressão da demanda espontânea por atendimento são as dificuldade centrais no processo de reorganização dos serviços de saúde no nível da Atenção Básica e revela-se um ponto de

estrangulamento no Município. Assim, as eSF's não têm conseguido romper com o atendimento do modelo tradicional.

Diante de todo o exposto, as constatações acima são incompatíveis com uma estratégia idealizada para atuar preventivamente. Os prejuízos decorrentes de tais práticas não se resumem às horas perdidas nas filas ou no prejuízo ao fortalecimento do vínculo população – equipes de saúde da família, mas reforçam ainda mais a percepção do usuário de que a USF não passa de um Posto de Saúde Tradicional, ocasionando a perda de confiança no novo modelo, que o usuário pouco conhece.

Uma boa prática está sendo adotada pela Secretaria Municipal de Saúde no que concerne à realização de visitas domiciliares pelos enfermeiros. Com a finalidade de aumentar a oferta de serviços e diminuir a demanda nas Unidades de Saúde da Família está sendo desenvolvido o Projeto Piloto Jaderlândia e Promissão II, que tem como objetivo adicionar mais um enfermeiro em cada equipe de saúde da família nessas Unidades de Saúde, para realização de visitas domiciliares e supervisão dos ACS's. Cabe a esses profissionais realizarem a triagem para consulta médica, orientações quanto aos serviços de saúde, consultas de enfermagem, solicitação de exames e, principalmente, educação e promoção da saúde.

No início do projeto, os enfermeiros, juntamente com os ACS's, fizeram um diagnóstico dos problemas de saúde mais prevalentes, onde constataram a deficiência na assistência aos hipertensos, diabéticos, crianças, idosos e acamados.

A partir daí, os enfermeiros passaram a se reunir com os ACS's toda sexta-feira para planejar as ações que deverão ser realizadas na semana seguinte, com base nos diagnósticos realizados. Tais atividades incluem, além das visitas domiciliares, palestras educativas com a participação do odontólogo das equipes, pesagem, vacinação de crianças, avaliação puerperal e detecção de casos de hanseníase e AIDS. Esse processo de trabalho permite, a partir da verificação da ocorrência frequente de determinado problema de saúde em uma área, o planejamento e execução de ações que visem diminuir os riscos de novas ocorrências do problema.

O relatório de avaliação do projeto elaborado em julho de 2009 pelos integrantes da equipe de saúde da família das Unidades envolvidas, revelou que a realização de visitas domiciliares e atividades de promoção e educação em saúde incrementa a capacidade resolutiva das equipes de saúde da família, redundando em menor demanda por consultas nas Unidades.

Por exemplo, a equipe de uma das Unidades constatou que somente em um mês foram iniciados cinquenta (50) pré-natais, sendo que grande parte das mulheres eram adolescentes, em decorrência disso, o enfermeiro e os ACS's começaram a realizar um trabalho de planejamento familiar, para evitar o crescimento de gravidez na adolescência.

Segundo relatado pelo médico de uma das USF's houve uma melhora de 30% no desenvolvimento dos serviços e que, por essa razão, está ofertando mais consultas para a demanda, pois está havendo menos solicitação de atendimento domiciliar pelo ACS, uma vez que o enfermeiro já está desenvolvendo esse trabalho e só chegam às Unidades aqueles casos que realmente precisam de avaliação médica.

Para os enfermeiros que atendem nas USF's houve uma diminuição significativa no fluxo de crianças e hipertensos para atendimento na USF, como também, as transcrições de receitas.

Os exemplos acima demonstram a tentativa dessas equipes de saúde da família em romper com as práticas do modelo tradicional.

Com o objetivo de tentar minimizar os problemas e, por conseguinte, humanizar o atendimento à população, a equipe de auditoria entende apropriado que o TCM recomende à Secretaria Municipal de Saúde o seguinte:

- R12) Elaborar normas e procedimentos gerais para reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, especificamente com relação ao agendamento de consultas, visitas domiciliares e atendimento aos usuários nas USF's, visando o enfrentamento das dificuldades relatadas pelos usuários, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas.
- R13) Prover as USF's de meios de transporte para deslocamento dos médicos e enfermeiros aos domicílios dos beneficiários da Saúde da Família.
- R14) Estender o Projeto Piloto Jaderlândia e Promissão II às demais USF.

Com a adoção dessas recomendações a Equipe de AOP espera: aumentar a resolutividade da Estratégia Saúde da Família, reforçar o vínculo de responsabilidade e a relação da Equipe de Saúde da Família com a comunidade, aumentar o crédito na medicina preventiva, e atender aos usuários de acordo com as diretrizes da ESF.

3.4. Sobrecarga de Trabalho de Componentes das eSF's

As atividades administrativas são essenciais para o funcionamento e organização das ações de saúde desenvolvidas em qualquer instituição, seja ela pública ou privada.

Nas visitas realizadas nas 10 USF's verificou-se que parte do tempo de serviço dos profissionais de enfermagem é utilizada para o desenvolvimento de atividades administrativas, em prejuízo de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A Equipe de AOP identificou no cotidiano das Unidades a prática gerencial desenvolvida pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.

Observou-se, um acúmulo de trabalho pelo enfermeiro responsável pela USF, que além de realizar as atribuições dispostas na Portaria 648/06 é responsável pela coordenação e administração da Unidade em todos os aspectos, destacando-se: a supervisão dos ACS's e auxiliares de enfermagem; as ações de vigilância epidemiológica; controle de material e pessoal; gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da USF; reunião de equipe e programação local.

Além dessas atribuições, os enfermeiros preenchem manualmente os formulários impressos de produção das equipes de saúde da família (no. de consultas médicas, enfermagem, curativos, palestras, etc.), fazem a condensação e avaliação da produção semanal e mensal da USF e mensal dos ACS's e encaminham para o Departamento de Atenção Básica, que providencia a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e demais sistemas de acompanhamento do Ministério da Saúde (SISPRENATAL¹⁵, SISCOLO¹⁶, SISMAMA¹⁷, etc.). Os enfermeiros, face o desempenho de atividades burocráticas, passaram a denominar-se de “enfermesos”.

Cabe registrar que cada USF dispõe de um computador instalado na farmácia da Unidade, que está sob o gerenciamento da Central de Abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde e não da Unidade. Esse equipamento é utilizado somente para o controle de pedido, entrada e

¹⁵ O SisPreNatal é o software que foi desenvolvido pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. No SisPreNatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério.

¹⁶ Sistema de informática oficial do Ministério da Saúde, utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, hispatologia e controle de qualidade do exame de preventivo de colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer de colo do útero no Brasil.

¹⁷ Sistema eletrônico de rastreamento do Ministério da Saúde, que permite a avaliação rápida e regular de dados sobre o câncer de mama. É uma ferramenta necessária para a gestão do controle da doença.

saída de medicamentos, não sendo aproveitado para auxiliar o enfermeiro nas tarefas administrativas, supervisão, controle e avaliação das atividades desenvolvidas na Unidade.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem, além da realização dos procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF, como verificação de peso, pressão arterial, verificação de estatura, realização de curativo, aplicação de injetáveis e vacinas, verificação de glicemia capilar e coleta do PCCU, vem desempenhando atividades administrativas como: organização dos prontuários das famílias, separação dos prontuários médicos e fichas para consulta médica, preenchimento de formulários de produção diária, atendimento na recepção e agendamento de consultas e exames dos usuários.

Oportuno salientar, que em duas USF's visitadas pela Equipe de AOP, observou-se a sobrecarga de trabalho dos técnicos de enfermagem pela carência de pessoal, vez que quando um técnico/auxiliar de enfermagem entra de férias ou fica doente, o setor em que trabalha muitas vezes não funciona, ou então outro técnico/auxiliar acumula as atividades, por exemplo, o técnico de enfermagem que fica na recepção da Unidade, atende também na sala de vacina e curativo, e faz a triagem das gestantes, havendo prejuízo no atendimento à população.

A Secretaria Municipal de Saúde informou que dispõe de somente 4 profissionais da área administrativa atuando nas USF's.

Diante do exposto, verifica-se que a falta de profissionais da área administrativa para auxiliar as eSF's, somada a ausência de informatização dos procedimentos administrativos ocupa parte importante do tempo dos profissionais de saúde, em detrimento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, conforme já mencionado.

Na AOP realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2001 no Programa Saúde da Família foi relatado que no estado do Ceará, observou-se que a incorporação de um profissional da área administrativa em cada USF trouxe diversos benefícios, tais como: maior tempo disponível para atendimento à população adscrita; tempestividade na alimentação do SIAB; monitoramento dos indicadores de saúde, permitindo um melhor planejamento das ações desenvolvidas pelas eSF's. Além disso, cada USF dispunha de um computador para auxiliar as equipes no desenvolvimentos de suas ações.

Assim, esta equipe de auditoria entende que deva ser recomendado à Secretaria Municipal de Saúde que:

- R15) Incorpore às USF, com adscrições de população superiores a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as equipes de saúde da família.
- R16) Viabilize a aquisição de equipamentos de informática para as USF's e implantação de sistemas informatizados que permitam o uso de serviços como: prontuário eletrônico; agendamento dos atendimentos e visitas domiciliares; registro de visitas; cadastramento de famílias; acompanhamento e controle da produtividade das Unidades (atendimento de criança, idoso, risco para Dengue, atividades produtivas domiciliares, nascidos vivos, óbitos, hospitalizações, controle de imunização; prescrição e evolução médica e de enfermagem, etc...); agendamento de consultas e exames especializados, entre outros serviços.

Com a incorporação do profissional da área administrativa espera-se melhorar o desempenho nas atividades administrativas e evitar a sobrecarga de trabalho da eSF, que terá mais tempo disponível para atendimento à população adscrita.

Já a utilização da informática nas USF's facilitará a gestão das atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, permitindo: o gerenciamento de maneira eficiente todas as ações de saúde desenvolvidas nas Unidades; o acesso aos profissionais das equipes ao prontuário eletrônico do paciente, visualizando toda a história clínica, proporcionando um acompanhamento das condições de saúde do cidadão em todas as esferas; o aumento da eficiência da recepção; o

controle completo da cobertura vacinal; a geração automática dos mapas de produção; o registro e acompanhamento de todas as fichas da USF; o acompanhamento da produtividade de todos os profissionais de saúde; o acompanhamento e registro de todos os programas do Ministério da Saúde.

3.5. Fragilidades nos Mecanismos de Referência e Inexistência de Contra-referência

A organização e o funcionamento adequado de sistemas de referência e contra-referência é requisito fundamental para o alcance da integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Referência consiste no encaminhamento do usuário para atendimento aos serviços de especialização mais complexos e para apoio diagnóstico, como hospitais e clínicas especializadas, sempre que se trate de problema de saúde que não possa ser resolvido no nível da atenção básica. Já a contra-referência é o retorno do beneficiário à USF, após atendimento nos serviços de maior complexidade do SUS.

A Saúde da Família, como primeiro nível de atenção à saúde (menos complexo) deve integrar-se aos níveis de maior complexidade (média e alta complexidade). Um dos objetivos básicos dessa estratégia é assegurar a população atendida a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, de forma integral, com acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, com qualidade e resolutividade, contribuindo para a efetivação da integralidade e o desenvolvimento de ações e vínculos entre a equipe de saúde e a população. A ocorrência da integralidade depende de uma estratégia de comunicação entre os serviços de menor e maior complexidade que compõe o sistema, que permita que o paciente seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados. Essa comunicação entre os níveis de atenção à saúde depende de um sistema de referência e contra-referência dentro do sistema de saúde, em que um serviço informa o outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo.

Nesse contexto, a equipe de auditoria constatou a inadequação do sistema de referência para os níveis de média e alta complexidades do SUS e inexistência do sistema de contra-referência.

Segundo informações prestadas pelos coordenadores de saúde, os usuários das USF's são referenciados para o Hospital Municipal, e, caso haja necessidade, são encaminhados para receber atendimento em Belém, capital do Estado, via Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

O Hospital Municipal possui 75 leitos e presta atendimento ambulatorial, internação, serviço de apoio diagnose e terapia (SADT) e urgência para a demanda espontânea e referenciada. Oferece serviços de saúde nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, traumatologia, cardiologia, pediatria, dermatologia, ortopedia, cirurgia geral, urologia, cirurgia de cabeça e pescoço e psiquiatria.

Na área odontológica o Município oferta somente serviço odontológico especializado em endodontia, não são oferecidos os serviços de cirurgia oral menor, periodontia e atendimento à pessoas portadoras de necessidades especiais. Não foi implantado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o hospital municipal não oferece serviços odontológicos especializados.

No caso de exames especializados, como ultrassonografias e endoscopias, a referenciação é feita, em sua maioria, para o Hospital Municipal, e em menor escala para o Hospital São Paulo e para o Instituto de Saúde e Medicina do Trabalho (ISMET), que pertencem a rede privada de saúde.

Para a referência intra-municipal existem mecanismos capazes de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de exames e internações especializadas, o mesmo não ocorrendo para a referência intermunicipal ou interestadual.

Para facilitar a referência da população aos serviços especializados oferecidos no município, foi criada a Central de Marcação de Consultas, que funciona no prédio da Secretaria Municipal de Saúde e o serviço está sob a responsabilidade de dois servidores municipais.

A partir de visita à Central e entrevista com os servidores, a Equipe de AOP, constatou, que há o estabelecimento de cotas de procedimentos para as USF's, para o Hospital Municipal, para as colônias rurais, para os postos de saúde indígenas e para a Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com dados fornecidos pela Central, em média, são oferecidas mensalmente pelo Hospital Municipal 537 consultas médicas especializadas, conforme evidência abaixo:

Tabela 33
Cota Mensal de Consultas Médicas Oferecidas pelo Hospital Municipal

Especialidade	Cota Mensal
Cardiologia	100
Dermatologia	56
Cirurgião Geral	50
Cirurgião de Cabeça e Pescoço	32
Ortopedia	184
Ginecologia	115
Total	537

Fonte: Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal de Saúde

O processo de referência dos usuários para os níveis de maior complexidade oferecidos pelo município tem início nas USF's com a indicação do médico. O usuário, de posse do encaminhamento médico, vai à recepção e solicita a marcação da consulta ou exame especializado e é orientado a retornar à Unidade em torno de quinze dias a um mês para verificar a data do seu atendimento. Na recepção um servidor preenche a Relação de Consultas Especializadas com todas as solicitações feitas pelos usuários, que são encaminhadas à Central de Marcação de Consultas uma vez por mês.

Na Central, o agendamento de consultas e exames especializados é realizado na última semana do mês, para as vagas ofertadas às USF's. Em média, na semana seguinte, a Central envia às USF's a relação com as consultas e exames agendados.

Como o número de solicitações de consultas e exames especializados é muito superior ao número de procedimentos ofertados, a Central solicita que as atendentes das USF's indiquem no formulário aqueles usuários que necessitam de atendimento prioritário. Caso não haja nenhuma indicação os agendamentos são feitos pela ordem dos nomes constantes no formulário. Os servidores da Central observaram, ainda, que o fato do agendamento ser feito em formulário de papel, as atendentes das USF's devem ter o cuidado de colocar primeiramente no formulário o nome das pessoas que não foram contempladas na relação anterior.

Todos os dias a Central emite relatório das consultas marcadas e no dia seguinte o Hospital Municipal informa os atendimentos realizados. Segundo informado pelos servidores da Central cerca de 50% dos usuários das USF's deixam de comparecer às consultas, pelo que as vagas são distribuídas para as pessoas que se encontram no Hospital Municipal aguardando as desistências.

A Secretaria Municipal de Saúde não faz o controle/registro do número de solicitações de consultas e exames especializados oriundos das USF's, do número de consulta e exames agendados e o número de usuários atendidos e não atendidos.

Quando questionados acerca do agendamento de atendimento médico especializado (cardiologia, urologia, neurologia, cirurgia, etc.) e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos (raio-x, tomografia, ultra-som, etc.) pela Equipe de Saúde da Família, 8,79% e 6,59%, respectivamente, dos 91 usuários entrevistados nas dependências das USF's enquanto aguardavam atendimento informaram que não conseguiram agendar o atendimento e foram diretamente ao Hospital Municipal marcar a consulta/exame, conforme se evidencia na Tabela abaixo. Há que se ressaltar, que cerca de 30% dos usuários que foram referenciados pelas USF's, relataram a demora em conseguir atendimento, ou a não realização do atendimento.

Tabela 34
Referência para Consultas e Exames Especializados pela eSF
Entrevistas Individuais

Ação	Consultas Especializadas		Exames Especializados	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Nunca precisou	61	67,03%	55	60,44%
Sim	22	24,18%	30	32,97%
Não, o usuário marcou a consulta/exame no hospital	8	8,79%	6	6,59%
Total	91	100,00%	91	100,00%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas individuais realizadas com 91 usuários das USF's.

Nas entrevistas coletivas realizadas com 45 usuários, 46,67% relataram que a equipe de saúde da família providenciou a marcação de consultas/exames, mas houve muita demora no atendimento, 13,33% informaram que agendaram o atendimento na USF, todavia, face a demora, procuraram diretamente o hospital e foram atendidos, outros 26,67%, apesar do agendamento na USF, não conseguiram ser atendidos.

Tabela 35
Referência para Consultas e Exames Especializados pela eSF
Entrevistas Coletivas

Frequência	Quantidade	%
Sim, com muita demora	21	46,67%
Sim, rapidamente	1	2,22%
Sim, mas pela demora conseguiu marcar diretamente no hospital e foram atendidos	6	13,33%
Sim, não foi atendido	12	26,67%
Não precisou	5	11,11%
Total	45	100,00%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas coletivas realizadas com 45 usuários das USF's.

Segundo relato dos usuários entrevistados nas seis entrevistas coletivas realizadas pela Equipe de AOP muitas pessoas desistem de esperar atendimento de consultas e exames

especializados agendados na USF, em razão da longa espera pelo atendimento, que em média ocorre entre dois meses a um ano.

Há dificuldade de agendamento de consultas para cardiologia, ginecologia, traumatologia e cirurgia de cabeça e pescoço, bem como para marcação de exames especializados como endoscopia e ultrassonografia, conforme revelam os seguintes relatos:

“...consegui realizar com o cardiologista, fez exames, mas não consegui marcar a consulta de retorno, estou com receio de que os exames não sirvam mais”.

“Em maio de 2009 pedi a marcação de uma endoscopia no PSF, como em setembro ainda não tinha sido atendida, em setembro procurei diretamente a Secretaria de Saúde e consegui marcar e fazer o exame, quem tem conhecimento na Secretaria consegue atendimento mais rápido”.

“Marquei consulta com o cardiologista a mais de oito meses e ainda não fui atendido”.

“Faz um ano que estou tentando marcar consulta com o ginecologista e não consegui ser atendida”.

“Espera para ser atendido pelo traumatologista há um ano”.

“Faz seis meses que espero pela realização de endoscopia”.

“Fiz uma ultrassonografia em 01/10/08 e até hoje, 30/09/09 não consegui ser atendida pelo cirurgião de cabeça e pescoço”

“Realizei um exame cardiológico no dia 23/07/2009, porque vou fazer uma cirurgia e até esta data, 01/10/09 não consegui retorno com o médico, por isso estou em dúvida se o resultado ainda serve após quase 90 dias da realização do exame, entendo que nos casos de cirurgia deveria ser atendido logo”.

“Estou tentando marcar com o ortopedista e ainda não conseguiu ser atendido”

“Não conseguiu marcar ressonância”.

Os usuários relataram que precisam retornar à Unidade de Saúde três ou quatro vezes até a efetivação do agendamento da consulta/exame solicitado pela Central de Marcação de Consultas. Como a demora é grande, muitos usuários desistem de voltar à Unidade e vão diretamente ao Hospital Municipal tentar conseguir atendimento, para eles, muitas vezes é a maneira mais rápida de conseguir marcar e realizar consultas e exames especializados. No caso de consultas, os usuários disseram que ficam aguardando a desistência de outros usuários para serem atendidos.

A Equipe de AOP verificou que não existe sistema de contra-referência, as informações acerca dos procedimentos realizados pelo paciente e sobre o seu estado de saúde dependem de seu próprio relato, que as transmite segundo entendimento e linguagem próprios, pois retorna à Unidade de Saúde da Família de origem sem os dados necessários sobre o atendimento ou sobre quem o atendeu, sendo que muitas das informações são "perdidas".

Para os coordenadores de saúde do município um dos fatores que prejudica a referência aos níveis de maior complexidade existentes no município diz respeito ao número insuficiente de médicos especialistas e serviços de exames especializados colocados a disposição das USF's para atender a demanda. Outro fator apontado pelos coordenadores de saúde é a falta de comprometimento dos profissionais médicos das USF's, vez que encaminham pacientes para consultas especializadas com problemas que poderiam ser resolvidos pela equipe na própria

Unidade ou deixam de encaminhar pacientes que necessitam realmente do atendimento especializado.

Para Equipe de AOP, além da oferta insuficiente de serviços, verifica-se, ainda, problemas na organização dos serviços de referência entre a USF e a Central de Marcação de Consultas e falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde.

Pelo exposto, constata-se que a existência insuficiente de referência da USF aos níveis de maior complexidade e a inexistência de contra-referência traz prejuízo ao atendimento dos usuários, comprometendo a sua saúde, além disso provoca insatisfação do usuário, reforçando o descrédito da população com os serviços de saúde municipais, rompendo, mais uma vez, o vínculo de confiança que deve existir entre a população e a equipe.

À luz desses riscos, entende a Equipe da AOP que deva recomendar a Secretaria Municipal de Saúde:

- R17) Implantar a Central de Regulação para garantir os fluxos do Sistema Único de Saúde, consolidando a Unidade de Saúde como porta de entrada do sistema.
- R18) Criar mecanismos de controle, registro e avaliação das solicitações, agendamento e atendimento de consultas e exames especializados oriundos das USF's, objetivando o aprimoramento da oferta desses serviços.
- R19) Buscar meios para contratação de médicos especialistas e serviços de exames especializados para atender a demanda.

Acredita-se que o atendimento das recomendações permitirá: melhorar o encaminhamento do usuário aos níveis de maior complexidade; a efetivação da contra-referência para garantia da continuidade da assistência, face o conhecimento pela eSF do tratamento dispensado aos usuários nos níveis de maior complexidade do SUS; maior resolutividade da ESF; e beneficiários satisfeitos com o atendimento recebido.

4. INFRAESTRUTURA DAS USF'S

Para garantir a eficiência na prestação de serviços pelas equipes de saúde da família é necessário que as USF'S disponham de instalações físicas, equipamentos, materiais e insumos, suficientes e adequados, para o atendimento à população adscrita de acordo com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família e assim, reafirmar o compromisso do SUS com todos os usuários.

De acordo com a PNAB compete a Secretaria Municipal de Saúde garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica.

A PNAB estabelece, ainda, que para haver a implantação de Equipes de Saúde da Família nos municípios é necessário a existência de Unidade Básica de Saúde (UBS) inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente: a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde. Além de existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

Em 2008, o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, conhecedor das deficiências estruturais das USF's nos municípios brasileiros, que prejudicam o desenvolvimento das atividades das Equipes de Saúde da Família (eSF), re-editou o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, com um objetivo de orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção ou até na escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos ambulatoriais para Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Esse Manual segue os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50/ANVISA/Fevereiro/2002, que dispõe sobre a Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e descreve como primeiro nível de atendimento “os Estabelecimentos de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital Dia”.

O Manual em questão visa contribuir para a estruturação e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no país, propondo que a estrutura física da UBS seja facilitadora da mudança das práticas em saúde das equipes de saúde da família, bem como, contribuir para tanto com a pró-atividade da eSF em seu trabalho na comunidade, quanto com o imperativo de acolher as demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios, quando necessário.

Ressalte-se que os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adscrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados e, se for o caso, viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem.

Em 2009, o Ministério da Saúde, intensificando suas ações diante da necessidade de aprimoramento da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, instituiu o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, que tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de Unidades Básicas de Saúde como forma de prover

infraestrutura adequada às equipes de saúde da família (eSF) para a melhoria do desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes.

O anexo da Portaria 2.226/09, que instituiu referido Plano, definiu a área física mínima e os ambientes necessários ao funcionamento de cada UBS. A Portaria dispõe, ainda, que para as áreas previstas e para aquelas não previstas no Anexo, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações. Os ambientes previstos no Anexo deverão ainda estar em concordância com o descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família.

Nesse contexto, a Equipe de Auditoria buscou verificar se as Unidades de Saúde da Família (USF) possuem infraestrutura mínima para o desenvolvimento adequado das ações das equipes de saúde da família, no que concerne às instalações físicas, equipamentos, materiais e insumos, conforme disposto na Portaria 648/2006 e no Manual de Infraestrutura Física, ambos do Ministério da Saúde.

À luz dos critérios definidos pela Auditoria, a equipe da AOP observou a existência, suficiência e adequação da infraestrutura das Unidades de Saúde da Família implantadas no Município em relação aos seguintes itens: a) dependências; b) disponibilidade de equipamentos (por exemplo, balança de adulto; balança infantil; geladeira para armazenamento de vacinas; estetoscópio; termômetro); c) fornecimento de medicamentos da farmácia básica; d) disponibilidade de materiais (por exemplo, gaze; algodão; soro fisiológico; blocos de receituário).

Foram utilizados como procedimentos de coleta de dados: exame de registros administrativos oficiais; entrevista estruturada com os gestores e beneficiários da ação, aplicação de questionários junto aos enfermeiros, médicos, odontólogos e agentes comunitários de saúde e observação direta nas USF's.

Na pesquisa documental foram consultados: Portaria 648/2006/MS, Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), Constituição Federal de 1988; Manual de Infraestrutura Física das UBS/MS, RDC ANVISA 50/2002; e Portaria 2.226/09/MS.

4.1. Instalações Físicas Inadequadas

O espaço físico (arquitetônico) de uma Unidade Básica de Saúde deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários, devendo observar, entre outros aspectos: luminosidade, temperatura, ruídos do ambiente e revestimentos das paredes, tetos e pisos, que devem ser todos laváveis e de superfície lisa.

Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros.

De acordo com o Manual de Estrutura Física das UBS, do Ministério da Saúde, as Unidades de Saúde em que atuam apenas 1 equipe de saúde da família, devem possuir as seguintes dependências:

Tabela 36
Estrutura Física das USF's para 1 eSF de acordo com o
Manual de Infraestrutura Física das UBS/MS

Ambientes	1 eSF
Recepção/Arquivo de prontuários	1
Espera Para	15 pessoas
Administração e gerência*	1
Sala de reuniões e educação em saúde	1
Almoxarifado	1
Consultório com sanitário	1
Consultório	1
Sala de Vacina	1
Sala de curativo/procedimento	1
Sala de nebulização	1
Farmácia (sala de armazenamento de medicamentos)***	1
Equipo odontológico (Consultório Odontológico)	1
Escovário**	1
Área de compressor	1
Sanitário para usuário	1
Sanitário para deficiente ****	1
Banheiro para funcionários	1
Copa/cozinha	1
Depósito de materiais de limpeza	1
Sala de recepção lavagem e descontaminação***	1
Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	1
Abrigo de resíduos sólidos	1
Depósito de lixo	1
Sala para ACS*	1

* Para unidades com 1 ou 2 eSF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente. No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente.

A Equipe de AOP, a partir de verificação *in loco* observou que as instalações físicas das Unidades de Saúde da Família são inadequadas e não possuem dependências suficientes para o desenvolvimento das ações das equipes de saúde da família. Foram observadas salas sem ventilação natural, sem iluminação, salas com espaços insuficientes, salas com paredes infiltradas, mofo, rachaduras e de reboco mal feito, unidades sem revestimentos de cerâmica, estrutura interna e externa precária, prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos das equipes.

A tabela 37 apresenta as deficiências na estrutura das 10 Unidades visitadas, em conformidade com o padrão mínimo de infraestrutura definido pelo Ministério da Saúde:

Tabela 37
Dependências Inexistentes nas 10 USF's pelo Padrão do Ministério da Saúde

Ambientes	Quantidade
Sala de reuniões e educação em saúde	1 USF
Almoxarifado	Inexistente
Consultório com sanitário	1 USF
Sala de nebulização/triagem	3 USF's
Escovário	Inexistente
Área de compressor	Inexistente
Sanitário para deficiente	Inexistente
Depósito de materiais de limpeza	6 USF's
Sala de recepção lavagem e descontaminação	Inexistente
Sala de utilidades (apoio à esterilização)	Inexistente
Abrigo de resíduos sólidos	Inexistente
Depósito de lixo	Inexistente
Sala para ACS	Inexistente

Fonte: Dados obtidos nas visitas de estudo realizadas nas USF's pela Equipe de AOP

Constatou-se que as instalações físicas das Unidade de Saúde da Família do Jardim Bela Vista, Jardim Atlântico, Km 11, Nagibão, Promissão II e Uraim II não se encontram em boas condições de conservação. Na USF do Km 11 a pintura está deteriorada e as paredes não possuem revestimento cerâmico. O local onde funciona a USF do Nagibão é alugado, é muito pequeno, o piso é de cimento e as paredes não são azulejadas. A USF do Uraim II é muito quente e pequena para o atendimentos à população.

Não foi verificado a existência de Almoxarifado nas USF's, a Equipe de AOP, localizou em 3 USF a existência de pequenas salas, destinado à guarda de materiais de limpeza, expediente e equipamentos.

A inexistência de uma sala foi apontada por 16,87% (14) dos 83 Agentes Comunitários de Saúde consultados como uma das dificuldades para a realização de suas atividades, expressada pelos seguintes relatos:

“Para darmos mais atenção e tranquilidade, ou seja, mais saúde as nossas famílias da área que visitamos, precisamos também de um sala, ou seja, área para que ficamos no PSF, que os ACS não tem, quando queremos fazer uma reunião conosco, não temos uma área ou um lugar dentro do Posto, ficamos pulando de sala em sala.”

“No Posto não temos um local para ficar quando precisamos organizar alguma coisa nós ficamos embaixo de uma árvore na frente do Posto, porque nós não podemos ficar no Posto.”

“Falta uma sala de reunião que sempre que há reunião nos sentamos no chão, na sala do enfermeiro.”

A área de Recepção/Arquivo de prontuários destina-se à informação, registro, agendamento e encaminhamento de usuários. Deve prever balcão, sem grades ou vidros separando trabalhador e usuário, cadeiras, prateleiras, quadro de avisos, computador, telefone e espaço de arquivo para, no mínimo, 6.000 prontuários.

Nas 10 USF's visitadas a Equipe de AOP qualificou a área de recepção/arquivo de prontuários como inadequadas. Em 7 USF's não há armários de aço suficientes para armazenar as fichas de cadastro de famílias e de atendimento dos pacientes, que são armazenadas em caixas de papelão espalhadas pelo chão. As figura 1 e 2 refletem as situações postas acima:

Figura 1
Arquivo de Prontuários - USF de Jaderlândia



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 27/08/09

Figura 2
Recepção - USF Jardim Bela Vista



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 02/09/09

A sala de espera é o espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardarão o atendimento pelo profissional da SF. Deve ser planejado de forma a proporcionar um ambiente confortável e agradável, incluindo adequações de luminosidade, temperatura, ruídos, posicionamento dos assentos para proporcionar interação entre os indivíduos. Elas devem ser próximas aos ambientes relativos aos diversos tipos de atendimento como consultórios, sala de procedimentos, sala de vacinas e outros. Estas esperas devem ser dimensionadas conforme a demanda, levando-se em conta os critérios de humanização e o bom fluxo interno.

Nas 10 Unidades de Saúde da Família não há sala de espera, os pacientes aguardam atendimento em uma área coberta localizada na entrada das USF's, sentados em bancos de madeira, não há ventilação e a tarde o calor é muito intenso. Em algumas Unidades os bancos não são suficientes para o número de pessoas que procuram a USF, uma parte dos usuários espera atendimento em pé.

Em 8 USF's procedimentos como: medições de temperatura, peso, altura, batimentos cardíacos e pressão arterial dos pacientes são realizados na área de espera. Somente 2 Unidades possuem salas destinadas à realização desses procedimentos. Em 2 USF's constatou-se a realização de nebulização em pacientes na área de espera e em outra Unidade verificou-se que o atendimento, pelo técnico de enfermagem, aos usuários dos programas do ferro, planejamento familiar e hiperdia, também ocorrem na área de espera.

Apenas 2 USF's tem televisor, em uma das Unidades o televisor foi colocado na área de recepção e em outra na área de espera, todavia, um dos televisores está sem antena.

Foram localizados bebedouros em 9 Unidades de Saúde de Família, no entanto em 2 Unidades a população que aguardava atendimento reclamou que não havia água, haja vista que o bebedouro estava com defeito.

Figura 3
Área de Espera - USF do Uraim II



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 30/09/09

Figura 4
Nebulização - USF Uraim II



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 30/09/09

Figura 5
Pesagem de Usuários - USF Promissão III



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 28/09/09

A farmácia caracteriza-se por espaço destinado à dispensação e de orientação quanto ao uso correto de medicamentos, de execução das ações de atenção farmacêutica, de recepção e guarda dos medicamentos e de planejamento e gestão da assistência farmacêutica local. Deverá ter acesso independente, de forma a não permitir a circulação desnecessária de pessoas no ambiente. É recomendável que a farmácia da USF possua uma área de dispensação, e quando possível, com a presença do profissional farmacêutico. As dimensões da Farmácia devem estar adequadas ao número de atendimento diário e observar especificidades quanto à ventilação, à iluminação, à temperatura, ao armazenamento e à segurança seguindo a legislação vigente.

As farmácias instaladas nas 10 USF's do município são administradas pela Central de Abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde. No exercício de 2009, as farmácias passaram por adequações em suas instalações físicas, que objetivaram a melhoria das condições de ventilação, iluminação, temperatura e armazenamento dos medicamentos. Foram instalados: condicionadores de ar, estantes novas para reorganização dos medicamentos estocados e computadores para o controle de estoque e a entrada e saída de medicamentos. A entrega dos medicamentos receitados pelos médicos e enfermeiros aos usuários é feita por um auxiliar administrativo.

Um problema verificado pela Equipe de AOP nas farmácias das USF's é a inexistência de espaço reservado para o atendimento ao usuário, na maioria das Unidades, o atendimento é feito por uma abertura (janela) na parede, não garantindo a sua privacidade.

Nas entrevistas coletivas realizadas com 45 usuários foram feitas reclamações quanto ao processo de entrega de medicamentos e a falta de privacidade nas farmácias das USF. Um dos usuários entrevistados, portador de hanseníase, relatou que ao procurar a farmácia da Unidade para receber o medicamento, presenciou uma situação constrangedora, a servidora da farmácia, ao atender um usuário, também portador de hanseníase, com medo de “pegar” a doença, jogou o medicamento sobre suas mãos, que apresentavam lacerações próprias da doença, o medicamento caiu no chão e uma das pessoas que estava na fila aguardando o atendimento fez a entrega do medicamento ao usuário.

Figura 6
Farmácia - USF Km 11



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 28/09/09

Figura 7
Atendimento Farmácia - USF Jardim Atlântico



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 01/09/09

Na USF do Jardim Bela Vista, a Equipe de AOP constatou que a falta de água é recorrente e a pia da sala de curativo encontrava-se entupida, problema também recorrente, segundo a enfermeira. Na USF da Cidade Nova verificou-se a falta uma pia adequada para a sala de curativo.

Verificou-se que todas as 10 USF's possuem sala de vacina e consultórios médicos e de enfermagem, assim como constatou-se a existência de salas para a realização do Preventivo de Câncer de Colo de Útero (PCCU) em 6 Unidade de Saúde.

Com relação aos consultórios odontológicos somente a USF do Nagibão não apresentou boas condições de conservação, tendo inclusive sido objeto de reclamação do odontólogo, que considerou que as estruturas do estabelecimento estão totalmente inadequadas.

As copa/cozinhas existentes nas Unidades de Saúde estão em desacordo com as especificações dispostas na Manual de Estrutura Física das UBS, do Ministério da Saúde, haja vista não proporcionarem ambiente agradável para as refeições dos funcionários. Na maioria das Unidades a cozinha é pequena, apenas em três Unidades foram encontradas mesa para refeições, bancos e cadeiras e fogão.

Como as Unidades de Saúde não possuem salas suficientes e adequadas para realização de todos os procedimentos, há o compartilhamento do uso de dependências, como por exemplo: na USF do Camboatã a coleta dos exames é feita na sala de endemias e exame do PCCU é realizado na sala do médico; na USF do Uraim II o exame de PCCU e o exame de hanseníase são realizados na mesma sala; nas USF do Nagibão e Promissão II o exame do PCCU é feito no consultório da enfermeira; na USF da Bela Vista a sala do PCCU funciona também como arquivo da USF; na USF do Promissão III são realizados na mesma o PCCU e o teste do pezinho; na USF do Uraim II o teste de hanseníase realiza-se na sala do PCCU; e na USF da Promissão II a sala de vacinação é usada também para avaliação de hanseníase e tuberculose.

Quanto aos sanitários para os usuários, constatou-se a inexistência de sanitários exclusivos para deficientes, bem como qualquer adaptação para deficiente nos sanitários existentes. Em 4 USF's os sanitários foram considerados pela Equipe de AOP como inadequados, vez que estavam sujos, com torneiras e vaso sanitário com vazamentos, pias quebradas, etc....

Nos questionários aplicados a 8 enfermeiros 60% considerou que o espaço físico das USF's não é suficiente e adequado para o desenvolvimento das ações da eSF, vez que a recepção não suporta a clientela e não há salas suficientes e adequadas para proporcionar conforto e privacidade aos usuários e funcionários como: sala de triagem, sala de reunião, sala de exames, sala dos ACS, avaliação do estado nutricional, almoxarifado e sala de nebulização.

Para 2 dos 8 médicos consultados por meio de questionários, o espaço físico da USF não é suficiente e adequado para o desenvolvimento das ações da eSF. Um dos médicos relatou que as instalações físicas necessitam de reforma, o espaço é muito pequeno, sem condições de realizar atividades educativas para a população, além da sala de curativos não apresentar condições de realizar determinados procedimentos. O outro profissional disse que o espaço físico é suficiente, porém não apresenta infraestrutura adequada (tipo de piso e revestimentos das paredes).

Para os Coordenadores de saúde consultados pela Equipe de AOP um aspecto que gostariam de mudar nas USF é a estrutura física, que consideram insuficiente e inadequada.

Nas entrevistas individuais e coletivas realizadas com 136 usuários 22,79% e 33,83% consideraram, respectivamente, ruim e regular as instalações físicas das USF, que corresponde a 56,62% dos entrevistados, de acordo com evidenciação na Tabela abaixo:

Tabela 38
Grau de Satisfação dos usuários com as Instalações Físicas das USF's

Grau de Satisfação	Quantidade	%
Ruim	31	22,79%
Regular	46	33,83%
Bom	55	40,44%
Não respondeu	4	2,94%
Total	136	100,00%

Fonte: Dados extraídos das entrevistas coletivas realizadas com 136 usuários.

Ressalte-se, que três Unidades de Saúde da Família foram reformadas recentemente (Jaderlândia, Cidade Nova e Promissão III).

Em contato mantido com o Secretário Municipal de Saúde, o gestor observou que a construção do novo prédio para o funcionamento da USF do Nagibão, que atualmente é alugado e se encontra em péssimas condições de conservação, estava em processo de licitação. Informou, ainda, a previsão de reforma da USF do Km 11. Segundo o Secretário, os projetos de reforma e construção dos prédios dessas Unidades apresentados inicialmente previam a construção de mais dependências, como sala de observação para os pacientes, todavia, face a escassez de recursos financeiros esses projetos tiveram que ser redimensionados.

A Equipe de AOP verificou que as equipes de saúde da família e os coordenadores de saúde não participam do processo de elaboração dos projetos de reforma e construção das Unidades de Saúde, somente recebem informações do projeto quando já estão aprovados e não podem mais ser alterados. Para a Equipe de Auditoria a participação dos profissionais de saúde na elaboração desses projetos arquitetônicos traria importantes contribuições para a adequação das instalações físicas ao processo de trabalho das equipes e ao fluxo de pessoas dentro e fora da Unidade, contribuindo para a melhoria no atendimento à população.

Constatou-se, ainda, que o Conselho Municipal de Saúde, não recebe previamente o projeto de construção ou reforma das USF, para discussão e aprovação, cabe ao Conselho fiscalizar a execução da obra.

Buscou-se saber, junto aos coordenadores de saúde, que fatores tem contribuído para a inadequação das instalações físicas das USF para atendimento da população. Entre os fatores apontados está a falta de recursos destinados a melhoria das instalações físicas das USF's e a não priorização da atenção básica como política de saúde municipal.

Em vista do exposto, observa-se que o provimento deficitário de infraestrutura às USF's ainda é um problema a ser resolvido pelo Município, vez que não proporciona aos usuários e profissionais um ambiente acolhedor e adequado para o desenvolvimentos das ações de saúde das equipes saúde da família, prejudicando o atendimento à população em consonância com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

Tendo em conta o quadro descrito, propõe-se recomendar a SEMS:

R20) Elabore plano de reforma e ampliação das USF's, adequando a estrutura física de acordo com as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde no Manual de Estrutura Física das UBS/Saúde da Família.

R21) Garanta a participação das equipes de saúde da família, coordenadores de saúde e Conselho Municipal de Saúde na elaboração dos projetos arquitetônicos de reforma, ampliação e construção de novas USF's.

Com essas recomendações espera-se melhorar o ambiente de atendimento ao usuário, de maneira a contribuir, por consequência, para a consolidação do vínculo de co-responsabilidade entre a equipe de saúde da família e o usuário.

4.2. Indisponibilidade e Insuficiência de Materiais, Insumos e Equipamentos para Atendimento aos Usuários

A Equipe de AOP constatou, pelas informações fornecidas pelos médicos e enfermeiros das eSF's nos questionários aplicados e nas visitas realizadas às USF's, a indisponibilidade, insuficiência e inadequação de vários materiais, insumos e equipamentos, prejudicando o desenvolvimento das atividades das equipes de saúde junto à população.

As tabelas 39 e 40 contém resumo do levantamento efetuado acerca da disponibilidade e condições de uso de alguns equipamentos nas 10 unidades de saúde visitadas:

Tabela 39
Disponibilidade de Equipamentos nas 10 USF's

Equipamentos	Disponibilidade
Balança de adulto	10 USF
Balança infantil	10 USF
Espéculos ginecológicos	10 USF
Estetoscópio	10 USF
Foco de luz	10 USF
Geladeira exclusiva p/ vacinas	10 USF
Geladeira para uso comum	10 USF
Tensiómetro/Esfigmomanômetro	10 USF
Mesa ginecológica	09 USF
Glicosímetro	09 USF
Material para retirada de pontos	09 USF
Material para pequenas cirurgias	05 USF
Otoscópio	08 USF
Termômetro	08 USF
Negatoscópio	07 USF
Aparelho de aerosol /Nebulizador / Espaçador	06 USF
Régua antropométrica	04 USF
Estetoscópio de Pinar	04 USF
Banqueta giratória ou mocho	04 USF

Fonte: Dados obtidos nos questionários aplicados aos enfermeiros responsáveis pelas USF's e por meio da verificação *in loco* nas USF's realizadas pela equipe de AOP.

Tabela 40
Condições de Uso dos Equipamentos utilizados nas USF's

EQUIPAMENTOS	COM DEFEITO/ESTADO PRECÁRIO
Nebulizador/aparelho de aerossol	Os nebulizadores das USF's do Nagibão e Promissão II estavam com defeito, foi solicitado o conserto, que até a visita da Equipe de AOP não havia sido providenciado; na USF do Km 11 há necessidade de uma máscara de nebulização.
Balança Antropométrica	As balanças das USF's do Nagibão, Jardim Atlântico e Camboatã apresentavam problemas e o conserto não havia sido providenciado; nas USF's do Uraim II, Km 11 e Nagibão as balanças não se encontravam em boas condições de uso.
Esfigmomanômetro (aparelhos de pressão) e estetoscópio	A USF do Camboatã possui três esfigmomanômetros, um deles estava com defeito, foi solicitado o conserto, a Secretaria de Saúde substituiu o equipamento, mas não enviou o estetoscópio; a USF do Jardim Atlântico tem dois aparelhos de pressão e um estava com defeito; o aparelho do Uraim II não apresentava boas condições de uso.
Glicosímetro	A USF da Promissão III não possui glicosímetro; nas USF's de Jaderlândia e Nagibão o glicosímetro estavam com defeito, foram encaminhados para manutenção e ainda não haviam retornado; na USF do Camboatã o glicosímetro estava sem bateria há 1 mês; nas USF's de Bela Vista, Cidade Nova e Promissão II o equipamento estava sem a fita.

Fonte: Dados obtidos nos questionários aplicados aos enfermeiros responsáveis pelas USF's e por meio da verificação *in loco* nas USF's realizadas pela equipe de AOP.

Quanto aos equipamentos e materiais odontológicos, os odontólogos que compõem as 8 equipes de saúde bucal consultados por intermédio de questionário apontaram a inexistência e inadequação de alguns equipamentos e materiais, conforme demonstrado na Tabela abaixo:

Tabela 41
Disponibilidade e Condições de Uso dos Equipamentos e Materiais Odontológicos Utilizados nas USF's

EQUIPAMENTOS	INEXISTENTE	INADEQUADOS
Cadeira Odontológica	---	USF Nagibão
Equipo odontológico com pontas	---	USF Nagibão
Refletor	---	USF Nagibão
Unidade auxiliar	---	USF's Cidade Nova e Nagibão
Compressor com válvula de segurança	---	USF Nagibão
Filtro para cadeira	USF Jardim Atlântico	USF Nagibão
Mochos	---	USF Nagibão
Aparelho de ultra-som com jato de bicabornato	USF's Cidade Nova, Jardim Atlântico, Promissão II, Nagibão, Km 11 e Jaderlândia	---
Negatoscópio	USF's Bela Vista, Cidade Nova, Jardim Atlântico, Nagibão, Km 11 e Jaderlândia	---
Aparelho de RX odontológico (não obrigatório)	Todas as USF's não possuem o equipamento	---
Autoclave ou Estufa (ou uso de equipamento compartilhado pela ESF)	USF's Cidade Nova, Jardim Atlântico, Promissão II, Nagibão, Km 11 e Bela Vista	USF de Jaderlândia
Câmara escura (caso tenha aparelho de RX)	Todas as USF's não possuem o equipamento, com exceção da Unidade de Saúde do Centro	---
Instrumentais clínicos (espátula, espátula de resina composta, colher de dentina, explorador ou sonda clínica, espelho, condensador de amálgama, drunido, aplicador de hidróxido de cálcio, etc...)	USF's Km 11 e Jaderlândia	---
Instrumentais cirúrgicos (fio de sutura, extratores, bisturi, etc)	USF's Km 11 e Jaderlândia	---

Fonte: Dados obtidos nos questionários aplicados aos odontólogos que compõem as eSF's e por meio da verificação *in loco* nas USF's realizadas pela equipe de AOP.

Há que se ressaltar que a Equipe de AOP, em visita realizada na Unidade do Nagibão, constatou as péssimas condições dos equipamentos odontológicos, principalmente da cadeira que esta rasgada e enferrujada e os demais aparelhos são muito antigos.

De acordo com 75% dos 8 enfermeiros consultados pela Equipe de AOP a manutenção de equipamentos, incluindo os gabinetes odontológicos, somente é realizada quando há solicitação da USF, a manutenção periódica é realizada somente nos aparelhos de ar condicionado. Pelo relato dos enfermeiros, a demora na substituição dos equipamentos que estão em manutenção ou a sua reposição, traz prejuízos ao atendimento da população.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde a manutenção dos equipamentos médicos e hospitalares é realizada em Belém, capital do Estado, distante cerca de 350 km do município, o que dificulta um atendimento mais célere às solicitações de conserto pelas Unidades de Saúde do município.

No que concerne aos instrumentos cirúrgicos utilizados para realização de curativos, verificou-se, pelo relato dos técnicos de enfermagem que trabalham nas Unidades de Saúde da Família, o seguinte: na USF de Jaderlândia os instrumentais são suficientes para realizar pequenos atendimentos, todavia, não estão em boas condições; na USF do Jardim Atlântico falta pinça atômica; nas USF's do Km 11, Uraim II e Promissão III não há falta de material, entretanto, os instrumentais cirúrgicos existentes nas Unidades são suficientes apenas para atender um usuário de cada vez, caso mais de um paciente necessite de atendimento, será preciso aguardar o término da esterilização dos instrumentais, que leva cerca de duas horas, ou encaminhá-lo a outra Unidade, ou ainda, caso o enfermeiro necessite fazer curativo no domicílio do paciente a Unidade não poderá realizar atendimento, vez que o enfermeiro estará utilizando o instrumental no atendimento domiciliar.

No que tange aos móveis, como armários com vitrines, mesas de escritório, cadeiras, mesas para exames e ginecológicas, banquetas giratórias ou mochos, foco de luz, entre outros, a Equipe de AOP constatou que em 80% das 10 USF's (Km 11, Jaderlândia, Bela Vista, Jardim Atlântico, Promissão II, Promissão III, Nagibão e Uraim II) não se encontram em boas condições de uso, os móveis de ferro estão com a pintura descascada e apresentam sinais de ferrugem, os armários vitrine encontram-se sem o vidro ou com o vidro quebrado, na USF do Km 11 a mesa ginecológica não tem suporte para as pernas.

Figura 8
Móveis - USF Km 11



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 28/09/09

Figura 7
Sala de Curativo - USF Km 11



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 28/09/09

Figura 9
Móveis - USF Jardim Atlântico



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 01/09/09

Quanto ao abastecimento de materiais/insumos de saúde, foram referenciados pelos 8 enfermeiros responsáveis pelas USF's, consultados por meio de questionários, a insuficiência no abastecimento de alguns materiais e insumos, a saber:

Tabela 42
Abastecimento de Materiais e Insumos de Saúde nas USF's

Materiais / insumos	USF Insuficiente	%
Gaze	3	37,50%
Algodão	2	25,00%
Soro fisiológico	4	50,00%
Espadrado	3	37,50%
Luvras de procedimentos	4	50,00%
Fichas de Cadastro Familiar (SIAB)	3	37,50%
Bloco de receituário	4	50,00%
Folhas de prontuário	8	100,00%

Fonte: Dados extraídos dos questionários aplicados aos enfermeiros das eSF's

O técnico de enfermagem responsável pela sala de curativo nas USF do Nagibão relatou que o atendimento já foi suspenso por várias vezes, por falta de materiais para curativos como luvas, pomada cicatrizante e soro fisiológico, relatou, ainda, a falta, de lençol para maca, toalha e campo não fenestrado. Na USF do Uraim II, o atendimento foi suspenso por três dias por falta de soro fisiológico, segundo informado pelo técnico de enfermagem.

A falta de luvas também foi apontada pelo técnico de higiene bucal como causa para suspensão de atendimento odontológico na USF do Camboatã durante duas semanas no mês de julho de 2009.

Nas entrevistas individuais e coletivas realizadas com 136 usuários, 6 usuários relataram a falta de insumos para realização de curativos. Um usuário disse que procurou a USF da Promissão II para fazer curativo e não foi atendido porque a estufa estava com defeito e foi encaminhado para o hospital e outro usuário relatou que faltou esparadrapo e seringa. Na USF do Nagibão a filha de um beneficiário fez curativo sem pomada, só fez limpeza com iodo. Um usuário sofreu furada de prego e procurou a USF do Jardim Bela Vista e não foi atendida porque não havia anestesia para fazer a limpeza do ferimento, a paciente foi encaminhada ao hospital municipal. Outro beneficiário relatou que procurou a USF do Km 11 para fazer curativo de corte de cirurgia e não havia gaze na Unidade, outra usuária reclamou que não havia esparadrapo.

Constata-se, assim, o atendimento no hospital municipal de usuários que poderiam ter seu problema de saúde resolvido pela USF.

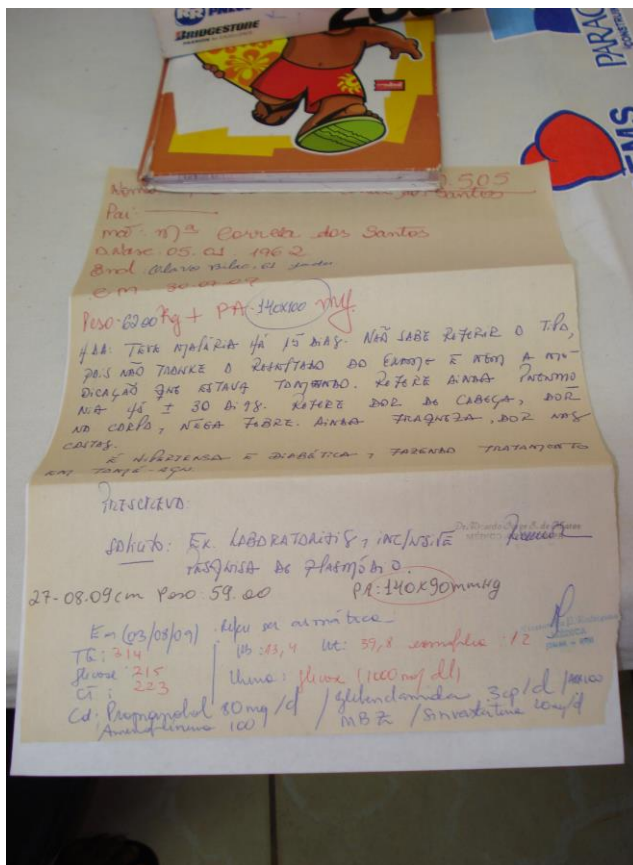
Nas visitas realizadas pela Equipe de AOP as USF foi verificado a indisponibilidade de formulários impressos, como blocos de receituário, folhas de prontuário e cartão de vacinas. Para suprir a falta dos blocos de receituário e folhas de prontuário são providenciadas cópias xerográficas ou são utilizadas folhas de papel em branco no atendimento ao usuário, no caso das carteiras de vacinação os técnicos de enfermagem de algumas Unidades confeccionam as carteiras.

Figura 10
Carteiras de Vacinação Confeccionada na USF Jaderlândia



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 27/08/09

Figura 11
Prontuário Utilizado na USF Jaderlândia



Fonte: Foto Equipe de Auditoria em 27/08/09

O abastecimento de medicamentos, insumos de saúde como algodão, esparadrapo, gaze, fitas de glicosímetro, entre outros, e materiais de limpeza e higienização das USF's é de responsabilidade da Central de Abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde, que responsabiliza-se, também, desde outubro de 2009, pelo abastecimento de materiais gráficos.

Cabe ressaltar, que a Central de Abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde, desde 2008, está passando por um processo de reestruturação, resultado de determinações feitas por este Tribunal, após inspeção *in loco* realizada pelo Auditor responsável pela análise das contas de Paragominas, que detectou, entre outros problemas: o controle ineficiente na entrada e saída de medicamentos e insumos da Central de Abastecimento para as USF's; a falta de procedimentos estruturados que permitisse registrar as quantidades de medicamentos entregues, data da entrega, entre outras informações, nas USF's; e as condições inadequadas de acondicionamento dos medicamentos e insumos na Central e nas farmácias das USF's.

Em 2009 foram realizadas alterações importantes na Central de Abastecimento, como: readequação das instalações físicas da Central e das farmácias das USF's; reestruturação da equipe de servidores da Central; a gerência das farmácias das USF's passou a ser de responsabilidade da Central de Abastecimento; aquisição de computadores para as farmácias das Unidades de Saúde; implantação de um sistema informatizado de controle de medicamentos; criação de instrumentos de controle da entrega de medicamentos aos usuários; e lotação de um agente administrativo para controlar o pedido e a destinação de medicamentos e insumos de saúde aos usuários e às USF's.

A solicitação de medicamentos e insumos para o abastecimento das USF's é feita pelo auxiliar administrativo lotado na farmácia de cada Unidade, com base em um estoque máximo obrigatório estabelecido pela Central de Abastecimento, no qual, para sua definição, não são observados dados como o consumo histórico e/ou consumo médio de cada Unidade e a programação das ações de saúde a serem desenvolvidas nas USF's, que podem demandar um consumo maior dos materiais em questão. Segundo informado pela Central o agente administrativo elabora a lista mensal de pedido de medicamentos e insumos, repassa para o enfermeiro responsável pela USF, que pode alterar a relação preparada pelo agente. A Central poderá reduzir o quantitativo de medicamentos, insumos e materiais gráficos solicitados pelas USF's quando a quantidade solicitada ultrapassar o estoque máximo que a farmácia de cada USF deve guardar.

A Central de Abastecimento informou que a falta de insumos de saúde, como gaze, esparadrapo, soro fisiológico, entre outros, deveu-se a um equívoco no pedido realizado pelas USF's, haja vista que as solicitações consideravam apenas o material referente aos atendimentos realizados nas Unidades, sem contar com os insumos utilizados nos procedimentos efetuados no domicílio dos usuários.

Para a Central de Abastecimento, a falta de experiência dos agentes administrativos lotados recentemente nas farmácias das USF's na definição do quantitativo adequado de medicamentos e insumos a serem solicitado à Central, também contribuiu para a falta ocasional desses materiais nas USF's, que é contornada pela realização de um pedido extra de medicamentos e insumos pelas Unidades.

Quanto aos materiais gráficos a Central de Abastecimento informou que foi realizada licitação para aquisição desses materiais em 03/03/2010. No período que antecedeu a realização foi feita uma compra direta para suprir a falta de material gráfico, baseada no histórico do consumo levantado pelo Departamento de Atenção Básica, que não foi suficiente para atender a demanda, razão pela qual a Secretaria Municipal de Saúde passou a tirar cópia dos formulários.

Em relação ao fornecimento de fitas de glicosímetro, os enfermeiros responsáveis pelas USF's informaram que a quantidade de fitas enviada às Unidades não são suficientes para o atendimento, são feitas as solicitações para a Central de Abastecimento e o pedido demora a ser atendido. A impossibilidade de utilização do glicosímetro impede a realização da medição dos níveis de glicose na própria Unidade, dificultando o controle do diabetes.

Segundo a Central de Abastecimento, foram adquiridos em janeiro de 2009, aproximadamente, 10.000 unidades de fita de glicosímetro para serem distribuídos para as USF's, que se encontravam estocados na Central, todavia, as Unidades não vinham solicitando o envio dessas fitas, todas as Unidades que fizeram o pedido foram atendidas.

A equipe de AOP nas visitas de estudo realizadas nas USF's, solicitou aos agentes administrativos das farmácias e aos enfermeiros das USF's os formulários de pedidos de medicamentos, insumos e materiais gráficos emitidos no exercício de 2009, onde constasse a quantidade solicitada pela USF e a quantidade entregue pela Central de Abastecimento. A equipe de Auditoria foi informada que as USF's não arquivavam esses formulários, vez que o pedido é elaborado em uma única via enviado à Central, que emite novo formulário, onde encontra-se especificado somente os medicamentos e insumos disponibilizados às USF's.

Foi solicitado à Central de Abastecimento, a apresentação desses formulários, referentes ao exercício de 2008 e 2009. Foram entregues à equipe de Auditoria cópias de formulários de pedido e entrega de medicamentos e insumos de saúde das USF's de Promissão II, Cidade Nova, Bela Vista, Jaderlândia, Uraim II e Jardim Atlântico, relativos aos meses de janeiro, abril e agosto de 2009. Quanto aos formulários relativos ao exercício de 2008, a Central informou que não havia como proceder a entrega de cópias, vez que os controles anteriores a 2009, arquivados e guardados em caixas de papelão no prédio da Central haviam sido deteriorados pela ação da chuva. Com base nos documentos fornecidos, a equipe de Auditoria detectou:

- a) Todas as solicitações de fitas de glicosímetro efetuadas pela USF's não foram atendidas pela Central de Abastecimento, conforme Tabela abaixo:

Tabela 43
Pedidos de Fitas de Glicosímetro Efetuados pelas USF's em 2009

USF	Data do Pedido	Quantidade Solicitada pela USF
Promissão II	04/08/09	50 Unid.
	25/08/09	50 Unid.
Cidade Nova	03/08/09	1 Cx
Jardim Atlântico	29/04/09	1 Cx
	25/08/09	50 Unid.

Fonte: Dados fornecidos pela Central de Abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde

- b) Todos os pedidos de compressas de gaze, algodão e esparadrapo foram atendidas pela Central nas quantidades solicitadas pelas USF's
- c) Os pedidos de abastecimento de luvas de procedimento não foram atendidas em sua totalidade pela Central, de acordo com visualização na Tabela abaixo:

Tabela 44
Solicitação de Luvas de Procedimentos pelas USF's

USF	Data do Pedido	Luva de Procedimento "P" (Cx 100 Unid)		Luva de Procedimento "M" (Cx 100 Unid)		Luva de Procedimento "G" (Cx 100 Unid)	
		Quantidade Solicitada	Quantidade Enviada	Quantidade Solicitada	Quantidade Enviada	Quantidade Solicitada	Quantidade Enviada
Promissão II	29/04/09	2	---	4	4	---	---
	04/08/09	8	---	8	---	---	8
	25/08/09	---	---	8	---	---	---
Cidade Nova	03/08/09	---	---	8	---	---	5
	25/08/09	---	---	6	---	---	5
Bela Vista	28/04/09	1	---	4	2	2	2
Jaderlândia	04/08/09	2	2	12	---	10	10
	25/08/09	3	---	---	---	---	3
Uraim II	05/08/09	2	2	2	---	---	---
Jardim Atlântico	29/04/09	---	---	8	8	---	---
	03/08/09	---	---	10	---	---	5
	25/08/09	2	2	10	---	---	5

Fonte: Dados fornecidos pela Central de Abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde

- d) Quanto ao fornecimento de soro fisiológico, a maioria das solicitações efetuadas pelas USF's foram atendidas pela Central, com exceção dos pedidos realizados pelas USF's da Promissão II e Jardim Atlântico referentes aos meses de abril e agosto de 2009, visualizados na Tabela abaixo:

Tabela 45
Pedidos de Soro Fisiológico Realizadas pelas USF's

USF	Data do Pedido	Soro Fisiológico 250 ml - Cx		Soro Fisiológico 500 ml - Cx		Soro Fisiológico 1000 ml - Cx	
		Quantidade Solicitada	Quantidade Enviada	Quantidade Solicitada	Quantidade Enviada	Quantidade Solicitada	Quantidade Enviada
Promissão II	29/04/09	5	---	8	---	8	---
	04/08/09	---	---	---	8	---	---
	25/08/09	---	---	10	---	---	---
Jardim Atlântico	29/04/09	---	---	24	---	---	---

Fonte: Dados fornecidos pela Central de Abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde

Diante do exposto acima, verifica-se que, não obstante todos os avanços obtidos com a reestruturação da Central de Abastecimento, há fragilidades nos mecanismos de programação, aquisição, solicitação, distribuição e controle de medicamentos, insumos de saúde e materiais gráficos.

Primeiramente, cabe referir que os procedimentos licitatórios para aquisição de medicamentos, insumos de saúde e materiais gráficos devem ser realizados com antecedência suficiente para que não haja a descontinuidade do abastecimento desses materiais nas USF's, como ocorrido com os materiais gráficos.

Segundo, para a definição dos quantitativos a serem distribuídos para as Unidades devem ser levados em conta critérios como: consumo histórico e/ou consumo médio de cada Unidade e a programação das ações de saúde a serem desenvolvidas nas USF's.

Há que se referir, ainda, que apesar de haver registro pelo agente administrativo responsável pela farmácia do consumo diário de medicamentos e de insumos de saúde, não há a elaboração de relatórios informando o consumo mensal e anual de medicamentos e insumos de saúde de cada USF, que possa subsidiar a definição tanto da quantidade adequada a ser adquirida pela Central de Abastecimento quanto quantidade a ser distribuída a cada USF.

Cabe menção, que o uso de um sistema de informações eficiente, garantirá a regularidade no abastecimento de medicamentos, insumos e materiais gráficos de acordo com a demanda e programação das atividades pelas USF's.

À vista do exposto, recomenda-se a Secretaria Municipal de Saúde:

- R22) Elabore um plano de trabalho para aquisição de equipamentos médicos, odontológicos e hospitalares, móveis e utensílios para as USF's, necessários ao desenvolvimento das ações de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família.
- R23) Realizar vistoria periódica nos equipamentos médicos, odontológicos e hospitalares das USF, bem como dos móveis e utensílios, com o objetivo de aferir as suas condições de uso e proceder a manutenção ou reposição quando necessário.
- R24) Plano de trabalho para manutenção periódica de equipamentos, inclusive os gabinetes odontológicos, materiais, móveis e utensílios que possam ser realizados no próprio município ou em municípios mais próximos.
- R25) Adote sistema de abastecimento de medicamentos, insumos de saúde e materiais gráficos às USF, baseado no histórico de consumo das USF e na programação das ações de saúde a serem realizadas pelas equipes de saúde da família.
- R26) Melhorar a articulação e comunicação entre as Unidades de Saúde da Família e Central de Medicamentos de modo que seja de conhecimento da equipe da família e coordenadores de saúde todos os medicamentos e insumos disponíveis na Central de Medicamentos.

A Equipe de Auditoria, espera que, com a adoção dessas recomendações, haja melhoria no atendimento ao usuário, que busca a Unidade de Saúde para ter seus problemas de saúde resolvidos.

5. SISTEMÁTICA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde são ferramentas importantes para orientar os gestores na gerência do Sistema Único de Saúde, em especial na Atenção Básica, haja vista que contribuem para o aperfeiçoamento permanente da gestão e, para um melhor aproveitamento das oportunidades e superação de desafios que se apresentam, resultando na melhoria qualitativa e quantitativa da assistência à saúde, maior resolutividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prestação de ações e serviços de saúde mais humanizados.

No âmbito do SUS, com a ampliação da responsabilização do Estado em relação às ações e serviços de saúde por meio da universalização do direito do cidadão e da integralidade da atenção à saúde, estabelecida pela Constituição Federal, cada esfera de governo deve se valer do planejamento para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna o processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS, que devem adotar estratégias capazes de promover máxima eficiência ao processo de gestão.

Deve-se planejar ações integradas, que visem tanto a solução dos problemas e necessidades de saúde de cada realidade e de cada população, abrangendo tanto ações de promoção e proteção da saúde quanto as de tratamento e reabilitação nos diferentes níveis de atenção, cuidando para que a atenção à saúde não se restrinja apenas à assistência aos doentes, mas também, e prioritariamente, ações junto aos fatores de risco que afetam a saúde de cada população. É realizando o planejamento que o gestor equaciona e prioriza os problemas a serem enfrentados, define as atividades a serem realizadas para mitigar os problemas que se comprometeu a resolver, assim como faz a previsão dos recursos existentes e necessários para atendimento das necessidades de saúde da população.

O monitoramento e a avaliação são ferramentas de gestão cuja finalidade é apoiar a tomada de decisão pelos gestores a partir da identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos. Na atenção básica, os processos de monitoramento e avaliação devem contemplar componentes da estrutura, processo e resultados das ações e serviços prestados a população, a partir da utilização sistemática dos sistemas de informações em saúde ou de outros instrumentos de avaliação desenvolvidos especialmente com esse fim.

De acordo com avaliações realizadas pelo Ministério da Saúde, constatou-se que a gerência das ações de saúde pública, principalmente nos municípios, tem sido prejudicada pela falta de planejamento sistemático com a definição clara das políticas de saúde, objetivos e metas, e pela ausência de mecanismos efetivos de acompanhamento, avaliação e controle. Como consequência, verifica-se que há pouca correspondência entre planos e ações e falta de políticas integradas, o que que poderá acarretar a ineficácia das ações e desperdício dos recursos alocados.

Em vista desses riscos, a Equipe de AOP buscou verificar de que forma a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo o processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de públicos de saúde no sentido de auxiliar à gestão da Estratégia de Saúde da Família no município.

Face aos critérios definidos pela Auditoria, a equipe da AOP verificou os seguintes aspectos: a) a participação dos coordenadores da atenção básica no processo de elaboração do PPA, LDO, LOA, Plano de Saúde, Programação Anual e Pactos de Saúde¹⁸; b) existência de

¹⁸Segundo informações do Ministério da Saúde, o Pacto de Saúde “é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios,

planejamento integrado das políticas públicas de saúde voltadas para a ESF dispostos nos instrumentos de planejamento; c) sistemática de avaliação do cumprimento das metas previstas nos planos municipais e pactos de saúde; d) planejamento das ações de saúde a serem executadas pelas equipes de saúde da família; e) existência de mecanismos de supervisão e monitoramento das ações de saúde realizadas pelas eSF; e f) realização de reuniões com as eSF para avaliação dos resultados alcançados e levantamento dos problemas que dificultaram o alcance das metas previstas.

Foram utilizados como procedimentos de coleta de dados: exame da legislação pertinente, dos planos e orçamentos municipais e de registros administrativos oficiais; entrevista com o gestor e coordenadores de saúde e observação direta realizada nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde.

Na pesquisa documental foram consultados: Plano Plurianual 2006/2009 e Plano Plurianual 2010/2013; Plano Municipal de Saúde 2005/2008 e Plano Municipal de Saúde 2009/2012; Constituição Federal/88; Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde); Portarias nº. 648/2006/MS, que instituiu a Política Nacional da Atenção Básica; Portaria nº 399/2006/MS que divulgou o Pacto pela Saúde 2006; Portaria nº 699/2006/MS, regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão; Portaria nº 3.085/2006/MS, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS; Portaria nº 3.332/2006/MS, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS; Portaria nº 1.229/2007/MS, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS; Resolução CIB nº 11/2009, que aprovou o Plano Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde; Decreto Estadual nº 1.577/09; Portaria da Secretaria de Estado da Saúde nº 321/2009, que define os critérios de adesão e operacionalização do Plano Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.

5.1. Fragilidades no Planejamento Integrado das Políticas Públicas de Saúde

O processo de planejamento no Sistema Único de Saúde - SUS, seja no tocante a sua regulamentação específica, seja quanto à estruturação dos planos de saúde ou dos compromissos firmados entre os dirigentes da saúde, sob a forma de pactos, definindo atribuições e responsabilidades, requer a observação das normas constitucionais e legais a respeito do planejamento público.

O primeiro passo para a regulamentação do planejamento da saúde é a observância da Constituição Federal, que reza sobre a obrigatoriedade da elaboração de leis, que disponham sobre o plano plurianual (PPA), diretrizes orçamentárias (LDO) e os orçamentos anuais (LOA). O Plano Plurianual (PPA), regido pelo art. 165, inciso I da Constituição Federal e normas complementares, é o instrumento normativo para que os entes municipais materializem o planejamento de seus programas e ações governamentais. Desse modo, todo o planejamento da saúde e os instrumentos resultantes do seu processo, como consequência, deverão manter uniformidade com o previsto no PPA no tocante as suas metas, planos e programas.

No que concerne à legislação específica da área da saúde, verifica-se que grande parte do arcabouço legal do SUS tem como objeto o planejamento e os instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria.

Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação”. O Pacto de Saúde é composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, no qual são estabelecidas responsabilidades relativamente à descentralização das ações de saúde, regionalização, fontes de financiamento, planejamento, regulação dos serviços, controle social, política de recursos humanos e educação permanente.

Destacam-se, inicialmente, as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A Lei nº 8.080/90 dispõe que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União, que deverão ser a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária, sendo vetada transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. A Lei nº 8.142/90, fixa como um dos requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde pelos municípios, estados e o Distrito Federal a existência de plano de saúde e relatório de gestão, que permitam o acompanhamento da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada.

O Ministério da Saúde, como resultado de pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), vem construindo todo um arcabouço normativo no sentido de desenvolver a cultura de planejamento para a gestão, buscando, com isso, a mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais que atuam na saúde pública, com o objetivo de aperfeiçoar a gestão nas três esferas do SUS e conferir direcionalidade às ações e serviços de saúde necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Tal Sistema, divulgado pela Portaria nº 399/2006, integra o Pacto pela Saúde, estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal e tem como objetivo buscar, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promover a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. A organização e a implementação do PlanejaSUS, constam de Portarias do Ministério da Saúde, pactuadas na CIT, a saber: Portaria nº 3.085/2006, que regulamenta esse Sistema; Portaria nº 3.332/2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS; Portaria nº 1.229/2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS. Registrem-se ainda as Portarias: nº 376/2007, nº 1.510/2007 e nº 1.885/2008, que instituíram incentivos financeiros para o PlanejaSUS.

O Sistema instituiu como base para o seu funcionamento a formulação e/ou revisão periódica do **Plano de Saúde** e as respectivas **Programações Anuais de Saúde** e os **Relatórios Anuais de Gestão**, instituídos como instrumentos inerentes a todo processo de planejamento em saúde nas três esferas de gestão, que deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos. A formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por consequência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população.

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. A sua elaboração deve ser coordenada pela área de planejamento do SUS, no caso de não existir, por uma equipe designada para realizar essa tarefa.

A Programação Anual de Saúde é definida como o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos definidos no Plano, por meio do estabelecimento de metas anuais e definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação. O horizonte

temporal da Programação coincide com o período orçamentário, pelo que as bases para sua elaboração são a LDO e a LOA. A elaboração da Programação deve ser coordenada pela área de planejamento ou por uma equipe designada para tal.

Os resultados e ações oriundos da Programação Anual de Saúde devem compor o Relatório Anual de Gestão, que é o instrumento que apresenta: o resultado da apuração do cumprimento do conjunto das ações e metas contido na Programação Anual, a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira) e as recomendações (exemplo: revisão dos indicadores, reprogramação), assim como deve indicar os eventuais redirecionamentos e ajustes que se fizerem necessários no Plano de Saúde e os rumos para a programação do ano seguinte.

Citada Portaria dispõe, ainda, que ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é fundamental a realização de sua avaliação, a ser expressa em documento que retrate os resultados efetivamente alcançados, capaz de subsidiar a elaboração do novo Plano. Saliente-se que os Relatórios de Gestão são insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde quando termina o seu período de vigência, servindo como um excelente subsídio para a elaboração do novo Plano de Saúde. Essa avaliação, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

Face ao exposto, a Equipe de AOP, a partir da análise dos instrumentos de planejamento municipal, pactos de saúde e de registros administrativos, bem como por meio de informações obtidas em entrevistas realizadas com o gestor e coordenadores de saúde, constatou deficiências no processo de planejamento das ações de saúde de previstas no PPA, Plano de Saúde e Pactos de Saúde.

Primeiramente, a análise do Plano Plurianual do quadriênio 2010-2013, Lei nº 614/2009, evidenciou que essa peça orçamentária foi elaborada de forma inadequada para servir como instrumento de planejamento, por ter se apresentado de forma genérica. No caso específico da saúde as ações a serem implementadas e metas a serem alcançadas para todos os níveis de atenção à saúde no quadriênio foram englobadas em um único programa denominado “Saúde para Todos”, cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, envolvendo ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. No programa em questão não há o estabelecimento de metas financeiras por ação e metas físicas anuais e de indicadores de desempenho, necessários para monitorar as ações do Governo e, dessa forma, permitir a avaliação dos resultados obtidos. Além disso, não há como se identificar dentro das ações do programa àquelas referentes à projetos, atividades e operações especiais.

Evidenciou-se, que há entre os instrumentos de planejamento divergências no que pertine às metas de expansão da Estratégia Saúde da Família. O PPA 2010/2013 não prevê a expansão de equipes de saúde da família no quadriênio, o programa Saúde para Todos traz apenas a ação operacionalização das ações das 10 equipes de saúde da família existentes no município, não há, portanto, plano estratégico para a reformulação do modelo assistencial por meio da implantação de novas equipes, qualificação e consolidação da estratégia.

No Plano de Saúde para o período de 2009/2012, há a previsão da expansão de equipes de saúde da família, vez que consta como meta a adequação do número de equipes à população cadastrada (2009/2012). Nesse sentido, para atingir a meta em análise, deveriam ser implantadas no município mais 6 equipes de saúde da família, perfazendo um total de 16 equipes para atender a população já cadastrada nas USF's, que é de aproximadamente 73.000 pessoas, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

A expansão do número de equipes de saúde da família também consta do Termo de Compromisso de Gestão assinado com o Governo do Estado referente à adesão ao Plano Estadual

de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária, autorizado pelo Conselho Municipal de Saúde em abril de 2009 (Resolução CMS-PAG nº 009/2009), cuja meta é aumentar o número de equipes de saúde da família de 10 para 14 e de saúde bucal de 8 para 12 até o final de 2011, conforme observado nos documentos fornecidos pelo Conselho à equipe de AOP.

Registre-se, ainda, que entre as metas pactuadas pelo município nos pactos de saúde referentes aos exercícios de 2009 e 2010, não consta o aumento da proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, resultante de sua expansão.

Verifica-se, portanto, que na elaboração do PPA 2010/2013 as metas constantes no Plano de Saúde e no Termo de Compromisso de Gestão não foram consideradas, não obstante, o PPA ter sido elaborado quando o Plano Municipal de Saúde já estava em implementação e o Termo de Compromisso de Gestão já encontrar-se em processo de assinatura com o Governo do Estado.

Cumpre-nos ressaltar que em conformidade com as orientações do PlanejaSUS, os responsáveis pela elaboração do Plano de Saúde para um novo período (área de planejamento ou equipe designada) devem reunir e analisar alguns insumos indispensáveis, tais como o PPA, os relatórios das Conferências de Saúde (respectiva e, se disponível, estadual e nacional), os relatórios de avaliação do Plano vigente, os Relatórios Anuais de Gestão disponíveis e o Termo de Compromisso de Gestão, para subsidiar a proposição das diretrizes, ações e metas a serem dispostas no novo plano. De igual modo, a definição das políticas de saúde a serem alocadas no PPA devem ser orientadas pelas ações propostas no Plano Municipal de Saúde, garantindo que a compatibilidade das ações planejadas para o médio prazo efetivamente orientem o administrador ao longo de sua gestão.

De acordo com informações verbais obtidas na Secretaria de Administração e Finanças não há no município um setor específico para a realização do planejamento governamental, razão pela qual o PPA do quadriênio 2010/2013 foi elaborado pelo contador do município, assim como ocorre com a LDO e LOA. Importante ressaltar, que não há no Executivo Municipal setor/servidor responsável pelo controle da execução dos Planos Plurianuais e das Diretrizes Orçamentárias no Município e, tampouco, há emissão de relatório de avaliação dessas peças orçamentárias. Esta equipe constatou que na Lei 454/2004, que dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal, consta como parte da estrutura da Secretaria o Departamento de Planejamento e Controle Interno, que poderia desenvolver as atividades de planejamento a ser utilizado pela gestão municipal.

O Plano Municipal de Saúde 2009/2012, segundo relatos obtidos na Secretaria Municipal de Saúde foi elaborado pelo Secretário Municipal de Saúde, uma vez que a Secretaria não tem área de planejamento institucionalizada e com profissionais com papéis definidos. Indagado pela equipe de AOP acerca da elaboração do referido Plano o Secretário de Saúde informou que contou com a colaboração de assessoria externa, que após manter contato com os técnicos da Secretaria de Saúde e diversos departamentos da Prefeitura Municipal (finanças, administração, contabilidade, etc...) e analisar os dados do DATASUS, reorganizou o Plano Municipal de Saúde.

Questionado a respeito da Programação Anual de Saúde, o Secretário de Saúde relata que vem elaborando tal instrumento a partir de metas e propostas repassadas pelos coordenadores de saúde para o ano em curso e buscando contemplar as propostas de curtos e médio prazos das conferências de saúde, respeitando os princípios orçamentários. Cabe ressaltar, por oportuno, que o relato do Secretário não faz qualquer referência à concretização dos objetivos e metas definidos no Plano Municipal de Saúde.

A equipe de AOP constatou a inexistência de mecanismos de monitoramento e avaliação da implementação das ações e o alcance das metas propostas nos planos de saúde.

No que concerne ao relatório de gestão, verificou-se que vem sendo elaborado anualmente por servidores da Secretaria Municipal de Saúde lotados no setor de Auditoria do SUS e de Vigilância em Saúde. Analisando os Relatórios de Gestão relativos aos exercícios de 2007 e 2008, a equipe de AOP observou que sua estruturação não atende a todos os propósitos estabelecidos pelo PlanejaSUS, vez que, não obstante demonstrarem todos os serviços realizados e as ações implementadas pela Secretaria de Saúde, em todos os níveis de atenção e os recursos dispendidos na execução, não apresentam a apuração do cumprimento do conjunto das ações e metas contidos na Programação Anual de Saúde e pactos de saúde, com exceção de alguns programas como Imunização, Suplementação de Ferro e acompanhamento do Programa Bolsa Família, assim como não apontam a necessidade de eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

Segundo relato do Secretário Municipal de Saúde ao final do período de vigência do Plano de Saúde 2005/2008 não foi feita a sua avaliação de acordo com o que estabelece o PlanejaSUS, desta feita, não há relatório apresentando uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, o registro dos avanços obtidos e os obstáculos que dificultaram o alcance de algumas metas, entre elas destacam-se: a) aprimoramento da inserção dos profissionais da Atenção Básica nas USF, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação de profissionais e recomposição e ampliar as equipes; b) implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do pessoal da saúde; c) implementação do plano diretor de informática da Secretaria Municipal de Saúde; e d) implantação do processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

De acordo com o Secretário de Saúde, com o intuito de iniciar o processo de discussão e avaliação do Plano de Saúde do período 2009/2012, já está agendado um dia de trabalho para revisão, adequação e elaboração de proposições, metas e ações do Plano Municipal, a ser realizado no final de outubro de 2010, com a participação do Conselho Municipal de Saúde e de outros atores no evento.

Outro fato a ser verificado diz respeito a participação mais efetiva dos coordenadores de saúde e Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Conforme evidências obtidas nas entrevistas ficou claro que para a elaboração tanto do Plano Municipal de Saúde do período 2009/2012, quanto do PPA do quadriênio 2010/2013 não houve participação efetiva de todos os setores e servidores que atuam na saúde, os coordenadores de saúde informaram que desconhecem o conteúdo desses instrumentos, assim como não tem acesso a previsão de recursos a serem alocados nas ações a serem implementadas, o que, segundo eles, traz como consequência a dificuldade na elaboração do relatório de gestão por parte da Secretaria Municipal de Saúde. De acordo com o Secretário de Saúde, a participação dos coordenadores de saúde restringiu-se ao fornecimento de dados sobre a saúde, que foram inseridos dentro das propostas do Plano Municipal de Saúde.

Quanto à participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde verificou-se, por meio de entrevistas realizadas com os seus membros, que não há a participação da entidade em encontros/reuniões para a discussão das ações de saúde a serem contempladas no Plano, inclusive para garantir que as propostas oriundas das Conferências de Saúde realizadas pelo município façam parte do PMS, o Conselho somente toma conhecimento do seu conteúdo no momento de sua remessa para análise e aprovação. Cabe ressaltar, que o Conselho Municipal de Saúde, ao analisar o PMS não verifica a compatibilidade das ações que compõem o Plano Municipal de Saúde com o Plano Plurianual – PPA e pactos da saúde, assim como tem dificuldades para proceder a avaliação do relatório de gestão. Essas dificuldades, segundo os conselheiros, advêm da falta de capacitação de seus membros acerca dos procedimentos que devem ser adotados no processo de planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde.

Tais fatos podem acarretar enorme prejuízo na elaboração desses Planos, vez que, a participação das instituições, organizações e pessoas envolvidas nas causas, nas conseqüências, na execução e solução dos problemas que se quer resolver, contribuiria sobremaneira para a produção de Planos mais consistentes e legítimos, suportado num melhor embasamento das reais necessidades e carências existentes na saúde como um todo. Desse modo, as ações de saúde a serem alocadas tanto no PPA quanto no Plano Municipal de Saúde devem ser discutidas previamente com as áreas técnicas responsáveis pela execução dos planos, bem como com o setor financeiro, para verificação da viabilidade e exequibilidade técnica e financeira das propostas e para realização de correções, ampliações e aperfeiçoamentos que se fizerem necessários. Esse processo propiciaria, também, maior conhecimento das diretrizes, dos objetivos e metas constantes nos Planos aos que atuam direta ou indiretamente na saúde, tendo, como conseqüência, um maior engajamento por parte dos servidores quando da execução das ações da saúde. Mesmo procedimento deve ser adotado com relação a participação do Conselho Municipal de Saúde, no intuito de garantir o envolvimento e participação da comunidade, representada pelos diversos seguimentos que compõem a entidade.

Um dos fatores que concorrem para os problemas encontrados no processo de elaboração dos instrumentos de planejamento municipal e, mais especificamente, na área da saúde, perpassam pela inexistência de cultura de planejamento como estratégia de gestão, vez que o processo ainda está muito vinculado a elaboração de planos, programas, projetos, relatórios, para o cumprimento de questões legais e normativas, não se constituindo em um processo contínuo capaz de prover o gestor de mecanismos que permitam o alcance dos resultados buscados, tanto na melhoria das condições de vida da população, quanto da gestão em si, bem como na funcionalidade das pactuações e emprego estratégico de recursos.

Outras dificuldades estão relacionadas aos seguintes fatores: a inadequação de infraestrutura física e de equipamentos de informática; ausência de setor de planejamento, tanto na Secretaria Municipal de Administração e Finanças quanto na Secretaria Municipal de Saúde; inexistência de apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde na elaboração do Plano de Saúde e de técnicas de monitoramento e avaliação das ações de saúde; e carência de recursos humanos.

De acordo com o Secretário Municipal de Saúde já foram feitas algumas tentativas para implantar uma equipe de Planejamento na Secretaria de Saúde, inclusive com a utilização de técnicos de fora do Município, porém não obtiveram êxito. Recentemente, foram capacitados três técnicos em Planejamento e Avaliação, oferecido por uma das Escolas Técnicas do SUS – ETSUS pertencentes a rede de escolas técnicas do SUS, todavia, esses servidores não puderam compor uma equipe de planejamento, face a Secretaria de Saúde não dispor de recursos humanos capacitados para assumir as funções que tais servidores exercem atualmente.

Como consequência da falta de planejamento integrado das políticas públicas e da inexistência de uma sistemática de monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento, os coordenadores de área, nas entrevistas realizadas, afirmaram que vem ocorrendo a cultura do “apaga incêndio”, as ações de saúde são propostas sempre para solucionar problemas surgidos durante a gestão e não advém do processo de monitoramento e avaliação de suas ações. Segundo relato dos coordenadores de saúde, a realização da Auditoria Operacional no município propiciou a oportunidade aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde ter uma visão geral da gestão da atenção básica no município.

A equipe de AOP entende que a persistência dos fatos expostos acima acarretará a elaboração de políticas públicas de saúde que não se baseiam em diagnóstico situacional das condições de saúde da população a ser atendida, assim como da viabilidade e exequibilidade técnica, financeira e política da Secretaria Municipal de Saúde, afetando o cumprimento das metas estabelecidas nos respectivos instrumentos de planejamento.

No intuito de melhorar o processo de planejamento, monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços públicos de saúde no município de Paragominas, a equipe de AOP recomenda:

1) À Prefeitura Municipal:

- R27) Instituir um setor ou núcleo coordenador para elaborar, monitorar e avaliar as peças orçamentárias (PPA, LDO e LOA).
- R28) Instituir normas, procedimentos e rotinas sistematizadas de planejamento das peças orçamentárias, para que contenham a indicação de metas e prioridades, bem como os resultados esperados, de forma clara e objetiva, expressando, inclusive, os valores monetários a serem incorridos em cada exercício financeiro, além do estabelecimento de indicadores de desempenho que servirão para monitorar a ação governamental, bem como haja a devida compatibilização com planos, programas e compromissos assumidos pelas Secretarias de Governo.
- R29) Promover a capacitação dos servidores a serem lotados no setor/núcleo de planejamento das políticas governamentais.
- R30) Estabelecer sistemática de monitoramento e avaliação das peças orçamentárias, seja o PPA, a LDO ou LOA, visando à obtenção de informações para subsidiar decisões, bem como a identificação e a correção de problemas e, com isso, melhorar e agilizar o processo de gestão e o processo de divulgação da gestão realizada.

2) À Secretaria Municipal de Saúde:

- R31) Criar normas, procedimentos e rotinas sistematizadas para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para que se possa, nesse processo, efetivamente identificar problemas e prioridades de intervenção para implementar soluções; identificar os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória; estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas; identificar os responsáveis pela execução; definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.
- R32) Garantir a participação de todos os coordenadores de saúde e Conselho Municipal de Saúde no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde.
- R33) Elaborar de forma sistematizada a Programação Anual de Saúde, tendo como base a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde, contendo as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano, assim como sejam apresentados os indicadores para o seu monitoramento. Definir os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer para o alcance dos objetivos.
- R34) Criar sistemática de monitoramento e avaliação do PMS e das ações de saúde em todos os níveis de atenção, que contemple entre outros aspectos, os principais resultados alcançados, o cumprimento das metas dispostas nos planos e pactos de saúde, a satisfação do beneficiário, a compatibilidade do fluxo de recursos com a programação financeira, a adequação dos recursos humanos e materiais e as restrições que interferiram no desempenho, tendo como subsídio as informações e os relatórios produzidos pelas áreas técnicas responsáveis, cujos relatórios servirão de base para a tomada de decisão, e realização de ajustes que se fizerem necessários no Plano de Saúde e definir os rumos para a programação do ano seguinte.
- R35) Divulgar para a comunidade os resultados da avaliação dos planos e pactos de saúde.

A adoção das recomendações possibilitará a elaboração de políticas públicas de saúde baseadas nas reais necessidades e carências da população e na viabilidade e exequibilidade técnica, financeira e política da Prefeitura Municipal, assim como propiciará o controle, monitoramento e

avaliação dos planos e pactos de saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento permanente da gestão e, consequentemente, para a qualidade de vida das pessoas, mediante a prestação de ações e serviços de saúde oportunos, resolutivos e humanizados.

5.2. Deficiências na Sistemática de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Estratégia Saúde da Família

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), ao tratar do planejamento das ações nesse nível de atenção, dispõe que compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local, desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade e definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da Estratégia Saúde da Família.

A avaliação e o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação constituem-se em fundamentos da atenção básica. Nesse sentido, a PNAB estabelece como responsabilidade dos municípios, em seu âmbito de atuação, monitorar e avaliar a atenção básica, elaborando metodologias e instrumentos para tal, qualificando profissionais e definindo estratégias para a institucionalização da avaliação.

Desta feita, a Secretaria Municipal de Saúde e os responsáveis pelo gerenciamento das Unidades de Saúde, devem dispor de uma estrutura administrativa adequada e de um sistema de informações gerenciais, objetivando o acompanhamento sistemático dos resultados das ações e serviços da atenção básica em saúde, que permita a avaliação do impacto das atividades na vida dos usuários e acompanhar a utilização de seus recursos humanos, materiais e financeiros na prestação desses serviços.

Nesse norte, a equipe de auditoria verificou, por meio de observação direta e entrevista com os coordenadores de saúde, que as ações de planejamento, fiscalização, monitoramento e avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família não são realizadas de forma rotineira e sistemática e não envolvem todos os membros das equipes de saúde da família.

O Departamento de Atenção Básica de Paragominas, para o planejamento das ações de saúde nesse nível de atenção à saúde, não se baseia nas metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde, a implementação das ações de saúde estão pautadas no atendimento aos programas do Ministério da Saúde e nos compromissos e metas assumidos nos pactos de saúde firmados com o Ministério e Secretaria Estadual de Saúde. Esse Departamento tem sua organização administrativa estruturada de acordo com os diversos programas a serem implementados pela Atenção Básica.

Para a coordenação das ações foram designados, por intermédio de portaria do Secretário de Saúde, seis servidores municipais, que dividem-se em atividades de supervisão às USF e na coordenação dos programas vinculados à Atenção Básica, a saber: Atenção Básica, Pré-natal, Planejamento Familiar, Teste do Pezinho, Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), Câncer de Mama (SISMAMA), Tuberculose, Programa de Amamentação (PROAME), PSF, Hanseníase, Hiperdia, Saúde do Idoso, Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Bolsa Família, Suplementação do Ferro, Saúde Bucal, Educação em Saúde, Programa Saúde na Escola (PSE).

Observou-se que, muito embora as ações das equipes de saúde da família estejam voltadas para o alcance dos compromissos assumidos nos pactos de saúde firmados com o Ministério e Secretaria Estadual de Saúde, não são realizadas reuniões entre os coordenadores de saúde e às equipes de saúde da família para apresentação e discussão de estratégias para atingimento das metas assumidas nos pactos e envolvimento das equipes, as reuniões são realizadas com os enfermeiros responsáveis pelas USF, que devem repassar aos demais membros das equipes.

Segundo relato dos coordenadores de saúde, a programação anual das ações a serem implementadas pela Atenção Básica não é realizada de forma sistemática e conjunta entre os

responsáveis pela coordenação dos diversos programas e equipes saúde da família. Essa programação é feita somente no âmbito de cada programa pelo coordenador responsável. Foram entregues a equipe de AOP a agenda anual de trabalho elaboradas pela coordenação responsável pelos agentes comunitários de saúde, programação anual da coordenação de saúde bucal e a programação de educação em saúde, todos para o exercício de 2009.

De acordo com a coordenadora da saúde bucal não há o planejamento de ações de saúde bucal para a comunidade das áreas adscritas considerando as diferenças entre as comunidades e os diferentes graus de riscos à saúde, vez que nunca foi realizado levantamento epidemiológico dessas áreas. Esse levantamento é realizado somente nas escolas a cada dois anos, para os alunos na faixa etária de 6 a 14 anos. Indagada a respeito da alimentação do SIAB e a utilização de seus dados para planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal, a coordenação informou que alimenta o sistema, porém não há a elaboração de relatórios que possibilite a avaliação dos serviços prestados à população.

O planejamento das ações de saúde a serem realizadas pelas equipes de saúde da família, com ou sem saúde bucal, no atendimento à população nas USF e nos domicílios, assim como a organização do processo de trabalho, o cronograma de atendimentos aos usuários e a realização de ações de educação em saúde nas USF's e na comunidade a fora do cronograma elaborado pelo Departamento de Atenção Básica fica sob a responsabilidade das próprias equipes. No âmbito das equipes, constatou-se a realização de reuniões semanais dos enfermeiros responsáveis pelas USF com os ACS's para programar as ações a serem desenvolvidas por esses profissionais na semana seguinte. Constatou-se que nem todas as eSF utilizam as informações contidas nos Relatórios do SIAB para programação de suas ações, vez que 25% (2) dos 8 enfermeiros responsáveis pelas USF consultados por meio de questionários relataram que não utilizam os dados para esse fim.

Com relação ao monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas equipes de saúde da família pelo Departamento de Atenção Básica, constatou-se:

- a) O Departamento da Atenção Básica faz o registro das informações necessárias à alimentação dos sistemas de informação de saúde, como o SIAB, todavia, não dispõe de registro sistematizado das demandas de serviços de saúde pela população cadastrada nas USF's e demanda espontânea, nos quais estejam incluídos os usuários atendidos e não atendidos, para efeito de planejamento, controle e monitoramento, como por exemplo: o registro/controle das solicitações de encaminhamento de paciente pelo ACS e o número de usuários atendidos decorrentes desse encaminhamento; o registro/controle das solicitações pelos ACS's de visitas domiciliares de médicos e enfermeiros aos usuários, é feito apenas o registro do pedido de veículo para atendimento de visitas domiciliares; o registro/controle das demandas por consultas e exames especializados referenciados pelos médicos das USF, assim como o número de usuários que tiveram a consulta e exames marcados e os usuários que compareceram às consultas.
- b) A coordenação da Atenção Básica não utiliza instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da Saúde da Família, tais como: planilhas, gráficos e indicadores para acompanhar o desempenho das ESF, possibilitando algumas análises comparativas e temporais, dentre outras. Os indicadores de desempenho existentes limitam-se apenas aos pactuados com o Ministério da Saúde e Governo do Estado, os quais referem-se à Atenção Básica e à Vigilância Sanitária, inexistindo indicadores de desempenho próprios voltados à aferição e avaliação dos resultados das ações implementadas, que tenham sido resultado de um processo de discussão coletiva dos responsáveis pela gestão municipal na área da saúde. De acordo com relatos obtidos na Secretaria de Saúde o monitoramento dos indicadores de saúde e avaliação do alcance das metas assumidas no pacto da saúde é realizado trimestralmente pelos coordenadores da atenção básica com base na produção mensal das equipes informadas nos sistemas de informação da saúde. Os

coordenadores de saúde ao observarem que as metas não serão atingidas realizam reuniões com os enfermeiros responsáveis pelas USF para informar a situação e solicitar empenho das equipes de saúde para cumprimento das metas, todavia, nessas reuniões não são feitas avaliações dos fatores que contribuíram para o não alcance das metas e não são discutidas estratégias para correção dos problemas. Registre-se que tanto a avaliação realizada pelos coordenadores de saúde, quanto as reuniões realizadas com os enfermeiros não geram relatórios.

- c) Não foi constatado a realização de reuniões periódicas entre os coordenadores de Atenção Básica para avaliação conjunta das ações de saúde nesse nível de atenção à saúde.
- d) A coordenação da Atenção Básica não realiza reuniões com todos os membros das equipes de saúde da família para avaliar o seu desempenho, detectar os problemas mais frequentes no atendimento à população e desenvolver, juntamente com as equipes, estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados. São realizadas reuniões mensais somente com os enfermeiros responsáveis pelas USF e agentes comunitários de saúde. Nas reuniões com os enfermeiros, entre outros temas, são discutidos os problemas verificados no acompanhamento aos usuários pertencentes aos programas como hanseníase e tuberculose, na infraestrutura das USF como falta de água, equipamentos e insumos, falta de segurança, bem como problemas envolvendo o trabalho dos ACS's e técnicos e auxiliares de enfermagem. Nas reuniões com os ACS's são discutidos os problemas que afetam o desenvolvimentos de seu trabalho, são repassadas informações acerca de treinamentos a serem oferecidos e de procedimentos a serem adotados no atendimento à população, assim como são questionados acerca de atrasos no horário de trabalho, número baixo de visitas domiciliares, falta de interação com a equipe, etc.
- e) Pela escala de rodagem do veículo pertencente à Secretaria de Saúde, as visitas de supervisão das USF deveriam se realizar todas as quartas e quintas-feiras pela manhã, todavia, por falta de servidores no Departamento de Atenção Básica, agravada pela saída de dois servidores, essas visitas estão sendo realizadas somente quando há solicitação das Unidades. As visitas de supervisão tem o objetivo de acompanhar os diversos programas desenvolvidos pelas equipes de saúde da família, no sentido de verificar se as ações estão sendo desenvolvidas de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Nessas visitas, quando são detectados problemas com os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, a coordenação da Atenção Básica se reúne com o enfermeiro responsável pela USF para buscar uma solução. Ressalte-se, que somente são gerados relatórios acerca das visitas quando há algum problema que precise ser informado ao Secretário de Saúde e Prefeito Municipal.
- f) A coordenação da Atenção Básica relatou que não faz o registro/controle da realização de reuniões pelas equipes de saúde da família para discussão e avaliação das estratégias adotadas pela USF para atendimento à população, assim como não garante às ESF um turno semanal destinado à reunião de equipe com o objetivo de planejamento, avaliação, integração e troca de conhecimentos, respaldando a equipe frente à população e gestão municipal.

Convém salientar que os sistemas de avaliação devem ser alimentados por sistemas de monitoramento que produzam de forma sistemática e contínua informações relevantes, precisas, confiáveis e sintéticas, em tempo hábil e a um ritmo adequado à avaliação e consequente tomada de decisões pelo gestor, que permitam a pronta intervenção, que confirme ou corrija a ação à medida que ela acontece. Essas informações devem ser processadas e apresentadas sempre em forma de indicadores de modo a não confundir, com excesso de dados irrelevantes, a ação decisória dos gestores.

Cabe enfatizar, ainda, que o processo de supervisão e avaliação da estratégia da saúde da família deve ser sistemático, com previsão da periodicidade e agenda pré-definida, realizada em reuniões envolvendo os coordenadores de saúde e todos os integrantes das equipes de saúde, na medida em que é uma oportunidade para reflexão conjunta dos problemas e as possibilidades de

solução, que levam a revisão dos processos de trabalho e redefinição das atividades, num processo de aprendizagem e de comprometimento de todos os envolvidos. Nesse processo, deve-se sempre por em relevo que avaliar uma ação não significa culpar alguém por algo que saiu “errado”, mas trata-se de uma análise de acertos e erros, fortalezas e limitações, com o objetivo não apenas de cobrar resultados, mas sim buscar, de forma conjunta, o aperfeiçoamento da ação e melhores resultados.

Por todo o exposto acima, conclui-se, que, não obstante o Departamento de Atenção Básica adotar alguns mecanismos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atuação das equipes e do funcionamento das USF, verifica-se que esses mecanismos são insuficientes e carecem ser ampliados e melhorados.

Questionados acerca dos fatores que levam às deficiências detectadas na sistemática de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes de saúde da família e das USF os coordenadores da Atenção Básica elencaram como causas: a carência de recursos humanos; falta de treinamento e capacitação dos coordenadores de saúde para desenvolverem as ações de planejamento, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família; falta de procedimentos administrativos estruturados para ações de supervisão e acompanhamento por parte dos coordenadores da atenção básica e falta de um Sistema de Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde da Família.

No que pertine à carência de recursos humanos a equipe de AOP constatou que alguns servidores responsáveis pela coordenação dos programas lotados no Departamento de Atenção Básica estão sobrecarregados, vez que acumulam a coordenação de diversos programas desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica e ainda realizam a alimentação de sistemas de informação da saúde.

A coordenadora da Atenção Básica, além da coordenação geral da Atenção Básica, fica responsável pela coordenação dos programas de Pré-natal, Planejamento Familiar, Teste do Pezinho, Câncer de Colo do Útero, Câncer de Mama, Tuberculose e Amamentação. Em que pese a realização de todas essas atividades a coordenadora, ainda, alimenta os sistemas de informação da saúde do SISPRENATAL, Teste do Pezinho, SISCOLO e Planejamento Familiar, que consome nessa tarefa, segundo informações obtidas no Departamento de Atenção Básica, três dias por semana.

Outra servidora acumula a coordenação do PSF, Hanseníase, Hiperdia, Saúde do Idoso e Supervisão das USF, além de alimentar o sistema de PNI/API (Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações).

A nutricionista lotada na Atenção Básica, além de realizar atendimentos nas USF's, é responsável pela coordenação do Programa Bolsa Família, Suplementação do Ferro, Sistema de Monitoramento do Bolsa Família e Avaliação Nutricional (SISVAN), além de supervisionar o Programa de Amamentação (PROAME).

Um ponto que precisa ser ressaltado e que consome boa parte do tempo dos servidores lotados na Atenção Básica é a alimentação dos sistemas de informação da saúde. Conforme já referenciado neste Relatório, nas USF são preenchidos manualmente pelos membros das equipes de saúde os formulários impressos de produção diária dos atendimentos realizados (curativos, injetáveis, vacinas, consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, acompanhamento dos ACS's, etc.), que são condensados e avaliados pelos enfermeiros em formulários impressos e encaminhados à Secretaria de Saúde. O recolhimento das produções das USF ocorre toda segunda-feira e são distribuídas aos servidores para serem digitados nos sistemas específicos de cada programa. Além das duas coordenadoras de programas, a alimentação dos sistemas é realizado por mais quatro servidores lotados no Departamento de Atenção Básica.

A partir de observação direta e de informações colhidas na Secretaria, a equipe de AOP constatou que uma mesma informação acerca de um atendimento prestado a um usuário pode ser digitado mais de uma vez, em sistemas diferentes. Isso ocorre quando o usuário atendido está inserido em mais de um programa, a exemplo do atendimento de pré-natal em uma usuária portadora de hipertensão, que precisa ter suas informações digitadas nos sistemas do SISPRENATAL e HIPERDIA.

Constata-se, assim, que o processo de alimentação dos sistemas de saúde é inadequado, vez que uma mesma informação é preenchida manualmente em formulários impressos nas USF e também digitado nos sistemas de informação respectivos, consumindo tempo de trabalho considerável, tanto dos enfermeiros das equipes de saúde da família, quanto dos coordenadores de saúde, prejudicando as atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família.

Outro fator que colabora para as deficiências expostas acima é a ausência de leis, regras e normas organizacionais acerca das atribuições e responsabilidades do Departamento da Atenção Básica e suas Coordenadorias.

A Lei Municipal nº 454/2004, que dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal e sua composição de cargos comissionados, não dispõe sobre a competência das diversas coordenadorias e departamentos que compõem as secretarias municipais, limitando-se estabelecer as competências gerais de cada uma das secretarias. Assim, o Departamento de Atenção Básica não tem suas competências definidas por um dispositivo legal local.

Citada Lei incluiu inadequadamente dentro da estrutura desse Departamento setores que desenvolvem atividades que envolvem todos os demais departamentos da Secretaria de Saúde como os Setores de Recursos Humanos, de Controle Administrativo, de Controle TFD, de Informática e Controle e de Atendimento ao Cliente.

A forma de organização administrativa atualmente adotada no Departamento de Atenção Básica é informal, vez que não está prevista na Lei nº 454/2004. Desta feita, como não foram entregues a equipe de Auditoria outra norma legal dispoendo sobre as atribuições das coordenadorias de saúde em atuação no Departamento de Atenção Básica, não há dispositivo legal prevendo as atribuições de cada um dos coordenadores de saúde do Departamento como não foram criadas funções gratificadas de coordenador contendo as respectivas atribuições dessas funções.

Segundo informação colhida no Departamento de Atenção Básica a atuação e as atividades desenvolvidas pelos coordenadores dos programas, incluindo as atividades de supervisão, monitoramento e avaliação, são orientadas pelas normas nacionais que tratam dos respectivos programas e pelos próprios coordenadores, que definem a periodicidade, a forma de realização das atividades e a apresentação dos resultados alcançados.

A ausência de dispositivo legal acerca das atribuições do Departamento da Atenção Básica e das respectivas coordenações, dificulta a identificação do setor responsável pelas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família, que associada a inexistência de normas, regras e rotinas organizacionais registradas dispoendo sobre a forma como devem ser realizadas essas atividades, os instrumentos a serem utilizados e a apresentação de relatórios periódicos, tempestivos e relevantes, dificulta o processo de tomada de decisão do corpo diretivo municipal e a responsabilização dos servidores que devem realizar essas atividades.

Face ao riscos expostos acima, a Equipe da AOP recomenda à Secretaria Municipal de Saúde:

R36) Implantar sistema informatizado que permita: a integração com o sistema a ser implantado nas USF's (recomendação R16) e os sistemas do DATASUS relacionados a atenção básica, tais como: PNI (Programa Nacional de Imunização), SIAB (Sistema de Atenção Básica), SISPRENATAL (Sistema Pré-Natal), HIPERDIA (Sistema Hipertensão e Diabetes), CNES

- (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), CADSUS (Cadastro Nacional de Usuários), SIA/SUS, SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional) através de uma única entrada de dados; o registro de todas as informações necessárias ao monitoramento e avaliação do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no município, tais como: atuação das equipes de saúde da família; demandas de serviços de saúde pela população cadastrada nas USF's e demanda espontânea, nos quais estejam incluídos os usuários atendidos e não atendidos; condições de uso e manutenção de móveis, utensílios e equipamentos médicos e hospitalares; ações de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família; treinamentos oferecidos às equipes, entre outras informações.
- R37) Implantar sistemática de monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família, com a adoção de instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da Saúde da Família, tais como: planilhas, gráficos e adoção de indicadores próprios a serem elaborados a partir dos dados registrados no sistema de informações dispostos acima, a serem avaliados juntamente com os indicadores pactuados com o Ministério da Saúde e Governo do Estado, para acompanhamento do desempenho das eSF e da gestão da atenção básica, a serem apresentados por meio da emissão de relatórios periódicos, tempestivos.
- R38) Implementar na Secretaria da Municipal da Saúde sistemática de utilização efetiva de relatórios periódicos, tempestivos e relevantes, com vista a subsidiar o processo de tomada de decisão do corpo diretivo municipal.
- R39) Realizar reuniões periódicas entre os coordenadores de saúde do Departamento de Atenção Básica e todos os membros das equipes de saúde da família para a elaboração, de forma conjunta e articulada, da programação das ações a serem implementadas pelas equipes de saúde, proceder a avaliação das ações realizadas e práticas adotadas pelas equipes, as metas previstas e os resultados alcançados nos planos e pactos de saúde, os problemas que dificultaram o alcance de metas, análises da situação de saúde/doença da população atendida pelas equipes e discussão de estratégias para enfrentamento dos problemas detectados, a partir das informações constantes nos relatórios de monitoramento e avaliação.
- R40) Promover a qualificação permanente dos coordenadores da atenção básica acerca das ações de programação, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família.
- R41) Estudar a viabilidade de agregar ao Departamento de Atenção Básica novos coordenadores de saúde, no sentido de evitar a sobrecarga de trabalho em decorrência do acúmulo da coordenação de diversos programas desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica e permitir a supervisão sistemática das eSF's e USF's.
- R42) Solicitar junto ao Prefeito Municipal a elaboração e envio de projeto de lei visando a reorganização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e a definição das competências e atribuições de seus departamentos e coordenadorias, incluindo o Departamento da Atenção Básica.

Entende-se que, em decorrência da implantação dessas ações, haverá a melhoria da gestão da Estratégia Saúde da Família no município de Paragominas, visando oferecer ao cidadão um serviço de saúde de qualidade, oportunos, resolutivos e humanizados.

6. COMENTÁRIOS DO GESTOR

Em atendimento ao determinado por este Tribunal, por meio do Ofício nº 001/2011/AUD. AL/GABINETE/TCM/PA, de 10/01/2011, o Exmo. Sr. Prefeito Municipal de Paragominas apresentou suas considerações, por intermédio do Ofício nº 161/SEMS, de 10/02/2011, discorrendo acerca da matéria contida no Relatório Preliminar da Auditoria Operacional, que avaliou a Ação Governamental Estratégia Saúde da Família – ESF no Município, levada a efeito pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nos pronunciamentos do Gestor, acerca do Relatório Preliminar de Auditoria Operacional, a Equipe de AOP verificou a preocupação da Autoridade responsável em demonstrar suas realizações e dificuldades na elaboração e execução das políticas públicas de saúde, procedimento este bem recebido pela Equipe de Auditoria. Cabe ressaltar, que todas as questões levantadas pelo Gestor são de pleno conhecimento da Equipe de Auditoria e foram levadas em consideração no contexto deste Relatório.

6.1. Questões de Auditoria – Achados e Recomendações

No que tange aos Achados e Recomendações, todos mereceram comentários do Gestor Municipal, concordando com a linha adotada e anunciando providências.

Eis as questões abordadas:

6.1.1. Implantação e Atuação das Equipes de Saúde da Família

6.1.1.1. Baixa Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF)

Conforme disposto neste Relatório, verificou-se que no município de Paragominas encontram-se em atuação 10 Equipes de Saúde da Família, que corresponde a 25% do teto de 40 equipes previsto pelo Ministério da Saúde. Essas equipes apresentam cobertura de 36,13% da população alvo estimada.

Em vista das constatações feitas pela Equipe de AOP no bojo deste Relatório, foram recomendadas ações a serem realizadas pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde, a fim de que a implantação de Equipes de Saúde da Família e adequação de Unidades de Saúde da Família (USF), seja assumida como uma estratégia de saúde prioritária na esfera municipal.

a) Recomendação à Prefeitura Municipal

Considerando que o financiamento da Atenção Básica é tripartite, foi sugerido à Prefeitura Municipal como recomendação R1 que fossem envidados esforços no sentido de ser fixado um percentual mínimo dos recursos próprios destinados à Atenção Básica, que necessariamente deveriam ser investidos na ESF, em razão do seu importante papel dentro do SUS de reorganizar o primeiro nível de atenção à saúde.

Tal recomendação adveio em face da constatação de que a Atenção Básica, incluindo a ESF, está sendo financiada, em grande parte, pelos recursos repassados pela União.

Como comentário o Gestor Municipal refere que: com vistas a essas necessidades a Prefeitura, em consonância com a Secretaria Municipal de Saúde, realizou a abertura de novas contas agregadas ao novo CNPJ, com a finalidade dos recursos serem alocados por bloco de financiamento e por estratégia.

A equipe de AOP entende que deve ser mantida a recomendação, vez que o Gestor em seu comentário não faz alusão específica ao que foi recomendado pela da equipe, muito embora, a reorganização sugerida seja importante para a melhor visualização dos recursos recebidos e a sua destinação.

b) Recomendações à Secretaria Municipal de Saúde (SEMS):

Como recomendação R2 foi sugerido a SEMS que levasse para discussão no fórum da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a possibilidade do Governo do Estado do Pará oferecer um aporte maior de recursos para a ESF, o que poderia minimizar as razões da não expansão do número de Equipes de SF de acordo com o teto preconizado pelo Ministério da Saúde para o município, uma vez que verificou-se que nos exercícios de 2006 a 2008 o Governo do Estado do Pará não alocou recursos para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, em desacordo com a já mencionada Portaria 648/2006. Os recursos financeiros do Estado para financiamento da Atenção Básica somente começaram a ser repassados ao município em agosto de 2009, com a criação do PAB Estadual. Em 2010, está sendo repassado mensalmente o montante de R\$ 18.773,57 (dezoito mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e sete centavos), sendo R\$ 13.000,00 (treze mil reais) de PAB Fixo e R\$ 5.773,57 (cinco mil, setecentos e setenta e três reais e cinquenta e sete centavos) de PAB Variável.

O Gestor da Saúde relata que estes assuntos são discutidos através do colegiado de gestão da BR 010, onde estas reivindicações são incluídas em pautas da CIB, como também nas assembleias dos conselhos de saúde municipal e estadual, sinalizando demandas que favoreçam um aporte maior de recursos em serviços de saúde, em função das necessidades da população, considerando que as criações dos colegiados regionais são uma conquista dos gestores de saúde do Estado do Pará.

Considerando o comentário do Gestor, a equipe de AOP entende que o atendimento da recomendação em questão será confirmado no período de monitoramento desta auditoria.

Na recomendação R3 foi sugerida que a SEMS suscitasse uma discussão tanto no fórum da CIB, quanto no fórum da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), acerca da dificuldade de contratação dos profissionais médicos, vez que a ocorrência desse problema é comum na maioria dos municípios do interior do Estado, bem como das regiões Norte e Nordeste do Brasil e a solução perpassa pela adoção de políticas públicas, não só pelo ente municipal, mas pelo Governo do Estado do Pará e Federal, que objetivem melhorar a infraestrutura dos municípios, para que estes possam oferecer aos médicos, além de salários adequados, melhores condições de trabalho e de vida, como forma de atração desses profissionais para o trabalho no interior do Estado;

O Secretário de Saúde informou que essa discussão já foi pauta em inúmeras oportunidades durante o ano de 2010, onde foram colocadas as dificuldades de fixação do profissional médico no interior, em especial nas equipes de Saúde da Família. Nesses fóruns foram discutidos inúmeros problemas, dentre eles a deficiência do aparelho formador, no caso as Universidades, não prepararem adequadamente este profissional na graduação e residência médica para atuarem na Atenção Primária, tendo sido discutido como uma possível solução, a convocação dos profissionais de saúde graduados em Universidades Públicas com a finalidade de prestarem seus serviços no interior acrescidos de uma bonificação no momento em que este profissional for prestar provas para especialização e/ou residência médica.

Considerando todas as ponderações do Gestor da Saúde, a equipe de AOP entende que os problemas estruturais que afetam a Estratégia Saúde da Família, por terem como consequência a dificuldade de expansão do número de equipes de Saúde da Família, devem ser constantemente levados à discussão nos fóruns da CIB e CIT, até que uma solução que atenda aos interesses de todas as partes envolvidas sejam efetivadas, pelo que mantém a recomendação em questão.

Como recomendação R4 foi sugerido que a SEMS procedesse a melhoria dos mecanismos de registro e controle financeiro dos gastos realizados com a saúde, que forneçam informações acerca dos custos financeiros individualizados dos programas e ações desenvolvidas pela SEMS, permitindo a melhoria da gestão dos recursos e o controle social, vez que não foi possível à Equipe de Auditoria obter informações acerca do custo dos programas, entre eles a

Estratégia Saúde da Família, bem como o montante de recursos do município destinados a essa Estratégia.

Em seu comentário o Administrador da SEMS refere que está sendo feito um trabalho ordenado de reestruturação do Fundo Municipal de Saúde, em seu bloco de financiamento, e neste sentido estão buscando a execução dos seguintes objetivos: reorganizar o orçamento municipal de acordo com o Pacto pela Saúde, integrar ações do planejamento e gestão orçamentário-financeira, atualizar a legislação municipal e implantar sistema de monitoramento.

A despeito de o Administrador manifestar o início de providências, tais ponderações poderão ser lançadas no Plano de Ação e serão objeto do Monitoramento.

Outra recomendação (R5) sugerida à SEMS no que tange ao achado em questão diz respeito a verificar a possibilidade de implantar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que ofereça à população não cadastrada nas Unidades de Saúde da Família atendimento médico no primeiro nível de atenção para dar suporte às equipes de Saúde da Família e ao hospital municipal, vez que essas equipes fazem o atendimento tanto da população cadastrada nas USF's, quanto da população não cadastrada, bem como de pessoas oriundas de municípios vizinhos e do Estado do Maranhão, acarretando a realização de atendimento a um número excessivo de pessoas, além do limite preconizado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 648/06.

O Gestor da Saúde informa, em seu comentário, que já estava ciente da necessidade de oferecer aos usuários atendimento médico, principalmente aqueles fora das áreas cadastradas pelas Unidades de Saúde da Família, bem como oferecer atendimento em outras especialidades, a fim de dar suporte aos encaminhamentos decorrentes da Saúde Coletiva. Nesse norte, a SEMS, em seu planejamento, realizou o cadastramento desta proposta no PAC II, do Ministério da Saúde, tendo sido contemplados com duas UBS Porte II.

Tais ponderações poderão ser lançadas no Plano de Ação e objeto do Monitoramento.

6.1.1.2. Vínculo profissional precário

A equipe de AOP constatou que o vínculo profissional da maioria dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família é precário, vez que grande parte dos profissionais de saúde que atuam na Saúde da Família são admitidos por intermédio da contratação temporária por excepcional interesse público.

Por todo o exposto neste Relatório, a Equipe de AOP constatou que a permanência da forma de contratação temporária dos profissionais que atuam na ESF, poderá acarretar grave ameaça à sua continuidade, vez que a precariedade do vínculo trabalhista trás um sentimento de insegurança aos profissionais, causando insatisfação com o próprio trabalho, prejudicando, por consequência, o seu comprometimento e a formação do vínculo de responsabilidade e da relação com a comunidade, especialmente no que se refere à credibilidade das equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, a precarização do vínculo trabalhista estimula, ainda, a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente de médicos e enfermeiros.

Nesse norte foram sugeridas ao Prefeito Municipal por meio das recomendações R6, R7 e R8, que:

- R6) Promova a elaboração um plano de trabalho prevendo a regularização dos direitos trabalhistas para todos profissionais da Saúde da Família de acordo com a legislação vigente.
- R7) Promova as alteração na lei de cargos e salários criando os cargos dos profissionais de saúde para atuarem nas equipes de saúde da família, principalmente de agentes comunitários de saúde, para atender as normas legais vigentes.
- R8) Promova a realização de processo de seleção pública para a contratação de agentes comunitários comunitários de saúde, médicos e enfermeiros para atuarem na ESF.

Quanto a recomendação R6, o Gestor Municipal, reconhece que a questão dos recursos humanos em Saúde tem sinalizado a falta de priorização dessa temática no Brasil e identifica como a área mais complexa do SUS. O Gestor argumenta que a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, explicita o papel do gestor federal quanto as políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país e tem como diretrizes: regular a mobilidade profissional, valorizar a força de trabalho e gerar a satisfação com o trabalho. Argumenta, ainda, que este processo, visível no âmbito federal, deve associar-se a outros atores na busca de alternativas técnico-metodológicas que possam sustentar as reorientações demandadas e que as questões priorizadas na atual agenda da área de trabalho e da educação no SUS, como o plano de cargos, carreiras e salários, a despreciação do trabalho, a estratégia de educação permanente, a avaliação de desempenho e os incentivos à produtividade, merecem e devem ser contempladas, e que os gestores municipais não se furtam a dar a sua parcela de contribuição nesse processo, mas não querem sustentar esse ônus sem a colaboração do Estado e da União. Por fim, o gestor informa que pelo carinho especial que tem com a sua força de trabalho, está elaborando o plano sugerido pela Equipe de AOP.

A Equipe de AOP, não obstante os comentários do Gestor, entende que a responsabilidade pela contratação dos profissionais de saúde é do município, pelo que mantém o teor da R6, sendo que a elaboração do plano sugerido pela Equipe e acatado pelo Gestor deverá ser lançado no Plano de Ação para efeito do monitoramento.

No que tange a recomendação R7 o Administrador Municipal informa que já está em apreciação da assessoria jurídica da Prefeitura Municipal de Paragominas a sugestão da Equipe de AOP. Em face ao pronunciamento do Gestor, a Equipe enfatiza a manutenção da recomendação, sugerindo que sejam contempladas no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

No que concerne a recomendação R8 relata o Gestor, que após a aprovação na CIB da expansão do número de Agentes Comunitários de Saúde se pretende, baseado nas portarias e leis trabalhistas, a atender os preceitos dentro das possibilidades do Município.

O pronunciamento do Administrador revela relativa concordância com o teor da Recomendação R8, anunciando providências somente com relação aos Agentes Comunitários de Saúde.

Em face a esse pronunciamento, a Equipe enfatiza a manutenção do completo teor da recomendação referida, devendo ser contemplada no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

6.1.1.3. Elevada rotatividade de médicos e enfermeiros e falta de reconhecimento/valorização dos profissionais que atuam nas eSF's

A Equipe de Auditoria, constatou que o município de Paragominas apresenta elevada rotatividade dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas USF's, o que vem prejudicando a vinculação que deve existir entre os profissionais de saúde e a comunidade onde atuam, condição necessária ao desenvolvimento pleno da Estratégia Saúde da Família no município.

Os fatores levantados pela Equipe de AOP que contribuem para a rotatividade e a carência de médicos e enfermeiros nas eSF's são: baixa remuneração, vínculo contratual de trabalho precário, sobrecarga de trabalho, insatisfação com as condições de trabalho na USF, dificuldade de acesso ao local de trabalho e ausência de política de valorização dos profissionais que atuam na ESF. Esses fatores favorecem a frequente troca de municípios por esses profissionais em busca de melhores salários, condições de trabalho e qualidade de vida.

Pelo que foram sugeridas a SEMS por meio das recomendações R9, R10 e R11 que:

R9) Desenvolva uma política de valorização dos profissionais que atuam nas eSF's, com a adoção de políticas salariais e de benefícios que melhorem os níveis salariais.

- R10) Desenvolva um programa de reconhecimento e premiação das iniciativas exitosas de profissionais, equipes ou unidades a partir de critérios de avaliação, cumprimento de metas e resultados alcançados, definidos e pactuados com as equipes.
- R11) Promova a divulgação da filosofia da ESF para a população e componentes das equipes de saúde da família, esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área e enfatizando a importância dos profissionais da Saúde da Família na política de saúde municipal e nacional. A equipe de auditoria entende que além da utilização dos meios de comunicação disponíveis no município, a forma mais eficaz para divulgação da filosofia da Estratégia Saúde da Família junto aos usuários deve ser desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, que, após receberem treinamento, farão a divulgação utilizando-se de material ilustrativo. As ações de esclarecimento à população devem ser permanentes e sistemáticas, e devem ser realizadas, no mínimo uma vez por trimestre.

No que diz respeito à recomendação R9 o Administrador anuncia que, baseado na política de valorização dos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, a SEMS começou a promover discussões com a área técnica (coordenadores da atenção básica, vigilância em saúde) e técnicos administrativo-financeiros com o objetivo de promover estratégias para o cumprimento de metas e, conseqüentemente, com o reconhecimento dos méritos das equipes de Saúde da Família, buscando a valorização desses profissionais, vislumbrando o fortalecimento das ações de promoção e prevenção da saúde.

Em decorrência deste relato a Equipe de AOP sugere que essa política de valorização dos profissionais da Saúde da Família deve ser contemplada no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

Quanto à recomendação R10 o Gestor da Saúde informa que foram feitos avanços no que tange ao reconhecimento das iniciativas exitosas. Quando uma determinada equipe de Saúde da Família desenvolve ações diversificadas e com resultados auspiciosos, esse reconhecimento se dá por meio de reuniões com as equipes e coordenadores da Atenção Básica, chanceladas pelo Conselho Municipal de Saúde, como ocorrido com a equipe de Saúde da Família do Nagibão, que contou com a participação de enfermeiros/coordenadores em todas as reuniões do CMS.

Com efeito, a equipe de AOP sugere que todas essas ações de reconhecimento do trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da Família devem ser contempladas e pormenorizadas no Plano de Ação, onde possam ser visualizados os critérios de avaliação, cumprimento de metas e resultados alcançados, definidos e pactuados com as equipes, com vistas ao Monitoramento.

No que concerne à recomendação R11 o Gestor da Saúde reconhece a importância da atuação do ACS, tanto no que se refere ao seu contexto técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, quanto ao seu contexto político, relacionado à inserção da saúde no contexto geral de vida e como agente fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social, e que neste sentido, levaria a dimensão do Programa em que atua. Por esta razão, salienta o Administrador da Saúde que serão fortalecidas, pelas Coordenadorias da Atenção Básica e de Educação em Saúde Municipal, as ações de educação continuada em saúde para todos os profissionais, a fim de se tornarem entes multiplicadores das ações de prevenção e promoção da saúde nas diversas comunidades em suas áreas e micro áreas de atuação.

Pela manifestação do Gestor, verifica-se o pleno acolhimento ao teor da R11 proposta pela Equipe de Auditoria, o que poderá ser lançado no Plano de Ação para efeito do monitoramento.

6.1.1.4. Procedimentos de Trabalho Adotados pelas eSF's incompatíveis com a filosofia da Estratégia Saúde da Família

Para que as equipes de SF possam organizar seu processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família de forma a desempenhar todas as suas atribuições de acordo com a filosofia da ESF estabelecida na Política Nacional da Atenção Básica, faz-se necessário que sejam oferecidas a esses profissionais condições de trabalho ideais, tais como: atendimento a número correto de famílias, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, recursos materiais (carros, equipamentos novos e medicamentos em dia) e estruturação dos sistemas de referência e contra-referência.

Nesse contexto, a equipe de AOP verificou que alguns procedimentos realizados nas Unidades de Saúde da família pelas equipes estão em desacordo com a filosofia da ESF, bem como identificou alguns problemas que dificultam a reorganização do processo de trabalho e que afetam o seu desempenho, quanto ao agendamento de consultas, atendimento na USF e realização de visitas domiciliares pelas equipes de SF, tendo a Equipe de Auditoria recomendado à Secretaria Municipal de Saúde o seguinte:

- R12) Elaborar normas e procedimentos gerais para reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, especificamente com relação ao agendamento de consultas, visitas domiciliares e atendimento aos usuários nas USF's, visando o enfrentamento das dificuldades relatadas pelos usuários, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas.
- R13) Prover as USF's de meios de transporte para deslocamento dos médicos e enfermeiros aos domicílios dos beneficiários da Saúde da Família.
- R14) Estender o Projeto Piloto Jaderlândia e Promissão II às demais USF's.

Quanto à recomendação R12 o Gestor da Saúde relata que, considerando as adversidades regionais e dificuldades de contratação de médicos com o perfil para atuarem na ESF, torna-se inviável, pela demanda de usuários não cadastrados ao Programa às Unidades de Saúde da Família, evitar os transtornos com a marcação de consultas e com o deslocamento do médico ao atendimento domiciliar dispostas neste Relatório. O enfrentamento destes problemas levou a SEMS a contratação de mais um enfermeiro para cada equipe de SF, para que a resolução de pequenos problemas de saúde pudessem ser resolvidos na comunidade sem ter o usuário que dirigir-se à USF, sobrecarregando sua estrutura.

Não obstante o pronunciamento do Gestor, a equipe de AOP entende que, apesar de todas as dificuldades elencadas, a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família é viável, a partir da elaboração de normas e procedimentos gerais, pelo que mantém a recomendação em questão, que deverá ser contemplada no Plano de Ação para efeito do monitoramento.

No que tange à recomendação R13 o Gestor da Saúde informa que consta de sua programação a aquisição de um veículo para esta finalidade, com recurso previamente orçado e revisado para atender esta demanda.

No que concerne à recomendação R14 a SEMS informou que já realizou a contratação de 09 enfermeiros para atuarem junto aos ACS's em todas as equipes de SF da zona urbana, com extensão para a área rural no Posto de Saúde Assentamento CAIP.

As providências anunciadas pelo Administrador quanto às recomendações R13 e R14 deverão ser lançadas no Plano de Ação e serão objeto do Monitoramento.

6.1.1.5. Sobrecarga de Trabalho de Componentes das eSF's

A Equipe de Auditoria constatou que a falta de profissionais da área administrativa para auxiliar as eSF's, somada a ausência de informatização dos procedimentos administrativos, acarreta

a sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam nas equipes de SF, vez que estes ocupam parte importante do seu tempo em atividades administrativas, em detrimento das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, conforme mencionado no bojo deste Relatório.

Assim, para melhorar o desempenho nas atividades administrativas e evitar a sobrecarga de trabalho dos profissionais das equipes de SF, que terão mais tempo disponível para atendimento à população adscrita, foi recomendado à SEMS, por meio das recomendações R15 e R16, o seguinte:

- R15) Incorpore às USF's, com adscrições de população superiores a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as equipes de saúde da família.
- R16) Viabilize a aquisição de equipamentos de informática para as USF's e implantação de sistemas informatizados que permitam o uso de serviços como: prontuário eletrônico; agendamento dos atendimentos e visitas domiciliares; registro de visitas; cadastramento de famílias; acompanhamento e controle da produtividade das Unidades (atendimento de criança, idoso, risco para Dengue, atividades produtivas domiciliares, nascidos vivos, óbitos, hospitalizações, controle de imunização; prescrição e evolução médica e de enfermagem, etc...); agendamento de consultas e exames especializados, entre outros serviços.

Em resposta a recomendação R15 o Gestor da Saúde relata que a incorporação de um profissional da área administrativa para auxiliar as equipes de saúde da família faz parte de um planejamento de médio prazo, pois conforme discussão no Colegiado esta não é uma demanda apenas do município de Paragominas, pelo que foi proposto um debate na CIB no sentido de que a Esfera Estadual faça um aporte maior de recursos, com contrapartida do município para este fim.

Analisando as ponderações feitas pelo Gestor da Saúde, a equipe de AOP se manifesta no sentido de que a incorporação de um servidor municipal da área administrativa para auxiliar as equipes de Saúde da Família nas USF's é de responsabilidade do Executivo Municipal e independe de um aporte maior de recursos por parte do Executivo Estadual, pelo que mantém a recomendação em sua integralidade, devendo ser lançada no Plano de Ação e será objeto do Monitoramento.

Quanto à recomendação R16, em seu comentário, o Gestor relata que para ser atendida a recomendação, será necessário não apenas a aquisição de um equipamento de informática, mas também profissionais habilitados, um sistema organizacional em rede, com capacidade de resolução satisfatória, que esteja diretamente conectado à internet e mudanças na infraestrutura das Equipes de Saúde da Família. O Administrador entende que as facilidades de gestão que serão desenvolvidas com a inclusão da informatização em todas as USF's, com a elaboração de protocolos e normas voltadas para as especificidades locais, e com a necessidade de regular os atendimentos próprios, a partir da Atenção Primária a Saúde, permitirá um gerenciamento eficiente, se houver incorporado no sistema outros bancos de dados para melhor aproveitamento por parte dos técnicos da Estratégia Saúde da Família.

O Gestor informa que a equipe de informática da Prefeitura vem trabalhando no sentido de melhorar a capacidade de um provedor, que possa atender não somente a SEMS, mas também outras Secretarias e Departamentos, e prover a interligação destes com outros links estaduais e nacionais.

No que tange aos comentários do Gestor, oportuno lembrar que a Equipe de Auditoria manifestou-se na Recomendação 36 da necessidade de integração do sistema a ser implantado nas USF's e os sistemas do DATASUS relacionados a atenção básica, tais como: PNI (Programa Nacional de Imunização), SIAB (Sistema de Atenção Básica), SISPRENATAL (Sistema Pré-Natal), HIPERDIA (Sistema Hipertensão e Diabetes), CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), CADSUS (Cadastro Nacional de Usuários), SIA/SUS, SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional) através de uma única entrada de dados.

No que tange às providências que já estão sendo tomadas pelo Gestor, para atendimento da recomendação, as mesmas deverão ser lançadas no Plano de Ação e serão objeto do Monitoramento.

6.1.1.6. Fragilidades nos Mecanismos de Referência e Inexistência de Contra-referência

A equipe de auditoria constatou a inadequação do sistema de referência para os níveis de média e alta complexidades do SUS e inexistência do sistema de contra-referência, trazendo prejuízo ao atendimento dos usuários, comprometendo a sua saúde, além disso provoca a sua insatisfação, reforçando o descrédito da população com os serviços de saúde municipais, rompendo, mais uma vez, o vínculo de confiança que deve existir entre a população e a equipe de SF.

Problemas como oferta insuficiente de serviços, ineficiência na organização dos serviços de referência entre a USF e a Central de Marcação de Consultas e a falta de comunicação e integração entre os diversos níveis de atenção à saúde contribuem para a inadequação dos serviços, conforme exposto neste Relatório,.

À luz desses riscos, a Equipe da AOP sugeriu a Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio das recomendações R17, R18 e R19:

- R17) Implantar a Central de Regulação para garantir os fluxos do Sistema Único de Saúde, consolidando a Unidade de Saúde como porta de entrada do sistema.
- R18) Criar mecanismos de controle, registro e avaliação das solicitações, agendamento e atendimento de consultas e exames especializados oriundos das USF's, objetivando o aprimoramento da oferta desses serviços;
- R19) Buscar meios para contratação de médicos especialistas e serviços de exames especializados para atender a demanda.

Ao pronunciar-se relativamente à recomendação R17, o Gestor da Saúde pondera que um dos maiores desafios do SUS na atualidade consiste no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que auxiliem na regulação da atenção e assistência à saúde. Relata que para que esta regulação ocorra de forma satisfatória, este mecanismo deve ser fundamentado em sistema de planejamento, controle, avaliação e regulação integrados tanto entre os três níveis de governo, quanto em cada um dos níveis e somente essa integração pode garantir o direcionamento e condução do SUS, nos moldes definidos na Lei nº 8.080/90, reforçada pela NOAS 01/02 e, mais atualmente, pela edição do Pacto de Gestão, disposto no Pacto pela Saúde 2006.

O Gestor da Saúde reconhece que a execução da desta ferramenta torna-se necessária para a obtenção de recursos para os atendimentos realizados não só em nosso município, mas também com os municípios pactuados de sua região. Por fim, informa que está somando esforços, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, na captação de recursos com objetivos claros de buscar a implantação desta Central de Regulação.

Quanto à recomendação R18 o Administrador da Saúde relata que para o alcance dessa recomendação é necessário que a informação e a informática em saúde sejam tratadas como macro função estratégica de gestão do SUS, sendo possível, assim romper a visão meramente instrumental deste campo, o que é essencial para o contínuo aperfeiçoamento da política de saúde nos três níveis de governo.

Informa que no ano de 2011 a SEMS estará fortalecendo os mecanismos de controle, como também as avaliações periódicas dos procedimentos realizados na Atenção Secundária oriundos da Atenção Básica, estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de saúde a todos os interessados e investir na formação e na capacitação permanente de recursos humanos na área de informação e de informática em saúde.

No que pertine à recomendação R19 o Gestor da Saúde informa que baseado nas demandas que são repassadas pelos responsáveis pelo gerenciamento do Tratamento Fora de Domicílio – TFD, a SEMS contratou serviços especializados em cardiologia, neurologia, urologia, dermatologia, oftalmologia e ginecologia para atender as demandas referenciadas pelas equipes de SF. Ressalta, ainda, que está buscando junto a CIB a agregação de valores ao teto financeiro para a realização de inúmeros exames especializados no próprio Município.

Em decorrência do pronunciamento do Gestor, a Equipe enfatiza a manutenção das recomendações em questão, sugerindo que as ações já iniciadas, assim como as demais ações que se fizerem necessárias ao atendimento das mesmas sejam contempladas no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

6.1.2. Infraestrutura das USF'S

6.1.2.1. Instalações Físicas Inadequadas

A Equipe de AOP observou que as instalações físicas das Unidades de Saúde da Família são inadequadas e não possuem dependências suficientes para o desenvolvimento das ações das equipes de saúde da família. Foram observadas salas sem ventilação natural, sem iluminação, salas com espaços insuficientes, salas com paredes infiltradas, mofo, rachaduras e de reboco mal feito, unidades sem revestimentos de cerâmica, estrutura interna e externa precária, prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos das equipes.

Tendo em conta o quadro descrito neste Relatório, foi proposto à SEMS por meio das recomendações R20 e R21, o seguinte:

- R20) Elabore plano de reforma e ampliação das USF's, adequando a estrutura física de acordo com as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde no Manual de Estrutura Física das UBS/Saúde da Família.
- R21) Garanta a participação das equipes de saúde da família, coordenadores de saúde e Conselho Municipal de Saúde na elaboração dos projetos arquitetônicos de reforma, ampliação e construção de novas USF's.

Com referência à recomendação R20, o Administrador da Saúde relata que alguns itens da recomendação já foram atendidos, onde serão realizadas adequações com criação de espaços para encontros e/ou reuniões e reformulação buscando a acessibilidade e atendimento aos clientes com necessidades especiais.

Quanto à recomendação R21, o Gestor da Saúde informa que baseado no planejamento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde foram realizadas reuniões com a finalidade de cumprir as determinações e portarias ministeriais para a área da Atenção Primária no que concerne às discussões técnicas sobre projetos estruturais das futuras instalações das equipes de SF, uma vez que são extremamente necessárias para o bom desenvolvimento das atividades profissionais.

A equipe de Auditoria entende que todas as iniciativas para atender as recomendações acima deverão ser explicitadas no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

6.1.2.1. Indisponibilidade e Insuficiência de Materiais, Insumos e Equipamentos para Atendimento aos Usuários

Conforme exaustivamente explicitado no bojo deste Relatório, a Equipe de AOP constatou a indisponibilidade, insuficiência e inadequação de vários materiais, insumos e equipamentos de saúde, ocasionados por problemas como: a inexistência de manutenção periódica dos equipamentos de saúde, fragilidades nos mecanismos de programação, aquisição, solicitação,

distribuição e controle de medicamentos, insumos de saúde e materiais gráficos, bem como a fragilidade do sistema de informações, causando prejuízo ao desenvolvimento das atividades das equipes de SF junto à população.

À vista do exposto, foram sugeridas à Secretaria Municipal de Saúde, algumas ações no sentido de minimizar os problemas detectados.

Como recomendação R22 foi sugerido que a SEMS elaborasse um plano de trabalho para aquisição de equipamentos médicos, odontológicos e hospitalares, móveis e utensílios para as USF's, necessários ao desenvolvimento das ações de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família.

Em seu comentário acerca da recomendação em questão o Gestor Municipal relata que a SEMS já vem alavancando alguns projetos nesse sentido, informa, ainda, que durante o ano de 2010 já foram adquiridos alguns equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações das equipes de Saúde da Família.

Como recomendação R23 foi proposto que a SEMS a realização de vistorias periódicas nos equipamentos médicos, odontológicos e hospitalares das USF, bem como dos móveis e utensílios, com o objetivo de aferir as suas condições de uso e proceder a manutenção ou reposição quando necessário.

O Administrador da Saúde, relativamente a esta recomendação, informou que a SEMS já está trabalhando na criação de uma equipe para realizar as manutenções e recuperações de bens e utensílios nas Unidades de Saúde da Família.

Considerando os comentários do Gestor acerca das recomendações R22 e R23 a equipe de AOP entende que o seu atendimento será confirmado no período de monitoramento desta auditoria, pelo que mantém as respectivas recomendações.

Foi sugerido como recomendação R24 que a SEMS elaborasse um plano de trabalho para manutenção periódica de equipamentos, inclusive os gabinetes odontológicos, materiais, móveis e utensílios que pudessem ser realizados no próprio município ou em municípios mais próximos.

O Gestor da Saúde relata, quanto a essa recomendação, que buscou no município um profissional e/ou empresa que pudesse dar este suporte, porém, os serviços são específicos de determinados fabricantes, o que dificulta a contratação de um profissional a nível municipal.

Analisando o comentário do Gestor a equipe de AOP acata o comentário relativamente à manutenção dos equipamentos médicos, inclusive dos gabinetes odontológicos, todavia, a manutenção desses equipamentos, ainda, que fora do município, devem ser realizados quando a vistoria periódica recomendada na R23 indicar a sua necessidade. Quanto à manutenção dos móveis e utensílios, a equipe entende que esta possa ser realizada no próprio município, pelo que mantém a recomendação, que será verificada na fase do monitoramento.

A Equipe de AOP, no sentido de evitar os problemas detectados no que tange à falta de medicamentos, insumos de saúde e materiais gráficos nas Unidades de Saúde da Família, sugeriu como recomendações R25 e R26, respectivamente, que a SEMS adotasse um sistema de abastecimento de medicamentos, insumos de saúde e materiais gráficos às Unidades, baseado no seu histórico de consumo e na programação das ações de saúde a serem realizadas pelas equipes de saúde da família e melhorasse a articulação e comunicação entre as Unidades e a Central de Medicamentos, de modo que as equipes e coordenadores de saúde fossem informados periodicamente de todos os medicamentos e insumos disponíveis na Central.

Quanto à recomendação R25 o Gestor da Saúde informa que citada recomendação foi amplamente discutida e resolvida com medidas já planejadas e tomadas juntamente com os coordenadores das Unidades de Saúde, conhecedores que são das suas áreas e demandas e que terão

avaliação quadrimestral de todos os itens de consumo necessários para cada equipe de SF.

No que pertine à recomendação R26 o Gestor anuncia que já está sendo repassado informações atualizadas através da nova Relação de Medicamentos (RENAME) e insumos estratégicos do Programa Assistência Farmacêutica Básica, todos baseados nas necessidades epidemiológicas de cada equipe de saúde da família, mais especificamente no atendimento total dos medicamentos que pertencem aos programas referentes à política de Atenção Básica.

A equipe de Auditoria entende que todas as iniciativas para atender a essas recomendações deverão ser explicitadas no Plano de Ação com vistas ao posterior Monitoramento.

6.1.3. SISTEMÁTICA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

6.1.3.1. Fragilidades no Planejamento Integrado das Políticas Públicas de Saúde

A Equipe de AOP constatou deficiências no processo de planejamento das ações de saúde previstas no PPA, Plano de Saúde e Pactos de Saúde, tais como: inadequação do PPA quanto à elaboração da política de saúde municipal e divergências entre os instrumentos de planejamento (PPA, Plano de Saúde, Pactos de Saúde e Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária) no que pertine às metas de expansão da Estratégia Saúde da Família, todas explicitadas no bojo deste Relatório.

Como fatores que concorrem para o surgimento dos problemas encontrados no processo de elaboração dos instrumentos de planejamento municipal e, mais especificamente, na área da saúde, estão: a inexistência de cultura de planejamento como estratégia de gestão; a inadequação de infraestrutura física e de equipamentos de informática; ausência de setor de planejamento na Secretaria Municipal de Administração e Finanças, que seja responsável pela elaboração das peças orçamentárias (PPA, LDO e LOA), pelo controle da execução das diretrizes e metas e pela emissão de relatório de avaliação da execução dessas peças; inexistência na Secretaria Municipal de Saúde de área de planejamento institucionalizada e com profissionais com papéis definidos para elaboração do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão, monitoramento e avaliação da implementação das ações e o alcance das metas propostas nos planos de saúde; inexistência de apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde na elaboração do Plano de Saúde e de técnicas de monitoramento e avaliação das ações de saúde; não há participação efetiva de todos os setores e servidores que atuam na saúde na elaboração dos instrumentos de planejamento específicos da área de saúde, levando ao desconhecimento, por parte dos coordenadores de saúde, do conteúdo desses instrumentos, assim como da previsão de recursos a serem alocados nas ações a serem implementadas; não há participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde. e carência de recursos humanos.

No intuito de melhorar o processo de planejamento, monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços públicos de saúde no município de Paragominas, a equipe de AOP fez recomendações tanto à Prefeitura Municipal, quanto à Secretaria Municipal de Saúde.

Por meio das recomendações R27, R 28, R29 e R30 foram recomendadas as seguintes ações à Prefeitura Municipal.

Como recomendação R27 foi sugerido pela Equipe de AOP a instituição de um setor ou núcleo coordenador para elaborar, monitorar e avaliar as peças orçamentárias (PPA, LDO e LOA).

No que tange à recomendação R27, diz o Administrador em seu comentário: *“Com a criação do novo CNPJ desvinculado ao da Prefeitura, houve a necessidade de implantar também esta política que vem avançando com a comunicação mais afinada entre os setores da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde com esta finalidade, estreitar laços e criar parcerias”*.

A Equipe de Auditoria observou que o comentário acima carece de maior esclarecimento, vez que pelo seu entendimento, não se verificou nenhuma alusão a criação do setor

ou núcleo coordenador com o fim de elaborar, monitorar e avaliar as peças orçamentárias (PPA, LDO e LOA) recomendado pela Equipe, pelo que enfatiza a manutenção da Recomendação referida, devendo ser contempladas no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

Foi sugerido pela recomendação R28 a instituição de normas, procedimentos e rotinas sistematizadas de planejamento das peças orçamentárias, para que contenham a indicação de metas e prioridades, bem como os resultados esperados, de forma clara e objetiva, expressando, inclusive, os valores monetários a serem incorridos em cada exercício financeiro, além do estabelecimento de indicadores de desempenho que servirão para monitorar a ação governamental, bem como haja a devida compatibilização com planos, programas e compromissos assumidos pelas Secretarias de Governo.

Em seu comentário, o Gestor relata que a Prefeitura vem desenvolvendo várias reuniões administrativas com o intuito de sanar estas dificuldades, já que também é uma reivindicação do Conselho Municipal de Saúde.

Como recomendação R29 foi sugerido que a Prefeitura Municipal a promoção da capacitação dos servidores a serem lotados no setor/núcleo de planejamento das políticas governamentais.

O Gestor se pronuncia alegando que uma das propostas da Prefeitura Municipal é a busca constante de capacitação do servidor público nas diversas áreas de abrangência, facilitada com a criação do Comitê de Valorização do Servidor.

Por meio da recomendação R30 a Equipe de AOP sugeriu o estabelecimento de uma sistemática de monitoramento e avaliação das peças orçamentárias, seja o PPA, a LDO ou LOA, visando à obtenção de informações para subsidiar decisões, bem como a identificação e a correção de problemas e, com isso, melhorar e agilizar o processo de gestão e o processo de divulgação da gestão realizada.

Informa o Gestor Municipal que já vem sendo adotada sistemática de monitoramento e avaliação das peças orçamentárias, seja o PPA, a LDO ou LOA, a Prefeitura buscou a implementação durante a elaboração dessas peças orçamentárias para execução no ano de 2011, para tanto, contou com a participação do CMS e todas as coordenações da Secretaria de Saúde para o aprimoramento e devidas correções.

Em face ao pronunciamento do Gestor Municipal acerca das recomendações sugeridas à Prefeitura Municipal, a Equipe sugere que às providências que já estão sendo tomadas para atendimento das citadas recomendações deverão ser lançadas no Plano de Ação e serão objeto do Monitoramento.

À Secretaria Municipal de Saúde, no que tange a esse achado foram sugeridas as recomendações R31, R32, R33 e R34.

Como recomendação R31 foi recomendado a SEMS a criação de normas, procedimentos e rotinas sistematizadas para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para que se possa, nesse processo, efetivamente identificar problemas e prioridades de intervenção para implementar soluções; identificar os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória; estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas; identificar os responsáveis pela execução; definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.

O Administrador da Saúde informa que no ano de 2010, com a deficiência na elaboração dos planos municipais de saúde, relatórios de gestão, programação anual de saúde e agenda municipal de saúde, com a assessoria de técnicos do COSEMS, colegiados de gestão regionais e da escola técnica do SUS (ETSUS), capacitou-se três profissionais da SEMS para

atuarem e desenvolverem estas ferramentas, com o objetivo de cumprir as devidas portarias, que exigem a apresentação destas ferramentas como pré-requisitos de solicitação de programas e recursos.

A Equipe de AOP considera louvável a iniciativa da SEMS em capacitar seus técnicos para desenvolverem as ferramentas de planejamento, controle e avaliação das políticas e programas de saúde, no entanto, oportuno salientar que tão somente a capacitação de profissionais da SEMS não garante o atendimento da recomendação, pelo que mantêm-se o teor disposto na mesma, que será objeto do Monitoramento.

Como recomendação R32 foi sugerido que a SEMS garantisse a participação de todos os coordenadores de saúde e Conselho Municipal de Saúde no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde.

Segundo o Gestor da Saúde o Sistema de Planejamento do SUS garante a participação dos entes envolvidos de forma plena na execução da política já mencionada, onde está havendo a participação de todos os atores neste Processo.

Cabe lembrar, por oportuno, que a recomendação em epígrafe decorreu da constatação, por parte da Equipe de AOP, de que não houve participação efetiva de todos os setores e servidores que atuam na saúde na elaboração tanto do Plano Municipal de Saúde do período 2009/2012, quanto do PPA do quadriênio 2010/2013, vez que os coordenadores de saúde informaram que desconhecem o conteúdo desses instrumentos, assim como não tem acesso a previsão de recursos a serem alocados nas ações a serem implementadas e que, de acordo com o Secretário de Saúde, a participação dos coordenadores restringiu-se ao fornecimento de dados sobre a saúde, que foram inseridos dentro das propostas do Plano Municipal de Saúde. Quanto à participação do Conselho Municipal de Saúde na elaboração do Plano Municipal de Saúde verificou-se nas entrevistas realizadas com os seus membros, que não houve a participação da entidade em encontros/reuniões para a discussão das ações de saúde a serem contempladas no Plano, inclusive para garantir que as propostas oriundas das Conferências de Saúde realizadas pelo município façam parte do PMS, o Conselho somente toma conhecimento do seu conteúdo no momento de sua remessa para análise e aprovação.

Ademais, o comentário do Gestor refere-se a participação dos atores mencionados na execução da política, pelo que mantêm-se a o teor disposto na referida recomendação, que será objeto do Monitoramento.

Foi sugerido pela Equipe de AOP por intermédio da recomendação R33 a elaboração de forma sistematizada da Programação Anual de Saúde, tendo como base a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde, contendo as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano, assim como sejam apresentados os indicadores para o seu monitoramento, a definição dos responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer anualmente para o alcance dos objetivos.

O Gestor da Saúde informa que de acordo com o novo modelo baseado nas necessidades da Atenção Primária, o município vem realizando o uso de tais ferramentas, sendo implementadas e desenvolvidas conjuntamente com os coordenadores e no colegiado que compõem os municípios do 5o. CRS.

No que concerne às providências que já estão sendo tomadas pelo Gestor, para atendimento da recomendação, as mesmas deverão ser lançadas no Plano de Ação e serão objeto do Monitoramento.

No que tange a recomendação R34 foi sugerido a SEMS a criação de uma sistemática de monitoramento e avaliação do PMS e das ações de saúde em todos os níveis de atenção, que contemple entre outros aspectos, os principais resultados alcançados, o cumprimento das metas

dispostas nos planos e pactos de saúde, a satisfação do beneficiário, a compatibilidade do fluxo de recursos com a programação financeira, a adequação dos recursos humanos e materiais e as restrições que interferiram no desempenho, tendo como subsídio as informações e os relatórios produzidos pelas áreas técnicas responsáveis, cujos relatórios servirão de base para a tomada de decisão, e realização de ajustes que se fizerem necessários no Plano de Saúde e definir os rumos para a programação do ano seguinte.

O Gestor da Saúde se pronuncia no sentido de que embasados nesta nova política, evidentemente será mais fácil o cumprimento das metas, a compatibilidade dos fluxos, as alocações de recursos e a execução e monitoramento dos serviços de saúde oferecidos pelo município na sua atuação. Informa que adicionalmente, estratégias de articulação, como a análise da situação da saúde, a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação, a existência de complexos reguladores, as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo, são igualmente importantes para superar os problemas e implementar um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida. Informa, ainda, que a SEMS abrirá agenda dentro do Conselho Municipal de Saúde para a necessidade de promoção desses equacionamentos, para melhor visibilidade dentro da gestão.

Em face ao pronunciamento do Gestor, a Equipe enfatiza a manutenção da Recomendação, devendo ser contemplada no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

Foi sugerido, ainda, pela Equipe de Auditoria, por meio da recomendação R35, a divulgação para a comunidade os resultados da avaliação dos planos e pactos de saúde.

Em seu comentário o Gestor da SEMS informa já vem executando várias estratégias no sentido de atender a citada recomendação, tais como: criação de uma equipe de divulgação das ações em saúde no CMS; fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, com a contratação de mais um enfermeiro; a expansão do número de agentes comunitários de saúde; a utilização dos meios de comunicação como TV e rádio; Ouvidoria Municipal; alimentação do site da Prefeitura; extensão ao programa Bom Dia Prefeito; e a disponibilização de um profissional na área de comunicação, para divulgar as ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde.

O Gestor anuncia providências acerca da Recomendação, o que poderá ser com firmado no Plano de Ação para futuro monitoramento.

6.1.3.2. Deficiências na Sistemática de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Estratégia Saúde da Família

Conforme já explicitado no bojo deste Relatório, a Equipe de Auditoria verificou que as ações de planejamento, fiscalização, monitoramento e avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família não são realizadas de forma rotineira e sistemática e não envolvem todos os membros das equipes de saúde da família.

Os fatores que levam às deficiências detectadas na sistemática de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes de saúde da família e das USF's são: a carência de recursos humanos; falta de treinamento e capacitação dos coordenadores de saúde para desenvolverem as ações de planejamento, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família; falta de procedimentos administrativos estruturados para ações de supervisão e acompanhamento por parte dos coordenadores da atenção básica e falta de um Sistema de Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde da Família.

Em vista disso, a Equipe de AOP sugeriu à Secretaria Municipal de Saúde, as recomendações R36, R37, R38, R39, R40, R41 e R42.

Como recomendação R36 foi sugerido a implantação de sistema informatizado que permita: a integração com o sistema a ser implantado nas USF's, que foi objeto da recomendação

R16, e os sistemas do DATASUS relacionados a atenção básica, através de uma única entrada de dados; o registro de todas as informações necessárias ao monitoramento e avaliação do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no município.

O Gestor da Saúde em seu comentário em relação a recomendação em epígrafe, informa que as justificativas já foram dadas a quando do comentário da recomendação R16, na medida que elas se complementam. Dessa forma, pela concordância do Gestor da necessidade de implantação desse sistema informatizado a Equipe de AOP mantém a referida recomendação e sugere que todas as ações que se fizerem necessárias para atendimento da mesma sejam postas no Plano de Ação, que serão objeto de Monitoramento.

Como recomendação R37 foi sugerido a implantação de uma sistemática de monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família, com a adoção de instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da Saúde da Família, tais como: planilhas, gráficos e adoção de indicadores próprios a serem elaborados a partir dos dados registrados no sistema de informações dispostos acima, a serem avaliados juntamente com os indicadores pactuados com o Ministério da Saúde e Governo do Estado, para acompanhamento do desempenho das eSF's e da gestão da atenção básica, a serem apresentados por meio da emissão de relatórios periódicos, tempestivos.

O Gestor da Saúde informa que o seu comentário relativo a esta recomendação encontra-se contemplada no comentário da recomendação R34. Considerando o comentário, vê-se que o Gestor concorda com o pronunciamento da Equipe de AOP, pelo que mantém-se a recomendação, que deve ser contemplada no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

Foi sugerido como recomendação R38 a implementação na Secretaria da Municipal da Saúde sistemática de utilização efetiva de relatórios periódicos, tempestivos e relevantes, com vista a subsidiar o processo de tomada de decisão do corpo diretivo municipal e como recomendação R39 foi sugerido que a SEMS procedesse a realização de reuniões periódicas entre os coordenadores de saúde do Departamento de Atenção Básica e todos os membros das equipes de saúde da família para a elaboração, de forma conjunta e articulada, da programação das ações a serem implementadas pelas equipes de saúde, proceder a avaliação das ações realizadas e práticas adotadas pelas equipes, as metas previstas e os resultados alcançados nos planos e pactos de saúde, os problemas que dificultaram o alcance de metas, análises da situação de saúde/doença da população atendida pelas equipes e discussão de estratégias para enfrentamento dos problemas detectados, a partir das informações constantes nos relatórios de monitoramento e avaliação.

No que tange a essas recomendações o Administrador da SEMS relata que a criação de uma equipe de planejamento interagindo com os demais técnicos e com o agendamento de reuniões periódicas, estes objetivos serão consequentemente executados e passarão a ser rotinas no âmbito administrativo da SEMS.

Em face ao pronunciamento do Gestor, a Equipe enfatiza a manutenção das Recomendações em questão, devendo as ações a serem desenvolvidas para o seu atendimento, ser contempladas no Plano de Ação com vistas ao Monitoramento.

Como recomendação R40 foi sugerido que a SEMS promova a qualificação permanente dos coordenadores da atenção básica acerca das ações de programação, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família.

O Gestor da Saúde informa que desde o ano de 2010 estão sendo programadas mensalmente reuniões periódicas para as realizações de programação, monitoramento das ações e avaliação dos trabalhos desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família por categoria profissional.

O comentário do Gestor refere-se à realização de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, enquanto que a recomendação diz respeito a promoção de qualificação permanente dos coordenadores da atenção básica acerca das ações de programação, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da

Família, avaliada pela Equipe de AOP como uma necessidade em face das deficiências detectadas neste aspecto, pelo que mantém-se a teor disposto na referida recomendação, que será objeto do Monitoramento.

A Equipe de AOP sugeriu, ainda, como recomendação R41 que a SEMS estudasse a viabilidade de agregar ao Departamento de Atenção Básica novos coordenadores de saúde, no sentido de evitar a sobrecarga de trabalho em decorrência do acúmulo da coordenação de diversos programas desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica e permitir a supervisão sistemática das eSF's e USF's.

Em seu comentário o Gestor da SEMS relata que um estudo de viabilidade já foi realizado e conforme necessidade foram solicitados novos técnicos que atendessem a demanda em setores como: vigilância nutricional e bolsa família, coordenação do PACS, vigilância epidemiológica, expansão de técnicos e de agentes de combate a endemias e supervisores, para atuarem na prevenção da dengue e da malária, coordenador e psicólogo para o CTA e uma assistente social para o programa do TFD.

No que tange às providências que já estão sendo tomadas pelo Gestor, para atendimento da recomendação, as mesmas deverão ser lançadas no Plano de Ação e serão objeto do Monitoramento.

Finalmente, como recomendação R42, foi sugerido que a SEMS solicite junto ao Prefeito Municipal a elaboração e envio de projeto de lei visando a reorganização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e a definição das competências e atribuições de seus departamentos e coordenadorias, incluindo o Departamento da Atenção Básica.

O Gestor da Saúde, em seu comentário, relata que é conhecedor de que o atual organograma da SEMS não se encontra em conformidade com as normas e diretrizes do Ministério da Saúde, todavia, já está sendo concluído estudo de viabilidade para o encaminhamento ao Executivo o Projeto de Lei que contemple todos os cargos e funções já desempenhadas de maneira informal.

Face ao pronunciamento do Gestor, mantém-se a recomendação, sugerindo que todas as providências que já estão sendo tomadas para atendimento da recomendação deverão ser lançadas no Plano de Ação e serão objeto do Monitoramento.

7. CONCLUSÃO

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

A Saúde da Família (SF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994 com o propósito de orientar a organização da Atenção Básica no país. A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pelo Ministério da Saúde em 2006, por intermédio da Portaria nº 648/2006, foram redefinidos os fundamentos, objetivos e princípios da Atenção Básica e as responsabilidades de cada esfera de governo, com vistas a consolidar e qualificar a Saúde da Família como a estratégia prioritária para a reorientação das práticas de saúde, mediante a substituição da rede de serviços de Atenção Básica tradicional, constituindo-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O acesso do beneficiário ao Sistema de Saúde dá-se por intermédio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deve oferecer ao cidadão assistência integral e contínua, desenvolvida pelos profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF), nas próprias unidades e também nos domicílios.

A Estratégia Saúde da Família tem como foco à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde da população e à responsabilização pelo encaminhamento do usuário aos serviços de maior complexidade assistencial.

A presente auditoria objetivou avaliar o desempenho da Estratégia Saúde da Família no município de Paragominas a partir das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica. A avaliação se deu sob os seguintes aspectos: se as equipes da Estratégia Saúde da Família estão efetivamente implantadas e em condições adequadas de atuação; se as Unidades Básicas de Saúde dispõem de infraestrutura, materiais e insumos que permitam o desenvolvimento das atribuições das equipes de saúde da família; e se a gestão da Estratégia Saúde da Família no município apresenta vulnerabilidades que possam comprometer o seu adequado funcionamento.

Em decorrência das análises realizadas pela equipe de Auditoria, expostas no decorrer deste Relatório, constataram-se a existência de problemas que vem comprometendo a expansão, operacionalização e o desempenho da Estratégia Saúde da Família, prejudicando o alcance dos resultados esperados, quais sejam: a insuficiência de cobertura do saúde da família; vínculo profissional precário dos membros da equipe saúde da família (eSF); elevada rotatividade de médicos e enfermeiros; falta de reconhecimento/valorização dos profissionais que atuam nas eSF's; procedimentos das eSF incompatíveis com a filosofia da Estratégia Saúde da Família; sobrecarga de trabalho de componentes da eSF; precariedade dos mecanismos de referência e inexistência de contra-referência; instalações físicas inadequadas das Unidades de Saúde da Família; precariedade e insuficiência de equipamentos, insumos, materiais e móveis nas USF's; fragilidades no processo de planejamento integrado das políticas públicas de saúde e nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família.

Diante das deficiências na implementação da Estratégia, identificadas pela equipe de AOP, foram formuladas recomendações, cujos benefícios, após implementados, possibilitarão: integrar os profissionais das equipes de saúde da família com a filosofia da Estratégia; maior resolutividade por parte das equipes de saúde da família; maior disponibilidade de tempo para realização de ações de promoção e prevenção à saúde, por parte das eSF's; humanização no atendimento à população usuária; redução da sobrecarga de trabalho das eSF's; credibilidade da população com a medicina preventiva levando a consolidação dos vínculos entre os usuários e as eSF's; USF's melhor estruturadas; valorização dos profissionais das eSF's, com a conseqüente consolidação dos vínculos entre os profissionais e o SUS; diminuir a elevada rotatividade de médicos e enfermeiros; melhorar a referência do usuário aos níveis de maior complexidade e

efetivar a contra-referência para garantia da continuidade da assistência; melhoria no planejamento e nas ações de supervisão, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família por parte dos coordenadores de saúde e gestor municipal.

Por fim, espera-se, que esta auditoria possa contribuir para o aperfeiçoamento da gestão e a melhoria do desempenho da Estratégia Saúde da Família no município, quanto a sua expansão, atuação das equipes de saúde da família, à infraestrutura para atendimento da demanda nas unidades de saúde da família e ao planejamento, monitoramento e avaliação da Estratégia, oferecendo ao cidadão, como consequência, um serviço de saúde de qualidade, oportuno, resolutivo e humanizado.

8. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto e visando contribuir para a melhoria das ações da Estratégia Saúde da Família no Município de Paragominas, submete-se este relatório à consideração superior, com as propostas apresentadas a seguir.

8.1. Recomendar à Prefeitura Municipal a adoção das seguintes medidas:

- 8.1.1. Envidar esforços no sentido de fixar um percentual mínimo dos recursos próprios destinados à Atenção Básica, que necessariamente deveriam ser investidos na Estratégia Saúde da Família, em razão do seu importante papel dentro do SUS, vez que pretende reorganizar o primeiro nível de atenção à saúde.
- 8.1.2. Que promova a elaboração um plano de trabalho prevendo a regularização dos direitos trabalhistas para todos profissionais da Saúde da Família de acordo com a legislação vigente.
- 8.1.3. Promova as alteração na lei de cargos e salários criando os cargos dos profissionais de saúde para atuarem nas equipes de saúde da família, principalmente de agentes comunitários de saúde, para atender as normas legais vigentes.
- 8.1.4. Promova a realização de processo de seleção pública para a contratação de agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros para atuarem na Estratégia Saúde da Família.
- 8.1.5. Instituir um setor ou núcleo coordenador para elaborar, monitorar e avaliar as peças orçamentárias (PPA, LDO e LOA).
- 8.1.6. Instituir normas, procedimentos e rotinas sistematizadas de planejamento das peças orçamentárias, para que contenham a indicação de metas e prioridades, bem como os resultados esperados, de forma clara e objetiva, expressando, inclusive, os valores monetários a serem incorridos em cada exercício financeiro, além do estabelecimento de indicadores de desempenho que servirão para monitorar a ação governamental, bem como haja a devida compatibilização com planos, programas e compromissos assumidos pelas Secretarias de Governo.
- 8.1.7. Promover a capacitação dos servidores a serem lotados no setor/núcleo de planejamento das políticas governamentais.
- 8.1.8. Estabelecer sistemática de monitoramento e avaliação das peças orçamentárias, seja o PPA, a LDO ou LOA, visando à obtenção de informações para subsidiar decisões, bem como a identificação e a correção de problemas e, com isso, melhorar e agilizar o processo de gestão e o processo de divulgação da gestão realizada.

8.2. Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde adoção das seguintes medidas:

- 8.2.1. Levar para discussão no fórum da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a possibilidade do Governo do Estado do Pará oferecer um aporte maior de recursos para a ESF, o que poderia minimizar as razões da não expansão do número de eSF de acordo com o teto preconizado pelo Ministério da Saúde para o município.
- 8.2.2. Suscitar uma discussão tanto no fórum da CIB, quanto no fórum da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a dificuldade de contratação dos profissionais médicos, vez que a ocorrência desse problema é comum na maioria dos municípios do interior do Estado, bem como das regiões Norte e Nordeste do Brasil e a solução perpassa pela adoção de políticas públicas, não só pelo ente municipal, mas pelo Governo do Estado do Pará e Federal, que objetivem melhorar a infraestrutura dos municípios, para que estes possam oferecer aos médicos, além de salários adequados, melhores condições de trabalho e de vida, como

- forma de atração desses profissionais para o trabalho no interior do Estado.
- 8.2.3. Melhorar os mecanismos de registro e controle financeiro dos gastos realizados, que forneçam informações acerca dos custos financeiros individualizados dos programas e ações desenvolvidas pela SEMS, permitindo a melhoria da gestão dos recursos e o controle social.
 - 8.2.4. Verificar a possibilidade de implantar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que ofereça à população não cadastrada nas USF's atendimento médico no primeiro nível de atenção para dar suporte às eSF's e ao hospital municipal.
 - 8.2.5. Desenvolver uma política de valorização dos profissionais que atuam nas eSF's, com a adoção de políticas salariais e de benefícios que melhorem os níveis salariais.
 - 8.2.6. Desenvolver um programa de reconhecimento e premiação das iniciativas exitosas de profissionais, equipes ou unidades a partir de critérios de avaliação, cumprimento de metas e resultados alcançados, definidos e pactuados com as equipes.
 - 8.2.7. Promover a divulgação da filosofia da ESF para a população e componentes das equipes de saúde da família, esclarecendo sobre as características do modelo SF adotado para a área e enfatizando a importância dos profissionais da Saúde da Família na política de saúde municipal e nacional. A equipe de auditoria entende que além da utilização dos meios de comunicação disponíveis no município, a forma mais eficaz para divulgação da filosofia da Estratégia Saúde da Família junto aos usuários deve ser desenvolvida pelos Agentes Comunitários de Saúde, que, após receberem treinamento, farão a divulgação utilizando-se de material ilustrativo. As ações de esclarecimento à população devem ser permanentes e sistemáticas, e devem ser realizadas, no mínimo uma vez por trimestre.
 - 8.2.8. Elaborar normas e procedimentos gerais para reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, especificamente com relação ao agendamento de consultas, visitas domiciliares e atendimento aos usuários nas USF's, visando o enfrentamento das dificuldades relatadas pelos usuários, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas.
 - 8.2.9. Prover as USF's de meios de transporte para deslocamento dos médicos e enfermeiros aos domicílios dos beneficiários da Saúde da Família.
 - 8.2.10. Estender o Projeto Piloto Jaderlândia e Promissão II às demais USF.
 - 8.2.11. Incorpore às USF, com adscrições de população superiores a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as equipes de saúde da família.
 - 8.2.12. Viabilize a aquisição de equipamentos de informática para as USF's e implantação de sistemas informatizados que permitam o uso de serviços como: prontuário eletrônico; agendamento dos atendimentos e visitas domiciliares; registro de visitas; cadastramento de famílias; acompanhamento e controle da produtividade das Unidades (atendimento de criança, idoso, risco para Dengue, atividades produtivas domiciliares, nascidos vivos, óbitos, hospitalizações, controle de imunização; prescrição e evolução médica e de enfermagem, etc...); agendamento de consultas e exames especializados, entre outros serviços.
 - 8.2.13. Implantar a Central de Regulação para garantir os fluxos do Sistema Único de Saúde, consolidando a Unidade de Saúde como porta de entrada do sistema;
 - 8.2.14. Criar mecanismos de controle, registro e avaliação das solicitações, agendamento e atendimento de consultas e exames especializados oriundos das USF's, objetivando o aprimoramento da oferta desses serviços;
 - 8.2.15. Buscar meios para contratação de médicos especialistas e serviços de exames especializados para atender a demanda.

- 8.2.16. Elabore plano de reforma e ampliação das USF's, adequando a estrutura física de acordo com as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde no Manual de Estrutura Física das UBS/Saúde da Família.
- 8.2.17. Garanta a participação das equipes de saúde da família, coordenadores de saúde e Conselho Municipal de Saúde na elaboração dos projetos arquitetônicos de reforma, ampliação e construção de novas USF's.
- 8.2.18. Elabore um plano de trabalho para aquisição de equipamentos médicos, odontológicos e hospitalares, móveis e utensílios para as USF's, necessários ao desenvolvimento das ações de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família.
- 8.2.19. Realizar vistoria periódica nos equipamentos médicos, odontológicos e hospitalares das USF, bem como dos móveis e utensílios, com o objetivo de aferir as suas condições de uso e proceder a manutenção ou reposição quando necessário.
- 8.2.20. Plano de trabalho para manutenção periódica de equipamentos, inclusive os gabinetes odontológicos, materiais, móveis e utensílios que possam ser realizados no próprio município ou em municípios mais próximos.
- 8.2.21. Adote sistema de abastecimento de medicamentos, insumos de saúde e materiais gráficos às USF, baseado no histórico de consumo das USF e na programação das ações de saúde a serem realizadas pelas equipes de saúde da família.
- 8.2.22. Melhorar a articulação e comunicação entre as Unidades de Saúde da Família e Central de Medicamentos de modo que seja de conhecimento da equipe da família e coordenadores de saúde todos os medicamentos e insumos disponíveis na Central de Medicamentos.
- 8.2.23. Criar normas, procedimentos e rotinas sistematizadas para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para que se possa, nesse processo, efetivamente identificar problemas e prioridades de intervenção para implementar soluções; identificar os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória; estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas; identificar os responsáveis pela execução; definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.
- 8.2.24. Garantir a participação de todos os coordenadores de saúde e Conselho Municipal de Saúde no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde;
- 8.2.25. Elaborar de forma sistematizada a Programação Anual de Saúde, tendo como base a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde, contendo as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano, assim como sejam apresentados os indicadores para o seu monitoramento. Definir os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer para o alcance dos objetivos.
- 8.2.26. Criar sistemática de monitoramento e avaliação do PMS e das ações de saúde em todos os níveis de atenção, que contemple entre outros aspectos, os principais resultados alcançados, o cumprimento das metas dispostas nos planos e pactos de saúde, a satisfação do beneficiário, a compatibilidade do fluxo de recursos com a programação financeira, a adequação dos recursos humanos e materiais e as restrições que interferiram no desempenho, tendo como subsídio as informações e os relatórios produzidos pelas áreas técnicas responsáveis, cujos relatórios servirão de base para a tomada de decisão, e realização de ajustes que se fizerem necessários no Plano de Saúde e definir os rumos para a programação do ano seguinte.
- 8.2.27. Divulgar para a comunidade os resultados da avaliação dos planos e pactos de saúde.

- 8.2.28. Implantar sistema informatizado que permita: a integração com o sistema a ser implantado nas USF's (recomendação R16) e os sistemas do DATASUS relacionados a atenção básica, tais como: PNI (Programa Nacional de Imunização), SIAB (Sistema de Atenção Básica), SISPRENATAL (Sistema Pré-Natal), HIPERDIA (Sistema Hipertensão e Diabetes), CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), CADSUS (Cadastro Nacional de Usuários), SIA/SUS, SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional) através de uma única entrada de dados; o registro de todas as informações necessárias ao monitoramento e avaliação do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no município, tais como: atuação das equipes de saúde da família; demandas de serviços de saúde pela população cadastrada nas USF's e demanda espontânea, nos quais estejam incluídos os usuários atendidos e não atendidos; condições de uso e manutenção de móveis, utensílios e equipamentos médicos e hospitalares; ações de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família; treinamentos oferecidos às equipes, entre outras informações.
- 8.2.29. Implantar sistemática de monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família, com a adoção de instrumentos para acompanhamento das ações e práticas da Saúde da Família, tais como: planilhas, gráficos e adoção de indicadores próprios a serem elaborados a partir dos dados registrados no sistema de informações dispostos acima, a serem avaliados juntamente com os indicadores pactuados com o Ministério da Saúde e Governo do Estado, para acompanhamento do desempenho das eSF e da gestão da atenção básica, a serem apresentados por meio da emissão de relatórios periódicos, tempestivos.
- 8.2.30. Implementar na Secretaria da Municipal da Saúde sistemática de utilização efetiva de relatórios periódicos, tempestivos e relevantes, com vista a subsidiar o processo de tomada de decisão do corpo diretivo municipal.
- 8.2.31. Realizar reuniões periódicas entre os coordenadores de saúde do Departamento de Atenção Básica e todos os membros das equipes de saúde da família para a elaboração, de forma conjunta e articulada, da programação das ações a serem implementadas pelas equipes de saúde, proceder a avaliação das ações realizadas e práticas adotadas pelas equipes, as metas previstas e os resultados alcançados nos planos e pactos de saúde, os problemas que dificultaram o alcance de metas, análises da situação de saúde/doença da população atendida pelas equipes e discussão de estratégias para enfrentamento dos problemas detectados, a partir das informações constantes nos relatórios de monitoramento e avaliação.
- 8.2.32. Promover a qualificação permanente dos coordenadores da atenção básica acerca das ações de programação, monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família.
- 8.2.33. Estudar a viabilidade de agregar ao Departamento de Atenção Básica novos coordenadores de saúde, no sentido de evitar a sobrecarga de trabalho em decorrência do acúmulo da coordenação de diversos programas desenvolvidos no âmbito da Atenção Básica e permitir a supervisão sistemática das eSF's e USF's.
- 8.2.34. Solicitar junto ao Prefeito Municipal a elaboração e envio de projeto de lei visando a reorganização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e a definição das competências e atribuições de seus departamentos e coordenadorias, incluindo o Departamento da Atenção Básica.
- 8.2.35. Remeter a este Tribunal, no prazo de 60 dias a contar da publicação do Acórdão, Plano de Ação contendo o cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das respectivas recomendações e determinações prolatadas pelo TCM/PA, com o nome dos responsáveis pela implementação dessas medidas.
- 8.2.36. Recomendar ao Secretário Municipal de Saúde que articule grupo de contato de auditoria, com participação de técnicos do Departamento da Atenção Básica e o Controle Interno,

para atuarem como canal de comunicação com este Tribunal, com o objetivo de facilitar o acompanhamento da implementação das determinações e recomendações prolatadas pelo TCM/PA.

- 8.3. Encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e o Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor do presente relatório para os seguintes destinatários: a) ao Prefeito Municipal de Paragominas; b) ao Secretário Municipal de Saúde de Paragominas; c) ao Presidente da Câmara Municipal de Paragominas; d) ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Paragominas; e) à 6ª Controladoria deste Tribunal, a qual se vincula a análise das contas do município de Paragominas.
- 8.4. Retornar os autos à Controladoria/TCM/PA para que se programe a realização do monitoramento do Acórdão da Decisão que vier a ser prolatado.
- 8.5. Arquivar os presentes autos na 3ª Controladoria/TCM/PA.

É o Relatório

Belém (PA), 03 de outubro de 2011.

Alcimar Lobato da Silva
Auditor – Mat. 069062700

Coordenador

Mário Augusto Medina Viana
Inspetor Regional

Mat. 500000310

Maria do Socorro Pessôa da Silva
Analista de Controle Externo
Mat. 6840900

Elisa do Socorro Melo Resque
Analista de Controle Externo
Mat. 500000363

Julines Antônio Freire Pereira
Assistente de Informática
Mat. 500000278

Aristides Pinheiro Gomes Neto
Analista de Controle Externo
Mat. 500000363

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Manual de Elaboração: plano plurianual 2008-2011. Brasília: MP, 2007.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Roteiro de Verificação de Controles Internos em Avaliação de Programas de Governo. Brasília, 2006. Mimeo.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. DF: 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 08 maio 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – 4ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde, Consulta de Pagamentos – Transferência Fundo a Fundo. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/visualizarFundoaFundo.asp?>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003 – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização* 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Datasus. *Caderno de Informações de Saúde – Informações Gerais*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Caderno de Informações de Saúde – Informações Gerais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde, Consulta de Pagamentos – Transferência Fundo a Fundo. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/visualizarFundoaFundo.asp?>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família : trabalhos premiados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. xx p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. – Ano VIII, n. 13 (Jan/Mar 2007). Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires de, ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: Mudanças ou continuidade do modelo assistencial em saúde hegemônico? Arq. Apadec, 8(supl.): Mai, 2004.

MARIN, Nelly. (org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003. [373].

STARFIELD, B. Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1.

PARÁ. Constituição do Estado do Pará. Belém. PA: 2001. Atualizada pela Emenda Constitucional nº 18 de 29/03/2001.

TCU. Tribunal de Contas da União. Coordenadoria de Fiscalização e Controle. Manual de Auditoria de Natureza Operacional. Brasília, 2000.

GLOSSÁRIO

- 1) **Estetoscópio** – Instrumento utilizado para ausculta de qualquer som vascular, respiratório e outros de outra natureza em qualquer região do corpo, como por exemplo: sons cardíacos e sons dos pulmões.
- 2) **Estetoscópio de Pinar** – Instrumento utilizado para ausculta do batimento cardíaco do feto.
- 3) **Esfigmomanômetro** - aparelho de pressão utilizado por diversos profissionais, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas. Consiste num sistema para compressão arterial composto por uma bolsa inflável de borracha de formato laminar, a qual é envolvida por uma capa de tecido inelástico (braçadeira, cuff com manguito = bladder) e conectada por um tubo de borracha a um manômetro e por outro tubo, que contém uma válvula controlada pelo operador, conectado a uma pêra, que tem a finalidade de insuflar a bolsa pneumática. Usado para medida indireta da pressão arterial.
- 4) **Espéculos Ginecológicos** – Instrumento utilizado no exame dos órgãos genitais internos femininos.
- 5) **Estufa/Autoclave** - são estruturas com o objetivo de acumular e conter o calor no seu interior, mantendo assim uma temperatura maior no seu interior que ao seu redor. Normalmente composta de uma caixa e uma fonte de calor. Aparelho para esterilização.
- 6) **Glicosímetro** - dispositivo usado para medir a concentração de glicose no sangue.
- 7) **Negatoscópio** - Aparelho para visualização de imagens radiográficas (radiografias)
- 8) **Otoscópio** - equipamento médico utilizado para observar o interior da orelha. Os médicos utilizam o otoscópio para procurar por doenças durante consultas regulares e também para investigar algum sintoma que envolva a orelha.
- 9) **Refletor para coleta de PCCU** - Aparelho para iluminar e possibilitar a coleta de material para a realização do exame preventivo para detecção do câncer de colo do útero.
- 10) **Régua Antropométrica** - Acessório utilizado para medição de altura, construída em madeira, com escala mínima de 1000 mm.
- 11) **Teste do Pezinho** - Consiste na obtenção de uma amostra de sangue através de uma picada no "pezinho" do recém-nascido, durante os primeiros dias de vida. O sangue é armazenado sob a forma de pequenas manchas num papel de filtro contido no cartão de Guthrie, que é posteriormente utilizado para os testes laboratoriais, para diagnóstico de doenças congênitas, entre elas o hipotireoidismo (que se não diagnosticado pode levar a graus de demência extremas além de outras disfunções múltiplas) e fenilcetonúria (pode provocar retardo mental).
- 12) **Unidade Básica de Saúde** - realiza atenção básica e integral à saúde a uma população determinada, de forma programada ou não, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nessas áreas.
- 13) **Unidade da Saúde da Família** - também denominada PSF ou, conforme normatização recente, ESF, realiza atenção contínua nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde.



ANEXOS