

Relatório de Auditoria Operacional na Ação Implementação e Expansão do Programa de Saúde da Família - PSF

Processo nº: 8228/2009 – TC

Modalidade: Avaliação de Programa

Conselheiro Relator: Valério Alfredo Mesquita

Equipe de Auditoria: José Monteiro Coelho Filho (Coordenador)
Ivoná Maria Gama de Figueiredo
Mayra Gomes de Medeiros Galvão Pereira
Teresa Cristina Rocha do Nascimento

Monitora: Joilma Rodrigues Sant'anna (TC/DF)



Natal, agosto/2010

Processo nº: 8228 / 2009 – TC

Conselheiro Relator: Valério Alfredo Mesquita

Unidade Jurisdicionada: Secretaria Municipal de Saúde – Natal/RN

Responsáveis: Maria Aparecida de França Gomes
CPF Nº 566.160.584-68
Período: de 03/01/2003 a 05/04/2008

Edmilson de Albuquerque Júnior
CPF Nº 406.631.964-15
Período: de 23/04/2008 a 01/01/2009

Levi Higino Jales Júnior
CPF Nº 106.561.544-20
Período: de 02/01/2009 a 01/04/2009

Lecy de Maria A. G. Fernandes
CPF Nº 096.346.574-00
Período: de 01/04/2009 a 26/06/2009

Ana Tânia Lopes Sampaio
CPF Nº 295.059.254-68
Período: de 01/07/2009 a 17/04/2010

Ato de designação da equipe: Portaria nº 175/2009 – GP/TCE, de 20 de agosto de 2009.

Objetivo: avaliar em que medida a Ação Implementação e Expansão do Programa de Saúde da Família - PSF tem contribuído para promoção da saúde no município do Natal através do acesso aos serviços de atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família, abordando os seguintes aspectos: a) implementação das equipes de saúde da família; b) sistemática de controle e monitoramento da ação e; c) grau de satisfação do usuário.

Período abrangido pela auditoria: 2006 a 2009

Agradecimentos

Ao Corpo Dirigente do Tribunal de Contas do Estado e Diretores das Unidades do TCE, pelo apoio prestado ao PROMOEX, que tem sido marco decisório na implantação da auditoria operacional no âmbito do TCE/RN.

À Coordenação da UEL/RN - PROMOEX, na pessoa da Sr^a Ione Macêdo de Medeiros Salem e ao Diretor da Inspeção de Controle Externo, na pessoa do Sr. Jailson Tavares Pereira, pelo apoio à equipe de auditoria nas diversas etapas do trabalho.

Ao Grupo Temático de Auditoria Operacional do PROMOEX, na pessoa do seu Coordenador, Senhor Vivaldo Ribeiro (TCE/BA), pela dedicação e empenho na realização do treinamento de excelente qualidade em auditoria operacional, além das orientações passadas para as equipes de auditorias dos diversos TC.

A Analista de Controle Externo Joilma Rodrigues Sant'anna do TC/DF pelas orientações e incentivos a equipe para a elaboração desse relatório.

A valiosa colaboração da Secretaria Municipal de Saúde na pessoa da então Secretária, Sr^a Ana Tânia Sampaio e dos profissionais de saúde que trabalham com Saúde da Família que, de forma muito solícita e participativa, prestaram informações essenciais à análise constante do presente relatório.

Às demais pessoas que direta ou indiretamente ajudaram para a realização desse trabalho.

Resumo

Dando continuidade a uma das ações consideradas prioritárias no âmbito do Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros – PROMOEX, foi realizada a segunda Auditoria Operacional, desta vez na função saúde. Foi escolhido, dentro os temas apresentados, a Ação “Implementação e Expansão do Programa de Saúde da Família” – PSF no município do Natal face sua relevância, materialidade e riscos identificados na etapa de levantamento dos trabalhos auditoriais. A auditoria foi autorizada pela Decisão nº 08/2009 – TC, de 02 de julho de 2009, da Primeira Câmara de Contas do Tribunal de Contas do Estado.

A Ação “Implementação e Expansão do Programa de Saúde da Família” – PSF integra o Programa Vida Saudável no PPA 2006/2009 da Prefeitura Municipal do Natal e tem como Órgão responsável a Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

O objetivo da auditoria foi avaliar em que medida a ação tem contribuído para promoção da saúde no município do Natal através do acesso aos serviços de atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família, abordando os seguintes aspectos: a) implementação das equipes de saúde da família; b) sistemática de controle e monitoramento da ação e; c) grau de satisfação do usuário.

Na investigação das questões de auditoria foram adotadas como estratégias metodológicas: a) revisão da legislação e de documentos técnicos; b) pesquisa amostral não probabilística com aplicação de questionários estruturados com os profissionais atuantes e beneficiários do programa; c) visitas de estudo, com a realização de grupo focal com profissionais que trabalham no programa; d) pesquisa documental.

Como síntese das conclusões sobre os aspectos analisados na auditoria constatou-se que: a) redução da cobertura do PSF em 11,95%, passando de 45,67% em 2006 para 33,72% ao final de 2009; b) dados sobre as Equipes de Saúde da Família - ESF e sobre atendimentos utilizados em relatórios da SMS são inconsistentes; c) ESF incompletas; d) instalações físicas utilizadas como Unidades de Saúde da Família - USF precárias e não atendem aos parâmetros definidos em normas pertinentes; e) sistemática de manutenção de instalações, móveis e equipamentos não atende às necessidades das unidades; f) acompanhamento, supervisão e avaliação da Ação são carentes de um plano específico, não atendendo o estabelecido em lei; g) inexistência de um modelo gerencial de acompanhamento, supervisão e avaliação que utilize objetivos, metas e indicadores para o alcance de resultados h) a falta de medicamentos e profissionais nas USF; e i) a SMS ainda não atende garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, deixando de atender ao requisito do programa.

Destaca-se como boa prática observada nos trabalhos, a inclusão, pelo Setor de Manutenção de Bens Móveis da SMS, quando da aquisição de novos equipamentos, da capacitação para sua operação e instalação, que resolve problemas com equipamentos que são adquiridos e não são instalados ou não tem pessoal capacitado para operá-los.

Com as recomendações formuladas pela auditoria, espera-se que a SMS proporcione condições satisfatórias para o cumprimento dos requisitos necessários na implementação da Equipes de Saúde da Família no município, empregando um modelo de gestão com efetivo acompanhamento, supervisão e avaliação da ação que atendam aos anseios dos usuários do programa, observando os aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Lista de Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DIFIT – Departamento de Infra-Estrutura Física e Tecnológica
DLS - Departamento de Logística e Suporte Imediato
DMP - Departamento de Material e Patrimônio
ESF – Equipe de Saúde da Família
GS - Guia de Suprimento
PSF – Programa de Saúde da Família
PROMOEX – Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros
LOA – Lei Orçamentária Anual
LOTG – Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS – Ministério da Saúde
NUPLAM - Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPA – Plano Plurianual
RITCU – Regimento Interno do Tribunal de Contas da União
RM – Requisição de Material
SAF - Serviço de Assistência Farmacêutica
SAG - Serviço de Almoxarifado Geral
SESAP – Secretaria de Estado da Saúde Pública
SIAI – Sistema Integrado de Auditoria Informatizada
SMS – Secretária Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tribunal de Contas
TCE – Tribunal de Contas do Estado
TCU – Tribunal de Contas da União
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família



Sumário

1.	Introdução.....	8
1.1.	Antecedentes.....	8
1.2.	Identificação do objeto da auditoria.....	9
1.3.	Objetivo e escopo da auditoria.....	9
1.4.	Estratégia metodológica.....	9
1.5.	Forma de organização do relatório.....	10
2.	Visão geral da ação auditada.....	10
2.1.	Relevância do tema.....	10
2.2.	Características operacionais.....	12
3.	Implementação das equipes de saúde da família.....	14
4.	Acompanhamento, supervisão e avaliação da ação pela SMS.....	23
5.	Grau de satisfação do usuário.....	25
6.	Análise dos comentários do gestor.....	29
7.	Conclusão.....	30
8.	Proposta de encaminhamento.....	31
9.	Referências.....	33
10.	ANEXO (Fotografias).....	34

1. Introdução

O presente trabalho foi realizado no âmbito do Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros – PROMOEX e se constitui na segunda auditoria operacional realizada pelo TCE/RN. Desta feita, foi escolhida a função saúde, tendo como objeto de avaliação a Ação Implementação e Expansão do Programa Saúde da Família – PSF, constante do Programa Vida Saudável do Plano Plurianual 2006-2009 da Prefeitura Municipal do Natal.

A realização de mais uma auditoria operacional em âmbito nacional e o novo treinamento com servidores têm contribuído decisivamente para a consolidação dessa atividade nos tribunais de contas, sobretudo naqueles em que ainda não havia sido realizado esse tipo de auditoria antes do PROMOEX, como no caso do TCE/RN.

1.1. Antecedentes

Conforme orientação do Grupo Temático em Auditoria Operacional do PROMOEX foi definida a realização de auditoria tendo por objeto um tema vinculado à função saúde.

Dentre os temas analisados, verificou-se que a Atenção Básica – Saúde da Família se mostrou de extrema relevância, sobretudo pelos recursos envolvidos e importância social que representa no contexto das políticas públicas que alcançam todo o país.

Estudos apontam fragilidades na implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), denominação atual do Programa de Saúde da Família (PSF), que devido a sua importância deixou de ser um programa e passou a ser uma política de governo de abrangência nacional.

Não é novidade a veiculação de notícias sobre problemas recorrentes nessa estratégia de saúde no município do Natal, constatando deficiências de profissionais, instalações, medicamentos, atendimento da população etc.

Ainda no ano de 2002, o PSF foi objeto de auditoria operacional no âmbito do Tribunal de Contas da União (TCU), que detectou no programa vários problemas que vinham prejudicando a sua efetividade.

Nesse aspecto, a auditoria operacional realizada pelo TCE/RN se mostrou oportuna, por já se ter passado mais de cinco anos daquela realizada pelo TCU e por aquela não ter tratado mais especificamente a ação relativa à ESF no município do Natal.

A realização de auditoria operacional nessa estratégia no Município do Natal se reveste de grande importância, uma vez que a capital do Estado do Rio Grande do Norte representa seu município de maior contingente populacional e ser o maior responsável pela prestação da atenção básica.

Através da Decisão nº 08/2009 – TC, de 02 de julho de 2009, a Primeira Câmara de Contas do Tribunal de Contas do Estado julgou pela realização de auditoria operacional na Ação “Implementação e Expansão do Programa de Saúde da Família” – PSF.

1.2. Identificação do objeto da auditoria

O objeto da presente auditoria é a Ação “Implementação e Expansão do Programa de Saúde da Família” – PSF, constante do Programa Vida Saudável relativo ao PPA – 2006/2009 da Prefeitura Municipal do Natal, tendo como Órgão responsável a Secretaria Municipal de Saúde.

O objetivo do Programa é elevar a qualidade de vida da população através de ações integradas de promoção à saúde, bem como garantir o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a melhoria da qualidade da atenção, a humanização e a equidade de tratamento.

1.3. Objetivo e escopo da auditoria

A auditoria objetivou avaliar em que medida a ação tem contribuído para promoção da saúde no município do Natal através do acesso aos serviços de atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família, abordando os seguintes aspectos: a) implementação das equipes de saúde da família; b) sistemática de controle e monitoramento da ação e; c) grau de satisfação do usuário.

1.4. Estratégia metodológica

No objetivo de investigar as questões de auditoria, diante dos riscos encontrados, adotaram-se como estratégias metodológicas: a) revisão da legislação e de documentos técnicos; b) pesquisa amostral não probabilística com aplicação de questionários estruturados com os profissionais atuantes e beneficiários do programa; c) visitas de estudo, com a realização de grupo focal com profissionais que trabalham no programa; d) pesquisa documental.

Foi realizado teste piloto na Unidade de Saúde da Família no Passo da Pátria, na área central do município, com o objetivo de testar os questionários elaborados para a obtenção dos dados necessários às questões de auditoria formuladas.

Utilizou-se como critério para seleção das visitas de estudo e aplicação dos questionários a distribuição geográfica e proporcional das Unidades de Saúde da Família no município. No total, foram visitadas 9 (nove) Unidades de Saúde (Aparecida, Santarém, Parque das Dunas, Potengi, Cidade Praia, Nova Cidade, Monte Líbano, Nazaré e Bairro Nordeste) das 37 (trinta e sete) contabilizadas no município, representando uma amostra em torno de 25% (vinte e cinco por cento).

As limitações encontradas na realização do trabalho foi a inexistência de dados relativos ao acompanhamento, supervisão e avaliação da ação, sobretudo os relativos às metas e indicadores que deveriam ter sido estabelecidos em plano específico.

1.5. Forma de organização do relatório

Além do Capítulo 1, que trata da Introdução, o presente relatório é composto por mais sete capítulos. O Capítulo 2 apresenta uma visão geral da ação auditada, onde, além da contextualização do tema, são apresentadas informações sobre seus objetivos, forma de operacionalização e financiamento. No capítulo 3 analisa-se questão de auditoria relativa à implementação das equipes de saúde da família conforme os padrões definidos; no capítulo 4 são abordados aspectos da supervisão e avaliação da ação e no capítulo 5 é feita uma análise do grau de satisfação dos beneficiários da ação; no capítulo 6 é feita uma análise dos comentários apresentados pelo órgão gestor da Ação; o capítulo 7 apresenta um resumo da conclusão do trabalho, e; no capítulo 8 são feitas propostas de encaminhamento com recomendações ao gestor responsável pela ação auditada.

2. Visão geral da ação auditada

2.1. Relevância do tema

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria GM/MS nº 648/2006 preceitua que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Uma boa noção da importância da Saúde da Família na promoção da Atenção Básica pode ser extraída do documento intitulado de Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde, conforme texto a seguir:

A Saúde da Família (SF), criada em 1994, consolidou-se como a estratégia de organização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde

(SUS) propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade.

Em 2006, no bojo do Pacto de Gestão acordado entre as três esferas de governo - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde - a Saúde da Família é considerada como a estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica e seu desenvolvimento deve considerar as diferenças loco - regionais.

Nesse contexto, o tema Saúde da Família reveste-se de extrema importância face ser a estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica e principal instrumento de sua execução. Dentro das especificidades a política estabelece como princípios gerais que a estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e que, além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, 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;
- III - 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;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania.

Para que os municípios possam receber os recursos da União, passou a ser exigida a elaboração de Plano de Saúde Municipal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Ainda que esse plano seja atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

O Plano Municipal de Saúde de Natal 2006/2009 especifica entre os principais propósitos de iniciativas prioritárias o de “Consolidar e qualificar a estratégia do Programa de Saúde da Família como modelo de atenção básica”. Em outro ponto desse documento é reforçado o propósito de:

Consolidar a estratégia do Programa Saúde da Família - PSF como estruturante da Atenção Básica e, conseqüentemente, de todo o sistema de saúde, não restringindo este nível de atenção à oferta de elenco de procedimentos, mas a um conjunto de ações que contemple a integralidade da atenção, resultando na qualidade de vida e propiciando melhora nas condições de saúde da comunidade.

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 reitera, ainda, o compromisso municipal com a continuidade da expansão da estratégia saúde da família, na perspectiva de atingir 70% da

população de Natal até 2009, dando prioridade às áreas socioeconomicamente mais vulneráveis, cobrindo completamente as regiões norte e oeste e parcialmente as regiões sul e leste.

2.2. Características operacionais

Segundo o Manual de Estrutura Física do Ministério da Saúde são características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família:

- 1) definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde - UBS;
- 2) planejamento, programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea;
- 3) 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;
- 4) 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;
- 5) assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- 6) implementação das diretrizes das políticas nacionais de saúde;
- 7) realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- 8) participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- 9) desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;
- 10) apoio à estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Para melhor entender a Estratégia da Saúde da Família, suas características, importância e seu contexto no município do Natal, pode-se ilustrar com um breve histórico trazendo à baila fragmentos do trabalho de Oliveira ET AL (2007).

Tendo em vista atingir o objetivo que parecia mais urgente, o de garantir o acesso ao SUS pelas chamadas camadas de risco, mas não apenas ele, o MS lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como mais uma tentativa de racionalização dos gastos em saúde, de implementação das diretrizes que deveriam reger o Sistema Nacional de Saúde, e de levar ações de promoção à saúde às populações de risco. Na esteira de programas bem-sucedidos como o Programa Médico da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as raízes do PSF repousam, de fato, sobre este último. O PACS tinha como uma de suas principais metas utilizar-se de uma rede social preexistente para, através da eleição de um representante, realizar um perfil epidemiológico das comunidades, enfatizando a promoção de saúde a baixos custos, tendo no agente comunitário de saúde o principal elo entre a população e os serviços de saúde (Araújo, 2000; Bodstein, 2002; Rocha, 2000).

O PSF vai além do PACS ao definir uma nova estrutura de funcionamento da atenção básica, na qual o ponto central das ações de saúde reside na família. Desta maneira, o objetivo do programa seria ir até as

comunidades e detectar as necessidades em saúde da população, de forma que se desse início ao modelo de assistência tão defendido à época da constituição. Este, por sua vez, giraria em torno da promoção à saúde, prevenção de doenças, participação da comunidade, entre outros princípios, que configurariam uma centralização de ações na atenção básica (Araújo, 2000; Rocha, 2000).

Seguindo o princípio da descentralização, com efetiva municipalização, o Ministério da Saúde fez uso de incentivos, principalmente financeiros, para que os municípios priorizassem a atenção básica e optassem por adotar os referidos programas. Nesse contexto, entende-se que o PSF, junto a um elenco de medidas de reforma sanitária, configurou-se como uma estratégia de reorganização da atenção básica e racionalização dos custos com as políticas de saúde, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde (Cordeiro, 2001; Junqueira, 1997; Marques & Mendes, 2003).

A adoção do PACS/PSF é, então, considerada uma estratégia legítima e efetiva de descentralização da assistência médico-sanitária e de ampliação do direito à saúde. Propõe vincular a população atendida a uma equipe básica de saúde, prestando assistência integral por meio de atividades de informação, orientação e prevenção, e busca adequar as políticas de saúde aos contextos e realidades locais, entre outras ações (Cotta, Mendes & Muniz, 1998).

De 1998, quando foi implantado no município, até os dias atuais, o PSF sofreu alguns ajustes através de leis municipais com o objetivo de adequá-lo às diretrizes do Ministério da Saúde e às necessidades locais. Atualmente, está em vigor a LC nº 62/2005, que dispõe sobre a reorganização do Programa Saúde da Família no Município do Natal. Na referida lei, a Estratégia Saúde da Família é colocada como eixo estruturante da Atenção Básica no município segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

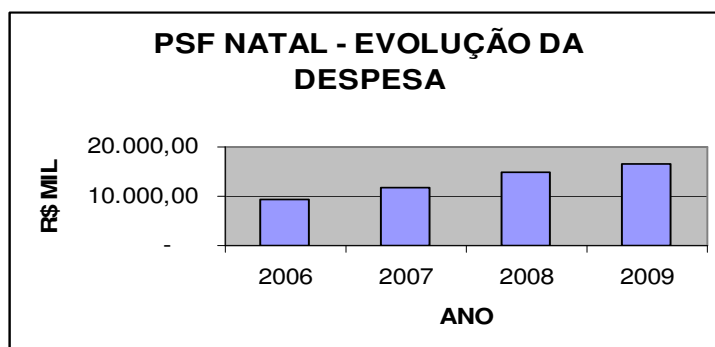
O foco da Saúde da Família é promover a saúde através de equipes de multiprofissionais que atuam em prevenção e controle de diversas doenças, além de diagnóstico precoce para evitar agravos que gerariam um custo maior aos cofres públicos para tratamento.

Na atual estrutura da Prefeitura Municipal do Natal, a ação é desenvolvida pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) através do Departamento da Atenção Básica (DAB), existindo nesta uma Coordenadoria do Programa de Saúde da Família, que trata especificamente dessa estratégia no âmbito do município.

Os recursos orçamentários previstos em PPA 2006/2009 totalizavam R\$ 71.754.000,00 (setenta e um milhões setecentos e cinquenta e quatro mil reais), sendo R\$ 14.634.000,00 (quatorze milhões seiscentos e trinta e quatro mil reais) do município e R\$ 57.220.000,00 (cinquenta e sete milhões duzentos e vinte mil reais) de origem federal.

As despesas com o PSF no município têm evoluído nos últimos anos, conforme o gráfico abaixo, com dados extraídos do SIAI:

Figura 1



Fonte: SIAI – Sistema Informatizado de Auditoria Integrada

3. Implementação das equipes de saúde da família

A Estratégia da Saúde da Família está contemplada no Plano Plurianual – PPA 2006/2009 do Município do Natal através da Ação Implementação e Expansão do Programa Saúde da Família – PSF que tem como público-alvo a população do município e por objetivo aumentar a cobertura do programa, com implantação de novas equipes.

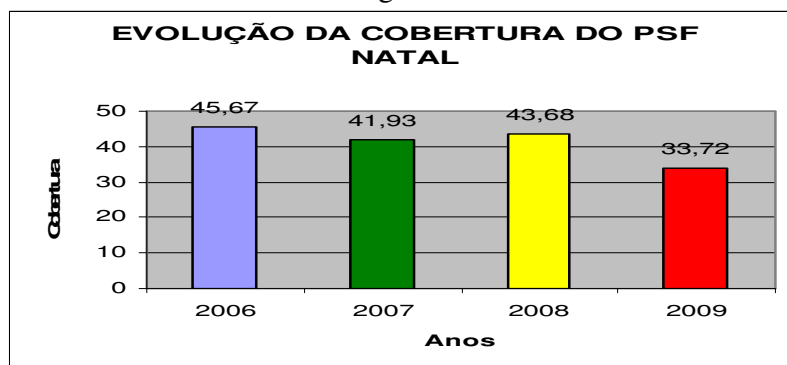
Entretanto, observou-se que este objetivo não foi atingido, bem como, encontra-se comprometido pelas deficiências identificadas pela auditoria, conforme descrito a seguir:

a) Redução da cobertura do Programa Saúde da Família

No PPA 2006/2009, a ação “Implementação e Expansão do Programa de Saúde da Família” – PSF tem como meta prevista atingir uma cobertura de 70% no final do período.

Contudo, verificou-se uma redução da cobertura do programa em 11,95% e não alcance da meta estabelecida no PPA. Ao final do ano de 2009, a cobertura do programa era de 33,72% enquanto que em 2006 a cobertura era de 45,67%, conforme Figura 2.

Figura 2



Fonte: [www.http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php).

Essa situação deve-se, prioritariamente, a não implantação do número de equipes de saúde da família necessárias a cobertura desejada, comprometendo o atendimento do programa às metas de saúde pactuadas com o município.

O Ministério da Saúde, para fins de cálculo da cobertura do programa em função da população do município leva em conta a quantidade de equipes de saúde composta por profissionais discriminados na Portaria GM/MS nº 648/2006 devidamente cadastradas e efetivamente implantadas e estima que cada equipe atenda em média 3.450 pessoas.

Levando em conta esse parâmetro e o crescimento populacional verificado, para se atingir a cobertura de 70% ao final do período seria necessária que houvessem 162 equipes implantada, conforme quadro1 a seguir:

Quadro 1 – Quantidades de ESF para uma cobertura de 70% em Natal

ANO	POPULAÇÃO TOTAL	POPULAÇÃO A SER COBERTA	Nº EQUIPES EXISTENTES	Nº EQUIPES NECESSÁRIAS
2006	778.040	544628	103	158
2007	789.896	552927	96	160
2008	789.896	552927	100	160
2009	798.065	558646	78	162

Fonte: Papéis de trabalho da equipe de auditoria

Em virtude do não alcance dessa meta, sugere-se recomendar à Secretaria Municipal de Saúde que viabilize a composição das equipes necessárias à cobertura desejada ou reveja essa cobertura de modo a que sejam alcançadas as metas de saúde pactuadas com o município.

Por oportuno deve-se considerar que o alcance da cobertura necessária ao atendimento do programa fornecerá condições para alcançar as metas de saúde pactuadas com o município.

b) Dados sobre Equipes de Saúde da Família e atendimentos utilizados nos relatórios da Secretaria Municipal de Saúde são divergentes

Segundo a Portaria GM/MS nº 648, compete às Secretarias Municipais de Saúde alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão.

Entretanto, a auditoria identificou divergência de informações sobre a quantidade de equipes de saúde da família obtidas em documentos emanados pela Secretaria Municipal de Saúde e do *site* do Ministério da Saúde (MS).

Em documento com informações solicitadas pela equipe de auditoria e encaminhado em setembro de 2009, a SMS considerava a existência de 115 (cento e quinze) equipes de saúde da família em suas 37 (trinta e sete) unidades espalhadas pelo município, enquanto

que no site do MS constam 79 (setenta e nove) ESF cadastradas e 78 ESF implantadas naquele ano.

Além disso, verificou-se inconsistência e divergência nas informações constantes dos Relatórios de Gestão Anual 2006 e 2007 da SMS e entre estes e os dados do MS. O Relatório de Gestão da SMS de 2006 informa a existência de 110 ESF atendendo 54,69% da população e a realização de 1.025.166 visitas domiciliares. O Relatório de Gestão de 2007 informa um aumento de 52% nas visitas domiciliares em relação a 2006, porém, com a realização de 979.264 visitas domiciliares. Informa uma elevação na cobertura em 22,2% atingindo 45,97% de 2006 para 2007. Segundo dados do MS, em 2006 a proporção da cobertura era de 45,67% e em 2007 de apenas 41,93%.

As divergências identificadas pela auditoria ocorrem porque a sistemática de acompanhamento, supervisão e avaliação da Ação é deficiente, conforme relatado no capítulo 4 deste Relatório. Com relação à cobertura, destaque-se que a causa dessa divergência significativa deve-se ao fato da SMS considerar equipes incompletas, o que não atende aos requisitos do programa e deixam de ser consideradas pelo MS.

Pode-se apontar como efeitos indesejáveis dessa divergência entre outros os seguintes: a) dados do programa não representam a realidade; b) metas mal acompanhadas, e; c) tomadas de decisões equivocadas.

Sugere-se recomendar à SMS adotar melhor controle dos dados do programa, verificando sua conformidade com as informações disponibilizadas pelo MS/SAS/DAB, de modo que o acompanhamento de metas e tomadas de decisões sejam feitos baseados em dados fidedignos.

c) Equipes de Saúde da Família incompletas

Como foi apresentado, um dos requisitos do programa é a constituição das equipes por um número mínimo de profissionais de saúde. A falta de algum profissional na equipe prejudica o andamento do programa, sobretudo no caso do médico.

A Lei Complementar Municipal nº 062/2005, art. 3º dispõe que:

Art. 3º - As ações do Programa Saúde da Família serão desenvolvidas em unidades básicas de saúde e contará com uma equipe nuclear formada pelos seguintes profissionais: 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 02 (dois) auxiliares de enfermagem, 01 (um) odontólogo e 01 (um) auxiliar de consultório dentário.
Parágrafo Único - A Secretaria Municipal de Saúde incluirá 05 (cinco) Agentes Comunitários de Saúde - ACS, vinculados ao Programa Saúde da Família, para cada equipe.

Além disso, um dos objetivos específicos do programa é o de aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais

Ocorre que, do confronto entre os números dos profissionais que compõem as diversas equipes no município, obtidos nos relatórios do Departamento de Informática do SUS - DATASUS, fornecidos pela SMS, e os profissionais localizados nas visitas *in loco* efetuadas pelo TCE, verificou-se que as ESF estão incompletas, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 – Ausências de profissionais em ESF visitadas

USF	AUSÊNCIA
Nazaré	01 Médico 02 Enfermeira 03 ACS 01 Odontólogo 01 auxiliar de consultório dentário
Monte Líbano	02 Médicos 02 ACS
Potengi	01 Auxiliar de enfermagem
Parque das Dunas	01 Médico 01 Odontólogo 03 ACS
Santarém	01 ACS

Fonte: Visitas *in loco* e papéis de trabalho da equipe de auditoria

Atribui-se essa deficiência a dificuldade de recrutamento/manutenção de profissionais, principalmente de médicos, podendo citar como possíveis fatores: a) baixa remuneração ante o mercado; b) incentivos precários, a exemplo da gratificação de incentivo não se incorporar ao vencimento para qualquer efeito; c) exigência de jornada de 40 horas semanais; d) condições de trabalho desfavoráveis (insegurança, desconforto, dificuldade de acesso, falta de insumos para o trabalho); e) baixas perspectivas na carreira, etc.

A falta de profissionais nas ESF se apresenta como um grave problema para o bom desempenho do programa, uma vez que pode vir a comprometer as metas pactuadas e o não alcance dos resultados desejados, ou seja, ineficácia e falta de efetividade da ação.

Na presente questão, sugere-se recomendar a SMS proceder a estudos na Política de Recursos Humanos com relação à seleção e incentivos de profissionais (principalmente médicos) para trabalhar no PSF, com o intuito de garantir o suprimento das necessidades dos profissionais para o desempenho de funções que são fundamentais para o programa. A adoção de medidas que possam ser tomadas pela SMS independentemente daquela de competência do MS, poderá propiciar condições satisfatórias e necessárias para o funcionamento do PSF através de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

d) Instalações físicas utilizadas como Unidades de Saúde da Família precárias e não atendem aos parâmetros definidos em normas pertinentes

Outro ponto fundamental no programa diz respeito às condições das estruturas físicas utilizadas pelas USF. O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde do MS compila as normas contidas na Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, apresentando os requisitos necessários às instalações prediais para o funcionamento das USF. Nesse documento é ressaltado que “a capacidade de organização dos municípios é imprescindível para a continuação do avanço nos serviços da estratégia Saúde da Família e para que as Equipes de Saúde da Família (ESF) disponham de instalações adequadas, de profissionais qualificados e em número suficiente.”

Segundo o referido manual, ambiência de uma Unidade Básica de Saúde significa o espaço físico (arquitetônico), que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários.

Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso.

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

O referido manual ainda preconiza que as Equipes de Saúde da Família estão capacitadas a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.

Além disso, a Portaria GM/MS nº 648/06 atribui ao município a responsabilidade de garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. Dentre os requisitos necessários de infra-estrutura são relacionados: consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica, área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade.

Ocorre que, em todas as Unidades de Saúde visitadas, verificaram-se irregularidades de adequação física na perspectiva da ambiência saudável, não atendimento aos padrões modernos recomendados pelo Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família do MS quanto às instalações físicas e falta de manutenção.

Relatam-se, a seguir, as condições encontradas quando das visitas às Unidades de Saúde da Família tendo sido observado em todas as visitas problemas de infra-estrutura.

Na USF APARECIDA não existe sala de espera, sendo utilizados bancos na circulação da entrada para essa finalidade. Além disso, o prédio é uma construção em estrutura metálica pré-fabricada antiga, fora dos padrões de ambiência saudável exigidos pela RDC nº 50/02, provocando calor excessivo no seu interior.

Na USF SANTAREM foi verificada a inadequação na sala destinada à farmácia, com espaço reduzido e muito quente, dificultando o armazenamento dos medicamentos. Além disso, verificou-se a existência de apenas 3 consultórios para 4 ESF implantadas naquela USF.

Na USF PARQUE DAS DUNAS também não existe sala de espera, utilizando-se para essa finalidade as áreas de circulação.

Na USF POTENGI verificou-se a colocação de materiais e equipamentos pela circulação do prédio por falta de sala para depósito. Também não existe sala de espera, utilizando-se para essa finalidade as áreas de circulação. Além disso, somente existem duas salas para consultório, enquanto que nessa USF estão implantadas quatro ESF.

A USF CIDADE PRAIA funciona em uma casa de conjunto habitacional adaptada, estando a maioria dos cômodos fora dos padrões, com a circulação muito estreita e servindo de sala de espera, inclusive. Como o prédio não dispõe de recuos laterais, o lixo hospitalar transita pela entrada do prédio no local que serve como sala de espera.

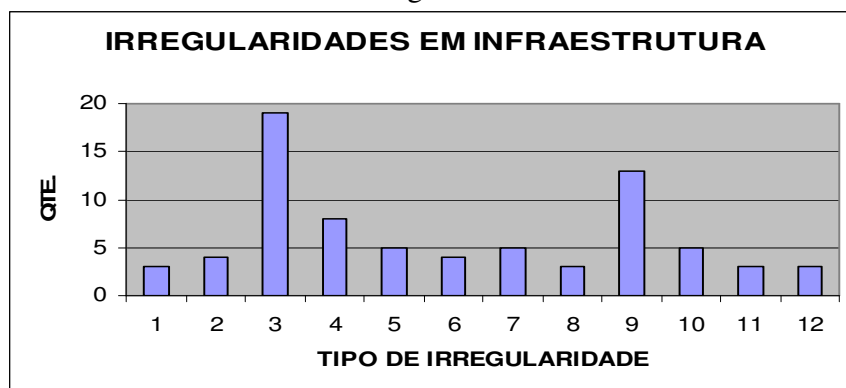
Na USF NOVA CIDADE verificaram-se instalações mal conservadas e acesso precário.

Na USF MONTE LÍBANO houve relato de dificuldades nos reparos nas instalações. Prédio inaugurado em julho/92 e reformado em 1999, necessitando de manutenção.

Na USF NAZARÉ verificaram-se instalações inadequadas e mal conservadas, ausência de sala para almoxarifado e de sanitário com acessibilidade.

As não conformidades são diversas e além das constatadas em visitas aos locais ilustradas em fotografias colhidas nas visitas (ANEXO), constam de inúmeros Termos de Inspeção Sanitária e Pareceres Técnicos do Setor de Vigilância Sanitária da SMS, que podem ser resumidas na Figura 3 e no Quadro 3.

Figura 3



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Vigilância em Saúde

Quadro 3

IRREGULARIDADES	
1.	Ambiente único para expurgo e outras atividades incompatíveis
2.	Piso danificado
3.	Ambiente e área inadequados
4.	Ralo aberto ou com defeito
5.	Torneira comum com algum tipo de defeito
6.	Torneiras de acionamento manual em ambientes de assistência direta a pacientes
7.	Ausência de cuba profunda para lavagem de material contaminado no expurgo
8.	Ausência de lavatório
9.	Infiltrações
10.	Lâmpadas inadequadas
11.	Pia apresentando defeitos
12.	Ausência de ralos de fecho hídrico e tampa escamoteável

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Vigilância em Saúde

A unidade existente na estrutura da SMS para construção, reforma e manutenção das instalações físicas das unidades de saúde é o Departamento de Infra-Estrutura Física e Tecnológica – DIFIT que, por sua vez, é composto pelo Setor de Engenharia e pelo Setor de Manutenção de Bens Móveis.

Segundo informações colhidas em entrevista com a titular desse departamento, o planejamento e a execução dos serviços se dá com a realização de levantamento geral nas unidades de saúde, no qual prioriza as maiores urgências, elaborando-se uma planilha para contrato tipo “guarda-chuva” para o período de um ano.

Foi informado, ainda, que o Departamento tem trabalhado no limite de suas possibilidades para o atendimento das necessidades das unidades. Salientou que o Setor de Engenharia conta atualmente com um engenheiro, dois arquitetos e quatro estagiários para atender 92



unidades de saúde e o Setor de Manutenção de Bens Móveis conta apenas com dois técnicos para manutenção dos móveis e equipamentos dessas unidades.

Os aspectos levantados sobre as condições das instalações físicas deixam de atender aos requisitos e orientações do programa, lembrando que consta no Plano Municipal de Saúde 2006/2009 na diretriz aprimorar e qualificar a Atenção Básica, o item 2 – Promover adequação física em 100% das unidades da estratégia da Saúde da Família (ESF) na perspectiva da ambiência saudável, da RDC 50/2002 e do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família do MS.

Atribui-se às causas das deficiências apontadas nas instalações físicas o funcionamento das USF em locais improvisados, em prédios antigos ou alugados sem adequação às normas. Outra causa é o deficiente sistema de manutenções necessárias nas referidas instalações, o que resulta em precariedade no funcionamento e atendimento aos serviços da atenção básica previsto no PSF. A deficiência na sistemática de manutenção é tratada com mais profundidade neste capítulo, item “e”.

Sugere-se recomendar à SMS a elaboração de um plano para adequação das instalações necessárias ao funcionamento das USF, conforme padrões e normas vigentes, vislumbrando que essa medida irá melhorar o funcionamento das USF e atendimento aos serviços de atenção básica, resultando numa melhor condição para o alcance das metas de saúde pactuadas com o município.

e) Sistemática de manutenção de instalações, móveis e equipamentos não atende às necessidades das unidades;

No tocante a manutenção dos móveis e equipamentos das USF, foi observada nas visitas uma geral reclamação por parte dos administradores das unidades de saúde, sendo relatados vários problemas nesse aspecto, inclusive, sendo apresentadas cópias de memorandos reiterando reparos em equipamentos que não foram atendidos.

Em entrevista com o Chefe do Setor de Manutenção de Bens Móveis, foi informado que o atendimento é feito com base na demanda. As unidades requisitam os serviços mediante memorando que é encaminhado via mensageiro (contínuo), porém, é comum a solicitação ser feita por telefone para adiantar o atendimento enquanto o setor aguarda o envio do memorando. Para a contratação dos serviços de manutenção é considerado o histórico da realização dos serviços no ano anterior, uma vez que não existe um inventário dos equipamentos na SMS.

Foi salientado que havia dificuldades no atendimento quando se contratava apenas os serviços corretivos, ou seja, quando era para a contratada apenas atender as chamadas para conserto quando o equipamento quebrava. O entrevistado informou que era comum haver licitações desertas, por não haver interesse das empresas nesse tipo de contratação. Para os atendimentos nesses casos, o setor acionava uma empresa e pagava com base em uma tabela de serviço com preços de mercado. Segundo o entrevistado, a adoção da contratação

corretiva e preventiva tornou atrativa a licitação e pelos levantamentos de custo feito pelo Setor, verificou que houve uma redução com o novo tipo de contratação.

Uma medida verificada como boa prática narrada pelo entrevistado foi a inclusão na aquisição de novos equipamentos, da capacitação para sua operação e a instalação, que irá resolver problemas com equipamentos que não têm pessoal capacitado para operá-los ou que são adquiridos e não são instalados, uma vez que ocorrem casos em que a empresa fornecedora do equipamento não é a responsável pela sua instalação.

Sobre a existência de indicadores e metas existentes no setor no acompanhamento das ações de sua responsabilidade (por exemplo: tempo médio de atendimento), informou que não existe nenhuma orientação nesse sentido, porém, o entrevistado elaborou uma planilha de acompanhamento de custo por contratos. Também por iniciativa do entrevistado, foi elaborada uma planilha de atestado de atendimento aos serviços pelos diretores dos estabelecimentos clientes, tendo uma coluna destinada a classificar o nível de atendimento do serviço. Contudo, verificou-se que tal coluna não vem sendo preenchida.

Foram alegadas como principais dificuldades enfrentadas pelo setor no desenvolvimento de suas ações a falta de inventário dos equipamentos no Departamento de Material e Patrimônio (DMP) e equipe técnica do setor muito reduzida, não permitindo a fiscalização satisfatória dos serviços.

Das informações coletadas, verifica-se que uma das dificuldades existentes na manutenção de móveis e equipamentos foi atenuada com a alteração nos contratos que passaram a ser mais atrativos com a inclusão de manutenção preventiva quando antes somente previa a manutenção corretiva. Porém, pelo que foi constatada nas visitas, essa atividade ainda apresenta deficiências que podem ter como causas as dificuldades mencionadas relativas à falta de inventário de móveis e equipamentos e carência de recursos humanos para uma melhor fiscalização, além de um melhor modelo de gestão na SMS que venha a definir objetivos, metas e indicadores para o setor responsável.

A perdurar as dificuldades relatadas na manutenção de móveis e equipamentos a ação continuará a sofrer com a falta de insumos necessários ao seu desenvolvimento reduzindo aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, podendo vir a comprometer as metas de saúde pactuadas com o município.

Uma vez tratar-se de insumo de suma importância para o bom desenvolvimento da ação, sugere-se recomendar a SMS a adoção de medidas que contemplem a realização de um inventário nas unidades de saúde, de modo a conhecer todos os equipamentos e móveis existentes, assim como seu estado de conservação e características. Dessa forma, a SMS poderá saber da real necessidade de manutenção nos móveis e equipamentos e terá um melhor atendimento dessa necessidade com a elaboração de contratos de manutenção com mais consistência e coerência com a realidade.

Além disso, sugere-se que seja recomendado a SMS reavaliar a estrutura existente no Setor de Manutenção de Bens Móveis, assim como o modelo de gestão adotado de modo a

assegurar um atendimento satisfatório às manutenções de sua responsabilidade, com base em objetivos, metas e indicadores, propiciando as condições para o atendimento das necessidades das ações desenvolvidas pela SMS.

4. Acompanhamento, supervisão e avaliação da ação pela SMS

A Lei Complementar nº 62/2005, que dispõe sobre a reorganização do Programa Saúde da Família no Município do Natal, estabelece no seu art. 5º que Programa de Saúde da Família será gerenciado por uma coordenação composta pelas seguintes funções gratificadas: de 01 (um) coordenador geral; 01 (um) coordenador médico, 01 (um) coordenador odontólogo e 01 (um) coordenador enfermeiro. Em seu art. 8º acrescenta que o Programa Saúde da Família terá ainda em sua gerência, um grupo de supervisores territoriais em cada distrito sanitário, em uma proporção de 01 (um) supervisor para cada 05 (cinco) unidades de saúde.

Percebe-se que houve um cuidado do município que a ação tivesse, no âmbito da Secretaria de Saúde, uma equipe que procedesse ao acompanhamento da mesma ante sua relevância, inclusive com coordenações por especialidade (medicina, odontologia e enfermagem).

Nesse documento ainda estão contidas as atribuições dos coordenadores do Programa de Saúde da Família que lhes confere responsabilidades de acompanhamento, supervisão e avaliação das ações relativas às ações do programa.

Entretanto, a equipe de auditoria observou deficiências no acompanhamento, supervisão e avaliação da ação pela SMS, conforme descrito a seguir:

a) Acompanhamento, supervisão e avaliação da ação são carentes de um plano específico, não atendendo o estabelecido em lei,

Uma das atribuições do Coordenador Geral do Programa de Saúde da Família é a de elaborar o plano de implantação/expansão/implementação da Estratégia Saúde da Família no Município, conforme inciso I, art. 9º, da LC nº 62/2005.

Em entrevista com a Coordenação do programa nos foi informado que o referido plano estava inserido no Plano Municipal de Saúde 2006/2009.

De fato, existe na parte III do referido plano, que trata dos compromissos da gestão, vários objetivos, diretrizes e metas, que apesar de abrangentes, muitas podem ser atribuídas à Estratégia de Saúde da Família. Apesar disso, a não existência de um plano específico para a Saúde da Família, além de não atender ao estabelecido na própria lei, torna frágil o gerenciamento da ação, uma vez que o plano municipal trata de outras ações de saúde além da Saúde da Família.

Lembra-se que um plano específico para a estratégia da Saúde da Família deve partir de um diagnóstico e conter objetivos específicos, metas, indicadores e previsão de recursos necessários à sua execução, bem como a análise dos cenários ao qual pode se submeter.



A inexistência do plano específico de implantação/expansão/implementação da Estratégia Saúde da Família no Município possivelmente deveu-se a não observância da lei e traz prejuízo ao bom gerenciamento da ação.

Nesse aspecto sugere-se a SMS que elabore o plano conforme art. 9º, inciso I da LC nº 62/2005 com o fito de melhorar o gerenciamento da ação promovendo o acompanhamento e avaliação de metas e indicadores.

b) Inexistência de um modelo gerencial de acompanhamento, supervisão e avaliação que faça utilização de objetivos, metas e indicadores para o alcance de resultados

A LC nº 62/2005 define como uma das atribuições do coordenador geral a de monitorar e avaliar o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família e seu impacto em parceria com os setores afins.

Por meio de Requisição de Documentos encaminhada à Secretaria Municipal da Saúde, a equipe de auditoria solicitou que fossem fornecidos documentos que contivessem as diretrizes, objetivos, indicadores e metas relativos à ação e que fossem utilizados no seu controle.

Em atenção ao solicitado, a SMS apresentou apenas um documento da Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP, intitulado “Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde”, onde consta uma análise descritiva de alguns indicadores monitorados pelo Estado relativos ao Pacto pela Saúde, no período compreendido entre o ano 2000 e 2008.

Outra solicitação feita à SMS foi quanto a diagnósticos existentes sobre a situação de saúde da família que serviram de definição da atuação das ESF e que consideram as ocorrências de problemas de saúde mais frequentes.

Com relação a esse assunto nada foi apresentado pela SMS, o que também corrobora com um gerenciamento insatisfatório da Ação.

A falta de um plano específico para a Saúde da Família pode ser apontada como uma das causas para a inexistência de um modelo gerencial de acompanhamento, supervisão e avaliação que faça utilização de objetivos, metas e indicadores para o alcance de resultados esperados no programa.

O gerenciamento insatisfatório da ação pode provocar o não alcance de metas pactuadas e desperdício de recursos públicos. Nesse sentido, sugere-se a SMS que, além da elaboração do plano específico da Saúde da Família, adote e faça implantar uma sistemática de monitoramento e controle da ação, realizando o efetivo acompanhamento, supervisão e avaliação da ação, baseado em objetivos, metas e indicadores, que por sua vez contemplem as metas de saúde pactuadas com o município.

A boa prática gerencial proposta identificará possíveis falhas no desenvolvimento das atividades que podem estar influenciando no resultado indesejável de indicadores e metas, fazendo com que tais falhas sejam corrigidas e possam refletir em um melhor aproveitamento dos recursos empregados na ação.

5. Grau de satisfação do usuário

Um dos requisitos que influem significativamente para o sucesso do programa é a satisfação dos usuários, ou seja, da população atendida. Com o objetivo de avaliar o atendimento do programa foi realizada pesquisa com os usuários do PSF abrangendo aspectos que refletem sua satisfação, a exemplo de: fornecimento de medicamentos; atendimento e tempo de espera nas consultas nas USF; atendimento quanto ao encaminhamento e contraencaminhamento; procedimentos e orientações realizados pelo ACS; relação das famílias com o ACS; atendimento pelo médico e pelo enfermeiro; situação das instalações das USF.

A pesquisa demonstra que os usuários não estão satisfeitos com o Programa em função das situações descritas a seguir:

a) Fornecimento de medicamentos aos usuários não atende satisfatoriamente

Uma das formas da prestação do serviço público de saúde é a disponibilização do medicamento à população atendida, motivo pelo qual é prevista nas USF uma farmácia para a dispensação de medicamentos básicos comumente receitados pelo médico da Equipe de Saúde correspondente.

Conforme a Portaria nº 648/2006 GM/MS um dos itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios é a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Entretanto, um dos grandes problemas constatado nas visitas, e que muito é difundido na mídia, diz respeito à falta de medicamentos nos estabelecimentos de saúde pública, como é o caso das Unidades de Saúde da Família.

Em pesquisa estruturada aplicada com usuários do programa verificou-se que 60% (sessenta por cento) deles já precisaram de medicamentos ou de outros insumos de saúde (algodão, esparadrapo, gazes, etc.) que não estavam disponíveis na Unidade de Saúde da Família.

No intuito de obter informações sobre a sistemática utilizada no fornecimento de materiais e medicamentos foi realizada uma visita ao Escritório do Departamento de Logística e Suporte Imediato (DLS), ocasião na qual foi entrevistado o Chefe daquele departamento.

Sobre a estrutura atual na SMS para o fornecimento de materiais e medicamentos às Unidades da Saúde da Família, foi constatado que o DLS dispõe de um galpão na Av.

Antonio Basílio, n.º 694, onde estão instalados o SAF (Serviço de Assistência Farmacêutica) e o SAG (Serviço de Almoxarifado Geral). Foi apurado que atualmente existe um contrato com o Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos - NUPLAM/UFRN que faz o armazenamento e fracionamento de medicamentos, sob sua gestão.

Destaque-se que a transferência do armazenamento dos medicamentos para a NUPLAM/UFRN aconteceu em virtude do grave problema ocorrido com a precariedade do do galpão do DLS que provocou o desperdício de significativa importância com medicamentos. Dentre as condições adversas do galpão e do armazenamento dos medicamentos, conforme auditoria realizada pelo Ministério da Saúde e constante do Relatório Conclusivo da Sindicância realizada pela prefeitura Municipal do Natal pode-se citar: ausência de ventilação, elevação de temperatura ambiente acima de 34°C, telhado com vazamento e abertura entre as telhas, parede de cobogó sem proteção de telas, incidência de raios solares nos produtos devido ao uso de telhas plásticas e transparentes, umidade e infiltrações nas paredes internas e externas, empilhamento que ultrapassa os padrões aceitáveis, falta de medicamentos básicos. Este fato foi alvo de inspeção especial por parte desta Corte de Contas e consta dos autos do Processo nº 11884/2009 - TC.

Com relação à forma como são planejados e executados os atendimentos às necessidades de materiais e medicamentos para as USF e se existe algum controle dos pedidos realizados, foi informado que existe um cronograma de remessa de pedido ao DLS, que é encaminhado via Distrito, com sua data de entrega de acordo com um cronograma previamente definido.

Sobre a existência de indicadores e metas no setor para o acompanhamento das ações de sua responsabilidade (por exemplo: tempo médio de atendimento) foi informado que os indicadores estão em fase de elaboração, motivado por falta de equipe, o que será resolvido com estagiários, e que a meta atual é atender 100% das demandas via NUPLAM.

Também foi informado que o atendimento pelo NUPLAM, segundo o cronograma, se dá em até 48 horas da chegada do pedido naquele órgão (normalmente há um atraso na entrega da guia de suprimento – GS, o que compromete a distribuição de toda a rota prevista). O atendimento pelo DLS é, de preferência, imediato, pois é reposição via requisição de material - RM e se refere à urgências. A forma de controle de estoques e da validade dos prazos dos medicamentos controle é feita pelo NUPLAM através de software desenvolvido pela própria universidade que será cedido para a SMS ao término do contrato.

Segundo o responsável pelo DLS, o atendimento é feito de acordo com a demanda da USF, onde é enviada ao DLS uma guia de suprimento (GS) que é encaminhada ao NUPLAM para o fracionamento e distribuição. Em havendo necessidade de reposição urgente, motivado por um consumo excessivo, é gerada uma requisição de material (RM) que é fornecido diretamente pelo DLS. Existe o controle de pedidos efetuados e só é permitida a saída de qualquer material com GS ou RM, bem como é avaliado o quantitativo pedido x demanda por unidade.



Ainda segundo o responsável pelo DLS, existe uma grande incidência de RM motivada pela falta de medicamentos ocasionada pela proibição de uso dos medicamentos acondicionados inadequado e também pelo tramite burocrático das aquisições.

Conforme constatado, existe uma deficiência na estrutura e na gestão da SMS no que diz respeito à aquisição e ao necessário armazenamento, distribuição e controle dos medicamentos, de modo a suprir satisfatoriamente as necessidades das USF.

Apesar de o problema ter sido amenizado com o contrato com o NUPLAM, a persistir essa situação, o usuário continuará com seu atendimento prejudicado, contribuindo para o descrédito do programa e o não alcance dos resultados desejados.

No tratamento dessa questão sugere-se recomendar à SMS adotar novo modelo de gestão, de preferência com a utilização de *software* para o gerenciamento dos medicamentos, bem como, rever os processos de aquisição e armazenamento de modo a atender satisfatoriamente as necessidades dos usuários além de promover as necessárias adequações no galpão utilizado para essa finalidade. Reputa-se que esta prática é fundamental no aspecto da economicidade, de modo a evitar casos de desperdício semelhantes ao que ocorreu recentemente. Além disso, como benefício esperado não se pode deixar de ressaltar a melhoria no atendimento do usuário, destinatário final do programa, que sem dúvida irá refletir no alcance dos objetivos e metas da Ação.

b) Insatisfação no atendimento por falta de profissional

Sobre o tempo médio de espera para atendimento na USF, verificou-se na pesquisa não amostral, que 50% dos usuários esperam até 1 hora para serem atendidos e 50% até 2 horas, e o tempo médio gasto no atendimento gira em torno de 16 a 30 minutos.

De modo geral o tempo médio de espera e atendimento têm correspondido à expectativa da população usuária, exceto nos casos quando ocorre a falta de profissionais, mais fortemente sentida nos casos de médicos.

Nas visitas e grupos focais pode ser observado que a falta de profissionais nas USF tem sido uma das principais causas de insatisfação dos usuários; que da mesma forma da falta de medicamentos, prejudica o seu atendimento refletindo no descrédito do programa e dos resultados almejados.

Dotar as USF dos profissionais necessários é sem dúvida a sugestão a ser recomendada à SMS que deverá contribuir significativamente para uma melhor satisfação do usuário, sendo condição necessária para o alcance dos objetivos do programa e das metas de saúde pactuadas com o município.

c) Falta de garantia nos fluxos de referência e contra-referência

Outro ponto que merece destaque no atendimento e satisfação dos beneficiários da Ação diz respeito ao encaminhamento para exames e especialidades médicas em outros níveis da atenção (referência e contra-referência)..

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria GM/MS nº 648/2006 estabelece que um dos itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios é a garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.

Em pesquisa realizada verificou-se que em 25% dos usuários que precisaram de atendimento médico especializado não tiveram a marcação de consulta providenciada na USF a que estavam vinculados.

Apesar de na maioria dos casos as USF providenciarem o encaminhamento para esses procedimentos, normalmente existe uma grande limitação, seja de conseguir acessar o sistema informatizado, seja pelo número limitado de vagas disponíveis para tais procedimentos.

Pelas informações coletadas, atribui-se a deficiências de sistemas informatizados entre os órgãos controladores e as unidades de atendimento e a quantidade insuficiente de vagas nas especialidades necessárias ao encaminhamento.

A falta da garantia dos fluxos de referência e contra-referência, além de prejudicar o correto tratamento e acompanhamento do paciente pelos profissionais da saúde, afeta sensivelmente o atendimento ao usuário, que deixando de ser atendido satisfatoriamente, tem sua saúde comprometida e provoca insatisfação com a Ação, refletindo no descrédito do programa e dos resultados almejados.

Como uma das medidas sugeridas para esse problema recomenda-se a SMS dotar todas suas unidades com sistema informatizado que seja integrado aos órgãos controladores e unidades prestadoras de serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, de modo a facilitar o acesso aos encaminhamentos necessários.

Além disso, deve-se efetuar avaliação de necessidades de demanda nas USF para tais serviços, de modo a garantir o número de vagas necessárias aos procedimentos decorrentes dessa demanda. Outra medida necessária nesse aspecto é o de procurar assegurar que o procedimento previsto nos fluxos de contra-referência também seja observado de modo a ter um acompanhamento satisfatório dos pacientes usuários do programa.

A adoção das medidas sugeridas nessa questão é fundamental para a eficácia do tratamento dos pacientes usuários do programa, fazendo com que atinjam um grau satisfação que contribuirá significativamente para uma melhor eficácia e efetividade da Ação.

6. Análise dos comentários do gestor

As questões tratadas no presente relatório foram submetidas preliminarmente ao gestor responsável pelo programa para a devida análise e comentários pertinentes, tendo a SMS se manifestado através do Ofício nº 7169/2010-GS/SMS, do qual pode se extrair as seguintes considerações:

1 – A atual gestão da SMS reconhece que “grande parte das questões identificadas, diz respeito à sistemática de controle e acompanhamento das ações e, dentre a qual, foi destacado a logística administrativa existente, que não acompanhou o crescimento da rede, e assim, sendo, das Unidades de Saúde da Família”.

2 – No que diz respeito à implementação das Equipes de Saúde da Família para o alcance da meta estabelecida no PPA 2006/2009 de 70% de cobertura populacional no programa, foi observado que “a meta foi superestimada para a realidade que já se apresentava naquela época, relativa à baixa adesão dos médicos. E ainda, que a constatação da redução da cobertura de equipes de família, aponta para a necessidade de fortalecer a política de gestão do trabalho, visando à valorização dos trabalhadores inseridos nesse modelo de atenção”.

3 - Ao abordar as questões relativas ao grau de satisfação do usuário do programa, reconheceu da importância das equipes estarem completas para que a resolubilidade dos problemas ocorrerem de forma satisfatória, enfatizando a relevância dessa política e da necessidade no seu fortalecimento. Destacou que “quanto à insatisfação da clientela no que se refere ao acesso a outros níveis da atenção através do sistema de regulação (referência e contra-referência), que diz respeito à garantia da integralidade das ações, princípio básico desse nível de atenção, configura-se na necessidade de processos de planejamento e pactuações mais efetivas”.

4 – Entendeu que o conjunto de medidas sugeridas incide na necessidade de qualificação/profissionalização da gestão, da responsabilidade compartilhadas das três esferas de governo e da otimização dos recursos.

5 – Informou que a política da atual gestão ao identificar estas questões estabeleceu através de consultoria com a Fundação Getúlio Vargas um Plano de Excelência na Prestação dos Serviços de Saúde, que contempla projetos referentes às questões apontadas pela auditoria.

6 – Após ressaltar a importância do resultado da auditoria para o processo de planejamento da SMS, finalizou agradecendo o trabalho do Tribunal de Contas e a disponibilidade para apoiar no acompanhamento e implementação das determinações e recomendações elucidadas no relatório, colocando-se a disposição para garantir a adoção das medidas recomendadas.

7. Conclusão

A Estratégia da Saúde da Família representa atualmente o principal instrumento da Política Nacional para a Atenção Básica, que a partir da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, destinou aos municípios brasileiros a responsabilidade pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

Apesar de ser uma política pública de grande alcance e importância que serve como porta de entrada do SUS, política definida a partir da CF, as ações da Estratégia da Saúde da Família ainda apresentam fragilidades que comprometem o alcance das metas perseguidas pela saúde pública nos diversos níveis de governo, particularmente na esfera municipal.

O presente trabalho buscou avaliar no âmbito do Município do Natal em que medida a ação tem contribuído para promoção da saúde no município do Natal através do acesso aos serviços de atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família, abordando os seguintes aspectos: a) implementação das equipes de saúde da família; b) sistemática de controle e monitoramento da ação e; c) grau de satisfação do usuário.

Como síntese das conclusões sobre os aspectos analisados na auditoria constatou-se que: a) redução em 11,95% na cobertura do programa, passando de 45,67% em 2006 para 33,72% ao final de 2009; b) dados sobre ESF e sobre atendimentos utilizados nos relatórios da SMS não guardam consistência; c) ESF incompletas; d) as instalações físicas utilizadas como USF apresentam precariedades e não atendem aos parâmetros definidos em requisitos de normas pertinentes; e) sistemática de manutenção de instalações, móveis e equipamentos não atende às necessidades das unidades; f) o acompanhamento, supervisão e avaliação da Ação são carentes de um plano específico não atendendo o estabelecido em lei; g) inexistência de modelo gerencial que faça utilização de objetivos, metas e indicadores para o alcance de resultados; g) a falta de medicamentos e profissionais nas USF tem provocado insatisfação dos usuários e dificultado o efetivo alcance das metas pactuadas; e; h) a SMS ainda não atende garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, deixando de atender ao requisito do programa.

Destaca-se como boa prática observada nos trabalhos a inclusão, pelo Setor de Manutenção de Bens Móveis da SMS, quando da aquisição de novos equipamentos, da capacitação para sua operação e instalação, que resolve problemas com equipamentos que são adquiridos e não são instalados ou não têm pessoal capacitado para operá-los.

Com as recomendações formuladas pela auditoria se esperam que a SMS proporcione resultados satisfatórios atendendo aos requisitos necessários na implementação da Equipes de Saúde da Família no município, empregando um modelo de gestão com efetivo acompanhamento, supervisão e avaliação da ação que atendam aos anseios dos usuários do programa, observando os aspectos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade.

8. Proposta de encaminhamento

Diante do exposto e considerando as oportunidades de melhorias futuras no processo de gerenciamento da ação, submete-se este relatório à consideração superior, com as propostas que se seguem:

Recomendar a SMS responsável pela ação a adoção das seguintes medidas:

- a) viabilizar a composição das equipes necessárias a cobertura desejada ou a re-análise dessa cobertura de modo a que sejam alcançadas as metas de saúde pactuadas com o município;
- b) adotar melhor controle dos dados do programa, verificando sua conformidade com as informações disponibilizadas pelo MS/SAS/DAB, de modo que o acompanhamento de metas e tomadas de decisões sejam feitos baseados em dados fidedignos;
- c) proceder a estudos na Política de Recursos Humanos com relação à seleção e incentivos de profissionais (principalmente médicos) para trabalhar no PSF, com o intuito de garantir o suprimento das necessidades dos profissionais para o desempenho de funções que são fundamentais para o programa;
- d) elaborar plano para adequação das instalações necessárias ao funcionamento das USF, conforme padrões e normas vigentes;
- e) realizar um inventário nas unidades de saúde, de modo a conhecer todos os equipamentos e móveis existentes, assim como seu estado de conservação e características;
- f) reavaliar a estrutura existente no Setor de Manutenção de Bens Móveis, assim como o modelo de gestão adotado de modo a poder assegurar um atendimento satisfatório às manutenções de sua responsabilidade, com base em objetivos, metas e indicadores, propiciando as condições necessárias ao alcance dos objetivos da Ação em análise;
- g) elaborar o plano previsto no art. 9º, inciso I, da LC nº 62/2005 com o fito de melhorar o gerenciamento da ação, promovendo o acompanhamento e avaliação de metas e indicadores;
- h) realizar o efetivo acompanhamento, supervisão e avaliação da ação, baseado em objetivos, metas e indicadores, que por sua vez contemplem as metas de saúde pactuadas com o município;
- i) adotar novo modelo de gestão para o gerenciamento dos medicamentos, bem como, rever os processos de aquisição de modo a buscar um equilíbrio entre a demanda e o armazenamento, além de promover as necessárias adequações no galpão utilizado para essa finalidade;

j) dotar todas suas unidades com sistema informatizado que seja integrado aos órgãos controladores e unidades prestadoras de serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, de modo a facilitar o acesso aos encaminhamentos necessários;

k) efetuar avaliação de necessidades de demanda nas USF para tais serviços, de modo a garantir o número de vagas necessárias aos procedimentos decorrentes dessa demanda;

l) assegurar que o procedimento previsto nos fluxos de contra-referência também seja observado de modo ter um acompanhamento satisfatório dos pacientes usuários do programa.

Determinar à Secretaria Municipal de Saúde, com fulcro no inciso II, art. 140 da LC 121/1994 (LOTIC), c/c art. 250, inciso II, do RITCU, que remeta 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 TCE, com nome dos responsáveis pela implementação dessas medidas.

Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde que articule grupo de contato de auditoria, com participação de técnicos ligados à Estratégia de Saúde da Família, bem como convide também representante da Controladoria Geral do Município, para atuarem como canal de comunicação com este Tribunal, com o objetivo de facilitar o acompanhamento da implementação das determinações e recomendações prolatadas pelo TCE.

Encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor do presente relatório para os seguintes destinatários: a) ao Secretário Municipal de Saúde; b) ao Controlador Geral do Município, e; c) ao Presidente da Câmara Municipal.

Retornar os autos a Equipe de Auditoria para que se programe a realização do monitoramento do Acórdão que vier a ser prolatado.

Natal/RN, 25/08/2010

José Monteiro Coelho Filho (coordenador)
Inspetor de Controle Externo
Mat. 9.551-6

Mayra Gomes de M. G. Pereira
Analista de Controle Externo
Mat. 58.713-3

Ivoná Maria G. de Figueiredo
Assessor Técnico
Mat. 9.553-2

Teresa Cristina R. do Nascimento
Analista de Controle Externo
Mat. 9.453-6

REFERÊNCIAS

- 1) Brasil. Portaria n. 648/GM de 28/03/2006 – Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2006. Ministério da Saúde. Brasília.
- 2) __. Constituição Federal. 1988. Congresso Nacional. Brasília.
- 3) Natal. Plano Plurianual (PPA) 2006/2009. 2005. Prefeitura Municipal do Natal. Natal.
- 4) __. LC N. 62/2005. Dispõe sobre a reorganização do Programa Saúde da Família no Município do Natal e dá outras providências. 2005. Câmara Municipal de Natal. Natal.
- 5) Oliveira, I. F., Silva, F. L., Yamamoto, O. H. A Psicologia no Programa Saúde da Família em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite na prática psicológica? 2007. Aletheia, n. 25, p.5-19, jan./jun. 2007. Natal.
- 6) PROMOEX. Orientações do Grupo Temático Nacional em Auditoria Operacional sobre Auditoria Operacional na Função Saúde. 2009. GT/AOP/PROMOEX. Salvador.
- 7) TCU. Relatório de Auditoria Operacional no Programa de Saúde da Família. 2002. Tribunal de Contas da União. Brasília.

ANEXO (Fotografias)

Foto 1 – USF APARECIDA – VISTA DA CIRCULAÇÃO COM A COLOCAÇÃO DE BANCOS SENDO UTILIZADO COMO SALA DE ESPERA



Foto 2 – USF APARECIDA – VISTA DO COMPARTIMENTO UTILIZADO COMO FARMÁCIA COM USO DE VENTILADOR FACE CALOR NO AMBIENTE



Foto 3 – USF PARQUE DAS DUNAS – VISTA DA CIRCULAÇÃO COM A COLOCAÇÃO DE BANCOS SENDO UTILIZADO COMO SALA DE ESPERA



Foto 4 – USF POTENGI – COLOCAÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PELA CIRCULAÇÃO DO PRÉDIO POR FALTA DE SALA PARA DEPÓSITO



Foto 5 – USF CIDADE PRAIA – USF FUNCIONANDO EM CASA DE CONJUNTO HABITACIONAL ADAPTADA (PRÉDIO INADEQUADO)



Foto 6 - USF NOVA CIDADE VERIFICARAM-SE INSTALAÇÕES MAL CONSERVADAS E ACESSO PRECÁRIO



Foto 7 – USF MONTE LÍBANO PRÉDIO NECESSITANDO DE MANUTENÇÃO.



Foto 8 - USF NAZARÉ INSTALAÇÕES INADEQUADAS E MAL CONSERVADAS

