



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
4ª Secretaria de Controle Externo
Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

TC 012.653/2001-8

Relatório do Segundo Monitoramento

Programa de Saúde da Família - PSF

Departamento de Atenção Básica – DAB

Secretaria de Atenção à Saúde – SAS

MS

Brasília (DF), outubro de 2003.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	76
<i>Antecedentes</i>	<i>76</i>
<i>Equipe, Cronograma e Execução</i>	<i>77</i>
<i>Características da auditoria</i>	<i>78</i>
<i>Características do monitoramento.</i>	<i>78</i>
2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES	79
<i>Recomendação ao Ministro de Estado da Saúde (subitem 8.1).....</i>	<i>79</i>
<i>Recomendações ao Departamento de Atenção Básica – DAB (subitem 8.2).....</i>	<i>79</i>
<i>Recomendações ao DAB em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde (subitem 8.3)</i> <i>.....</i>	<i>87</i>
<i>Recomendação à Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do DAB em conjunto com</i> <i>a Diretoria de Programas Estratégicos da Secretaria Executiva (subitem 8.4).....</i>	<i>94</i>
<i>Recomendações ao DAB em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e os Pólos de</i> <i>Capacitação (subitem 8.5).....</i>	<i>95</i>
<i>Recomendações ao DAB em conjunto com o DATASUS (subitem 8.6).....</i>	<i>96</i>
<i>Recomendação aos Presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde (subitem 8.7)</i>	<i>99</i>
<i>Recomendação à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS (subitem 8.8)</i>	<i>99</i>
<i>Recomendação Administrativa (subitem 8.9)</i>	<i>101</i>
<i>Recomendação ao DAB (subitem 8.10)</i>	<i>101</i>
<i>Relacionamento com o Programa Fome Zero.....</i>	<i>101</i>
3. COMENTÁRIOS DO GESTOR	103
4. CONCLUSÃO	103
5. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	105



1. Introdução

Antecedentes

1.1 Em 1998, o TCU iniciou a realização de auditorias de natureza operacional – ANOp, com o objetivo de examinar o desempenho de programas do governo federal, seguindo metodologia desenvolvida no âmbito do Projeto de Cooperação Técnica TCU/Reino Unido. Esse projeto visa contribuir para a melhoria do desempenho de instituições governamentais brasileiras, assim como para a melhor utilização dos recursos públicos, por meio da implementação de recomendações decorrentes dessas ANOp.

1.2 O Plano de Auditoria de Desempenho, correspondente ao quarto ano do Projeto (2001), que contemplou a realização de auditorias de natureza operacional no âmbito do Projeto de Cooperação, nas áreas de saúde, educação, assistência social e infra-estrutura, foi aprovado pelo TCU mediante a Decisão 466/2001-Plenário.

1.3 Entre as auditorias realizadas, registra-se a ANOp no Programa de Saúde da Família – PSF, que está sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica, da então Secretaria de Políticas de Saúde – SPS, do Ministério da Saúde – MS. A auditoria objetivou verificar as evidências de alteração do vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao Sistema Único de Saúde – SUS e aos beneficiários do Programa, mediante a avaliação de aspectos relativos à operacionalização do Programa.

1.4 O Relatório de Auditoria foi submetido ao Tribunal, resultando na Decisão 649/2002-Plenário, Ata 21/2002, Sessão de 19/06/2002, onde foram proferidas recomendações com o objetivo de melhorar o desempenho do programa. A referida decisão também determinou o encaminhamento do processo à 4ª Secex, para acompanhamento da implementação das recomendações, por meio de monitoramento.

1.5 O acompanhamento teve início após a decisão desta Corte, seguindo a sistemática estabelecida para o monitoramento das ANOp no âmbito do Projeto TCU/Reino Unido. Essa sistemática prevê a realização de monitoramentos no programa auditado e a elaboração de relatório final sobre o impacto da implementação das recomendações do Tribunal no desempenho do programa.

1.6 Vale acrescentar que, em decorrência de recente trabalho realizado no Programa Fome Zero, foi prolatado o Acórdão n.º 1.046/2003-TCU-Plenário, Ata n.º 30/2003, em que se determinou:

9.4 – A inclusão, no monitoramento a ser realizado pela 4ª Secex no Programa Saúde da Família que terá como objetivo verificar a implementação das recomendações contidas na Decisão n.º 649/2002 – Plenário, proferida no TC n.º 012.653/2001-8, das seguintes questões:

9.4.1 – tem ocorrido maior priorização do programa/ação em função do Programa Fome Zero? Sugere-se verificar se houve maior aporte de recursos, priorização de municípios ou de determinado grupo de beneficiários;

9.4.2 – de que maneira o órgão/entidade encarregado por este programa ou ação tem se articulado com o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome – MESA? Sugere-se verificar, junto aos gestores do órgão/entidade, a realização de reuniões e a edição de normativos conjuntos e, ainda, a celebração de convênios e outros instrumentos, estabelecendo parcerias entre os órgãos;



9.4.3 – *de que maneira o programa/ação está estruturado para contribuir para a redução da insegurança alimentar dos respectivos beneficiários, especialmente em relação à garantia da regularidade no acesso à alimentação, por meio de ações estruturantes?*

1.7 Ainda naquele Acórdão, consta determinação para que a *Segecex oriente as Unidades Técnicas que encaminhem, ao grupo responsável pelo acompanhamento de que trata o Item 9.2¹, os relatórios de fiscalizações relacionadas com o Programa Fome Zero;*

1.8 Isso posto, realiza-se, nesta ocasião, o segundo monitoramento da implementação das recomendações exaradas pelo TCU em 2002, com o objetivo de:

- a) acompanhar as providências tomadas no âmbito do programa auditado em resposta às recomendações exaradas pelo Tribunal;
- b) acompanhar a evolução do desempenho do programa;
- c) verificar o grau de implementação das recomendações; e
- d) identificar quais os maiores obstáculos/dificuldades para a implementação das recomendações propostas.

Equipe, Cronograma e Execução

1.9 A equipe de auditoria foi designada pelas Portarias ADFIS n.º 1527, de 29/09/2003, e 1570, de 06/10/2003.

Equipe	Matrícula	Lotação
Gilberto Gomes da Silva Júnior Coordenador	2870-3	4ª Secex
Wanessa Carvalho Amorim Mello	5061-0	Seprog

1.10 Para esse fim, foi estabelecido o seguinte cronograma:

Etapas do Trabalho	Períodos	Duração
Planejamento	24/09 a 26/09/2003	3 dias úteis
Execução	06/10 a 08/10/2003	3 dias úteis
Elaboração do Relatório	09/10 a 14/10/2003	4 dias úteis

1.11 Na fase de execução a equipe esteve reunida no Ministério da Saúde, no Departamento de Atenção Básica – DAB e na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGETES.

1.12 Cabe mencionar que o Ministério da Saúde teve sua estrutura regimental modificada pelo Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003, segundo o qual a Secretaria de Políticas de Saúde não mais existe e o Departamento de Atenção Básica passou a integrar a Secretaria de Atenção à Saúde.

¹ 9.2 – autorizar a Segecex a elaborar sistemática visando o acompanhamento do Programa Fome Zero, a partir de 2004, tomando por base as definições a serem extraídas da legislação orçamentária a ser aprovada (Plano Plurianual 2004/2007, leis de Diretrizes Orçamentárias e Orçamentárias Anuais do mesmo período), indicando a(s) Unidade(s) Técnica(s) participante(s), o qual terá como objetivos, entre outros: ...



1.13 Os Pólos de Capacitação, antes vinculados à SPS, passaram a integrar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Por fim, as atribuições atinentes à Diretoria de Programas Estratégicos da Secretaria-Executiva passaram para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, especificamente no Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

1.14 Pela colaboração prestada, neste monitoramento, agradece-se a participação e o apoio dos seguintes profissionais do Ministério da Saúde: Afra Suassuna Fernandes – Diretora do Departamento de Atenção Básica, Ângela Cristina Pistelli e Regina Coeli Pimenta, ambas assessoras deste Departamento.

Características da auditoria

1.15 A auditoria no Programa de Saúde da Família – PSF objetivou, como já mencionado, verificar alterações do vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos beneficiários do Programa. Isto foi feito mediante a avaliação de aspectos relativos à operacionalização do PSF, no que diz respeito à implantação e atuação das Equipes de Saúde da Família – ESF, ao acompanhamento, supervisão e avaliação do Programa pela esfera estadual, e, ainda, à análise da série histórica de indicadores de morbidade e mortalidade previamente selecionados.

1.16 Os principais achados de auditoria podem ser assim resumidos:

- a) Elevada rotatividade e a dificuldade na contratação dos médicos das ESF;
- b) As ESF são responsáveis por um número excessivo de famílias, além do limite máximo de 4.500 pessoas preconizado pelo Ministério da Saúde – MS, situação que ocorre também com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, sendo que apenas 27% deles não ultrapassam o limite recomendado de 750 pessoas;
- c) Elevada demanda espontânea às Unidades de Saúde da Família – USF, prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde;
- d) Inadequação no sistema de referência (serviço, ao qual é encaminhado o beneficiário do Programa, para atendimento mais complexo e apoio diagnóstico) para os níveis de média e alta complexidades;
- e) Falta sistemática de medicamentos, especialmente os destinados ao controle de diabetes e hipertensão;
- f) Dificuldade no entendimento da filosofia do PSF por parte dos beneficiários, bem como dos profissionais das ESF;
- g) Expansão acelerada do Programa em detrimento da garantia de infra-estrutura adequadas das USF por parte dos municípios;
- h) Ausência de ações de fiscalização, monitoramento e avaliação, de forma rotineira e sistemática, por parte das coordenações do Programa nos estados e municípios; e
- i) Inconsistências no Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB.

Características do monitoramento.

1.17 Neste monitoramento, a equipe decidiu, ante o grande número de recomendações e o curto prazo de execução e de elaboração do relatório, encaminhar aos responsáveis pelo DAB questionário (fls. 32/37, vol. 3) abordando as recomendações e medidas propostas e a serem implementadas, de forma a otimizar a fase de execução.



1.18 Portanto, na fase de planejamento deste monitoramento, foi feita a elaboração do questionário e a entrega deste ao DAB, em reunião ocorrida dia 29/09/03, na qual ficou agendado o dia 06/10 para entrega da resposta. Nesse questionário foram incluídas ainda as questões formuladas no Acórdão n.º 1.046/2003, antes mencionado, cujas respostas também se encontram em item próprio.

1.19 Ainda nesta fase, foram preparados e enviados por fax ofícios aos Secretários Executivos dos Conselhos Estaduais (fls. 04/31, vol. 3) cujas respostas serão analisadas em item próprio neste relatório.

2. Análise da implementação das recomendações

Recomendação ao Ministro de Estado da Saúde (subitem 8.1)

2.1 *“...que estabeleça um grupo de contato de auditoria, com a participação da gerência do Programa de Saúde da Família - PSF - e da Secretaria Federal de Controle Interno, que atue como canal de comunicação com este Tribunal, com o objetivo de facilitar o acompanhamento da implementação das recomendações do TCU.”*

2.1.1 Grau de implementação

2.1.1.1 Foi informado pelo DAB (fls. 39, vol. 3), que este encaminhou memorando n.º 1.122/03-SAS/MS à Secretaria de Atenção à Saúde, indicando como representantes do Departamento as servidoras Dra. Afra Suassuna Fernandes, Diretora do Departamento de Atenção Básica; Regina Coeli Pimenta e Ângela Cristina Pistelli, ambas assessoras deste departamento.

2.1.2 Avaliação

2.1.2.1 Considera-se que a recomendação não foi implementada, uma vez que o MS não oficializou a medida; entretanto, verificou-se que o grupo de contato informal existente, composto pelas técnicas já mencionadas e pela própria diretora do DAB tem suprido, até o momento a interlocução com o TCU. Apesar disso, é conveniente que o MS efetive o grupo de contato, para que este tenha respaldo institucional.

2.1.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.1.3.1 Oficializar o grupo de contato de auditoria.

Recomendações ao Departamento de Atenção Básica – DAB (subitem 8.2)

2.2 Alínea “a”

“estude novo parâmetro máximo de cobertura de pessoas para cada Equipe de Saúde da Família e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite, com vistas à apreciação e implementação;”

2.2.1 Grau de implementação

2.2.1.1 O DAB apresentou, em seu Plano de Ação, como medida a ser implementada para atender a esta recomendação, a proposição de novos parâmetros de cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família - ESF e Agentes Comunitários de Saúde - ACS, com base nos registros do Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB e nos resultados do



monitoramento do funcionamento das ESF. Porém, no decorrer do estudo, foi identificado que esta é medida de difícil implementação. Pode-se elencar como fatores: o grande impacto desta medida no orçamento público e no piso de atenção básica do país, e a necessidade de reformulação do SIAB e compatibilização da base de dados.

2.2.1.2 Também reflete nesta discussão a necessidade de uma definição prévia se o parâmetro de cobertura seria nacional ou regional. Se o parâmetro for nacional, os extremos, ou seja, áreas de grande dispersão demográfica ou de grande concentração, seriam prejudicados.

2.2.1.3 Nesse sentido, reunião realizada em maio de 2003, em Manaus, para discussão das propostas apresentadas, sinalizou que, no momento, o mais viável é a redução apenas da cobertura dos agentes comunitários de saúde na área rural da Região Amazônica.

2.2.1.4 O documento 1 (fls. 48/62, vol. 3), que consiste numa síntese das análises realizadas pela SAS acerca de propostas aprovadas durante o III Encontro de Gestores de Saúde da Região Norte e o II Congresso de Gestores Municipais de Saúde do Estado do Pará, realizado em outubro de 2002, ainda em versão preliminar e, portanto, de circulação restrita, às fls. 52/53, aborda a questão da adoção de parâmetro diferenciado de cobertura do PSF/PACS na área rural e ribeirinha.

2.2.2 Avaliação

2.2.2.1 A preocupação do DAB procede, em razão de que, se alterados os parâmetros de cobertura, as áreas de menor densidade demográfica, apresentarão distorções em relação a regiões de maior densidade populacional. Daí que segundo os estudos do DAB, há a possibilidade de que sejam oferecidos recursos suplementares para novas equipes, o que é aspecto positivo, conforme a unidade. Aponta, entretanto, a dificuldade regional de fixação de profissionais como ponto limitador para sua efetivação, mesmo com elevação do aporte de recursos.

2.2.2.2 A recomendação foi implementada parcialmente, em razão dessa discussão não se limitar apenas à alteração de parâmetros, mas sim, em uma redefinição da política adotada atualmente no PSF, o que demanda mais tempo e maiores esforços dos gestores envolvidos no Programa, razão para que não tenha sido fixado prazo para sua conclusão.

2.2.2.3 A questão ainda não foi levada à CIT, e o DAB informou que isso não ocorrerá em 2003.

2.2.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.2.3.1 Providenciar a submissão de proposta à Comissão Intergestores Tripartite.

2.3 Alínea “b”

“estude a viabilidade de ser instituído adicional na parte variável do Piso de Atenção Básica - PAB - para a implementação de equipes de suporte nos municípios com o Programa de Saúde da Família implantado e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite, com vistas à apreciação e implementação;”

2.3.1 Grau de implementação

2.3.1.1 Eram medidas propostas pelo DAB para atender esta recomendação: (a) o assessoramento a estados e municípios para agilização do processo de habilitação, e (b) a proposição de modelos de organização de serviços especializados cuja demanda é mais freqüente, como referência imediata da atenção básica, em especial do PSF.



2.3.1.2 Verificou-se, no primeiro monitoramento, que até o final de 2002 apenas 216 municípios estavam habilitados no Piso de Atenção Básica - PAB ampliado (NOAS 01/02). As dificuldades enfrentadas pelos municípios para se habilitarem eram: critérios exigentes de habilitação para estados e baixo valor de acréscimo do incentivo (R\$ 0,50).

2.3.1.3 Para que se pudesse assessorar estados e municípios na agilização do processo de habilitação, de acordo com a NOAS SUS 01/02, era necessário estudar mecanismos de simplificação dos processos e da tramitação burocrática. Com relação ao incentivo, o aumento do recurso do PAB ampliado de R\$0,50 para R\$2,00, era também importante, pois o baixo valor não era interessante ao gestor e estava desestimulando a habilitação no PAB.

2.3.1.4 Durante o segundo monitoramento, o DAB informou que, como o MS editou a Portaria GM/MS n.º 398, de 04/04/2003 (fls. 63/67, vol. 3), a questão do baixo valor dos procedimentos do Piso da Atenção Básica Ampliada foi resolvida, passando o valor por habitante/ano para R\$ 12,00 (art. 4º).

2.3.1.5 Além disso, ainda conforme o DAB, outras medidas foram adotadas que geraram a ampliação dos recursos para Atenção Básica, citando-se entre elas a atualização da base populacional, aumento linear dos incentivos financeiros às equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal, compressão de 9 para 7 faixas de cobertura populacional em municípios com mais de 100 mil habitantes e aumento das demais parcelas do PAB.

2.3.1.6 Quanto aos estudos para agilização do processo de habilitação, foram realizados e o processo foi aperfeiçoado, após aprovação pela CIT. Assim, foram publicadas as Portarias GM/MS n.º 384, 385 e 397, de 04/04/2003, e 1.896, de 02/10/2003 (fls. 68/72, vol. 3).

2.3.1.7 No que toca à proposição de modelos de organização de serviços especializados cuja demanda seja mais freqüente, como referência imediata da atenção básica, em especial do PSF, o MS esclareceu que essa construção de modelos está estruturada por área de intervenção, como por exemplo: saúde mental, da criança, do trabalhador urbano ou rural, criação de unidades básicas de internação e terapia renal substitutiva. A sistematização das propostas em discussão seria oportunamente enviada ao TCU.

2.3.1.8 Vale acrescentar que o DAB forneceu cópias de estudos preliminares relativos à estratégia de alternativa de organização e financiamento envolvendo pequenos hospitais, por enquanto chamados de Unidades Básicas de Internação, e à Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal (fls. 76/212, vol. 3).

2.3.2 Avaliação

2.3.2.1 O aumento do Piso da Atenção Básica representou um ganho para o Programa, embora não se possa considerar a medida implementada, vez que há ações ainda por executar.

2.3.2.2 A proposta de modelos de organização de serviços especializados cuja demanda é mais freqüente, como referência imediata da atenção básica do PSF, que estava programada para submissão à Comissão Intergestores Tripartite, ainda deverá ser submetida à CIT.

2.3.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.3.3.1 Concluir a sistematização das propostas e submetê-las à CIT, devendo a implementação desta medida ser avaliada quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria.

2.4 Alínea “c”



“adote providências no sentido de que sejam desenvolvidas ações educativas de reforço da filosofia do Programa junto às Equipes de Saúde da Família, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas e com ampla divulgação das boas práticas adotadas no Programa;”

2.4.1 Grau de implementação

2.4.1.1 Para o reforço à filosofia do programa foi sugerida pelo DAB, como medidas a serem implementadas: (a) a atualização do cadastro de endereços das Secretarias Municipais de Saúde, para que sejam enviados material e *folders* explicativos, (b) a mudança no fluxo de distribuição de publicações, passando estas a serem remetidas diretamente para as Secretarias Municipais de Saúde - SMS, e por último (c) a publicação, na Revista de Saúde da Família, de artigos sobre a importância das ações educativas e de orientações para o gerenciamento da marcação de consultas nas unidades de saúde da Família.

2.4.1.2 O DAB informou durante o segundo monitoramento, que todas as atividades de elaboração e produção de material impresso, inclusive a Revista Brasileira de Saúde da Família estão prejudicadas neste ano de 2003, por restrições orçamentárias e financeiras e em função de terem sido priorizadas ações voltadas para redefinições políticas e reestruturações organizacionais e administrativas. Nenhum número da RBSF foi publicado até o momento, estando previsto um número que deverá ser distribuído durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada em dezembro de 2003, em Brasília.

2.4.1.3 Na reunião ocorrida com o grupo de contato, no DAB, foi informado que o padrão informativo da revista está com perspectiva de mudança, passando a adotar uma linha mais técnica e voltada aos profissionais do PSF.

2.4.2 Avaliação

2.4.2.1 Ante as colocações do DAB, deve-se considerar a medida como não implementada. Entende-se que a publicação de orientações sobre como gerenciar a marcação de consultas nas unidades de saúde da família pode se constituir em boa prática, que não está sendo divulgada, com a interrupção da publicação da RBSF.

2.4.3 Medidas a serem implementadas

2.4.3.1 Reiniciar a publicação e divulgação da RBSF no menor espaço de tempo possível.

2.5 Alínea “d”

“estabeleça e regulamente novos critérios e requisitos para qualificação dos municípios ao incentivo do Programa de Saúde da Família, procurando assegurar não só a garantia de infra-estrutura adequada às Unidades de Saúde da Família, mas também a qualidade de atendimento da população usuária, por parte das Equipes de Saúde da Família, quando for o caso;”

2.5.1 Grau de implementação

2.5.1.1 Para atender esta recomendação o Ministério da Saúde identificou como medidas a serem adotadas: (a) alteração do processo de qualificação dos municípios; (b) a regulamentação do processo de supervisão e monitoramento do funcionamento das ESF; e (c) a regulamentação do processo de implantação das Equipes de Saúde da Família - ESF por meio de alteração da Portaria n.º 1.886/97.

2.5.1.2 O DAB informou que o processo de qualificação avançou, com a conclusão de uma proposta do MS de revisão da Portaria GM/MS n.º 1.886/97, proposta que está em análise



pelas Coordenações Estaduais de Atenção Básica e PSF. O desenvolvimento de uma nova sistemática de qualificação dos municípios aos incentivos financeiros ao PSF, PACS e Saúde Bucal está interrompido. Só deverá ser retomado após a aprovação definitiva da revisão das normas de funcionamento dos programas.

2.5.1.3 O monitoramento do PSF foi concluído (vol. 4 destes autos) e, em suas considerações finais, aponta que:

Foram observadas as condições de estrutura existentes que dão suporte ao trabalho cotidiano: recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, insumos, instrumentos de registro e medicamentos; formas de organização do processo de trabalho, abordando as principais atividades realizadas por cada um dos componentes da equipe e a relação com alguns serviços de referência.

...

Os resultados acabaram por apontar situações objetivas de equipes incompletas, ou mesmo inexistentes, passíveis do bloqueio do repasse de recursos financeiros.

Apesar de conter uma lógica evidente, a exclusão de muitas equipes pode representar problemas conjunturais mais complexos que devem ser mais bem explorados em etapas seguintes da avaliação, a fim de permitir a compreensão sobre seus fatores determinantes.

2.5.2 Avaliação

2.5.2.1 A recomendação foi parcialmente implementada, posto que o monitoramento foi realizado, restando por implementar os processos de supervisão do PSF e de implantação das ESF, bem como finalizar a alteração na sistemática de qualificação dos municípios.

2.5.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.5.3.1 Elaborar propostas para os processos de supervisão do PSF e implantação das ESF, bem como instar os estados e municípios a solucionar os problemas detectados no relatório de monitoramento do PSF, medidas a serem avaliadas quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria.

2.6 Alínea “e”

“estude a viabilidade de ser modificada a forma de incentivo financeiro federal do Programa de Saúde da Família (Parte Variável do PAB), levando-se em consideração não apenas o critério quantitativo de cobertura populacional, mas também aspectos qualitativos, tais como: adicional por tempo de permanência do médico na Equipe de Saúde da Família; adicional por tempo de existência da Unidade de Saúde da Família e adicional por desempenho técnico da Unidade no período anterior e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite, com vistas à apreciação e implementação;”

2.6.1 Grau de implementação

2.6.1.1 Foram medidas propostas pelo Ministério da Saúde em seu Plano de Ação: (a) a criação da Câmara Técnica com representação do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, para elaborar uma proposta de incorporação de critérios qualitativos na definição do valor do incentivo ao PSF;



2.6.1.2 Por ocasião do segundo monitoramento o DAB informou que o processo avançou, contudo houve mudança de rumo, para conferir maiores consistência e coerência. A elaboração de proposta de incorporação de critérios qualitativos na definição dos valores do incentivo à atuação de ESF está contextualizada em dois movimentos distintos.

2.6.1.2.1 O primeiro deles reside nos trabalhos da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, instituída pela Portaria GM/MS n.º 676, de 03/06/2003 com as seguintes atribuições (art. 1º):

I- definir critérios, mecanismos e fluxos para avaliação da atenção básica, de acordo com o que estabelece a NOAS-SUS 01/2002;

II- elencar um número básico de indicadores para acompanhamento efetivo e avaliação da atenção básica nos Municípios;

III- identificar todos os setores do Ministério da Saúde e instrumentos utilizados para acompanhamento das ações de atenção básica; e

IV- elaborar e propor estratégias para integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação da atenção básica.

2.6.1.2.2 Esta Comissão elaborou a Nota Técnica de fls. 01/43 (vol. 6), a qual faz algumas recomendações resultantes dos trabalhos desenvolvidos até então.

2.6.1.2.3 O exame do documento 5 (fls. 01/24, vol. 6), e da matriz de objetivos, dimensões, subdimensões, âmbitos, indicadores, níveis de avaliação da atenção básica e respectivos meios de verificação, documento 6 (fls. 25/43, vol. 6), revelam que existem ações no MS tendentes à implementação de medidas que atendem à determinação feita pelo TCU.

2.6.1.3 O segundo movimento está nas discussões de Grupo de Trabalho que está estudando o financiamento no SUS, que tem como proposta reduzir a fragmentação do financiamento federal para o próximo ano. O documento 7, intitulado “*O financiamento no SUS: modalidades de repasse e incentivos*”, fornecido pelo DAB (fls. 44/61, vol. 6) sintetiza o levantamento feito pelo GT.

2.6.1.3.1 Nesse levantamento, o GT expressa o entendimento de ser necessária a construção de uma política de incentivos que possa traduzir em operações concretas as bases doutrinárias do sistema, entre elas a ampliação e qualificação do acesso e o fomento da integralidade e da humanização da atenção à saúde.

2.6.1.3.2 Para isso, sugere três eixos básicos para a estruturação da política de incentivos: a gestão, a atenção integral e o trabalho em saúde. Esses eixos teriam como diretrizes gerais:

2.6.1.3.2.1 Eixo da gestão: desenvolvimento de práticas de gestão que favoreçam a ampliação da participação; instituição de práticas de gestão mais coletivas; co-gestão.

2.6.1.3.2.2 Eixo da atenção à saúde: desenvolvimento de práticas integrais, ressaltando, de um lado, a articulação entre atividades preventivo-promocionais e de cura-reabilitação e, de outro, a incorporação no cuidado da dimensão de complexidade do sujeito e do processo de adoecimento, resultantes do engendramento dos planos biológico, subjetivo e social.

2.6.1.3.2.3 Eixo do trabalho em saúde: reorganização dos processos de trabalho com vistas a implementação de sistemas de co-gestão e de práticas integrais.

2.6.2 Avaliação



2.6.2.1 A recomendação foi implementada parcialmente.

2.6.3 Medidas a serem implementadas

2.6.3.1 Por ocasião do Relatório de Impacto de Auditoria, deverá ser verificado se houve progresso na questão da forma de incentivo do PSF, com a instituição de uma Política Nacional de Incentivos, que considere o aspecto qualitativo.

2.7 Alínea “f”

“produza manual e o encaminhe diretamente às Secretarias Municipais de Saúde, se ainda não for realizado dessa forma (levando-se em consideração a metodologia utilizada por aquele Ministério, quando da realização da Avaliação do Programa de Saúde da Família, em curso e, ainda, a metodologia utilizada no Estado do Ceará e no Distrito Federal), contendo sistemática de supervisão, acompanhamento e avaliação do Programa a serem realizadas, rotineiramente, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, junto aos municípios com o PSF implantado, que permita o acompanhamento e a avaliação não só dos aspectos relacionados à infra-estrutura das Unidades de Saúde da Família e à existência das Equipes de Saúde da Família, mas também dos aspectos referentes à qualidade de atendimento das equipes junto à população usuária do Programa;”

2.7.1 Grau de implementação

2.7.1.1 Durante o primeiro monitoramento, o DAB informou que, para atender a esta recomendação, seriam necessárias diversas medidas, tais como: (a) reformular o SIAB, desenvolvendo o SIAB *Plus*, com prazo até março de 2003; (b) validar o processo regulamentado para o Pacto da Atenção Básica 2002; (c) assessorar e capacitar as equipes gestoras estaduais e municipais para operar o aplicativo do Pacto, capacitação realizada em 2002; e (d) realizar o monitoramento do funcionamento das ESF nos municípios.

2.7.1.2 Neste segundo monitoramento o DAB informou que a reformulação do SIAB ainda está sendo finalizada. Foi realizado um piloto em oito municípios do país, porém, somente a utilização dos instrumentos de coleta de dados, parte do teste, foi realizada, pois foi detectado um problema na arquitetura do software, inviabilizando o restante do experimento.

2.7.1.3 Na avaliação desse piloto, surgiram problemas de concepção e de quantitativo de processos gerados no nível local, tais como:

- a) Número excessivo de instrumentos de coleta de dados;
- b) Muitos dados a serem coletados, de difícil interpretação e alto grau de subjetividade; e
- c) Queixas dos profissionais sobre demora no preenchimento de formulários.

2.7.1.4 Quanto à elaboração da sistemática de supervisão, conforme vimos acima no item 2.5.1.1, o MS encerrou monitoramento do PSF, restando por implementar os processos de supervisão.

2.7.2 Avaliação

2.7.2.1 A recomendação foi implementada parcialmente, tendo em vista que a reformulação do SIAB ainda não está concluída. Em sua informação, o DAB deixa claro que espera terminá-la até o final do primeiro semestre de 2004, concluindo as seguintes etapas:

- a) consensos em relação ao elenco de indicadores para o monitoramento da atenção básica;
- b) elaboração dos instrumentos de coleta;



- c) apresentação dos indicadores e formulários às áreas técnicas e às instâncias de deliberação do SUS – MS/CONASS/CONASEMS (CIT);
- d) elaboração do novo manual do SIAB;
- e) readequação da solução tecnológica; e
- f) realização de capacitação dos técnicos das SES.

2.7.2.2 Conclui-se que, na verdade, o Ministério da Saúde - MS não cumpriu o prazo estabelecido, postergando a implementação da medida, em função de problemas encontrados, porém deixou claro que continua trabalhando na questão.

2.7.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.7.3.1 A implementação da recomendação deverá ser verificada por ocasião da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria.

2.8 Alínea “g”

“promova estudos com o intuito de propor um percentual mínimo dos recursos que devam ser transferidos pelos Estados aos Municípios para a área de saúde a serem investidos no Programa de Saúde da Família, dada a importância do Programa no âmbito do SUS. Tal percentual deverá ser discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite, com vistas à apreciação e implementação, preferencialmente, mediante a criação de dotação orçamentária específica para o Programa nos orçamentos estaduais e municipais”.

2.8.1 Grau de implementação

2.8.1.1 O MS elencou, no seu Plano de Ação, como medidas a serem adotadas para atender a esta recomendação: (a) sensibilizar os estados para a importância de criar incentivos aos municípios para a implantação do PSF; (b) promover estudos para aprofundar a análise do custo de funcionamento das ESF e identificação das fontes dos recursos utilizados; e (c) elaborar proposta de financiamento tripartite do PSF, com dotação orçamentária específica em cada esfera do governo.

2.8.1.2 No primeiro monitoramento verificou-se que o MS tem buscado realizar projetos que apoiem a organização das Secretarias de Estado de Saúde e promovam continuamente a sensibilização dos estados para a importância de se criar incentivos aos municípios para a implantação do PSF. Alguns Estados já forneciam apoio ao PSF, como por exemplo MS, SP, AC, TO, PR, ES, CE e AL.

2.8.1.3 Neste segundo monitoramento verificou-se avanços na sensibilização dos estados para a criação de incentivos aos municípios vinculados à organização da Atenção Básica e à implantação e implementação do PSF. Conforme Quadro Consolidado de Coordenações Estaduais da Atenção Básica (documento 9, fls. 76/80, vol. 6), notou-se que, além dos estados elencados anteriormente, os estados BA, MT, MG, RS e SE já possuem algum tipo de incentivo aos seus municípios.

2.8.1.4 Ainda no segundo monitoramento, o MS disponibilizou 2 grandes estudos que tratam do tema em questão.

2.8.1.4.1 O primeiro estudo foi elaborado pelo prof. Nilson do Rosário Costa, do REFORSUS/MS, cujo objetivo é determinar e avaliar, qualitativa e quantitativamente, os custos da parte fixa do PAB e seu impacto no sistema de saúde local. Como resultado constatou-se falta



de padronização nos medicamentos e falta de registros por grupos diagnósticos, que podem resultar em desperdício de recursos e inadequação do atendimento.

2.8.1.4.2 Outro grande estudo teve como responsável o Consórcio Fundação Getúlio Vargas/FGV e Epos Health Consultants/EPOS. Seu objetivo foi desenvolver metodologia para apuração de custos, ou seja, determinar o custo do programa em 5 municípios selecionados, o custo por habitante, o custo unitário do atendimento dos profissionais, o custo da equipe ampliada e o custo médio do PSF no município, na região e no Brasil.

2.8.1.4.2.1 Como resultado, verificou-se que o custo do PSF é de cerca de R\$5,00 *per capita*/mês, o que corresponde a R\$18 mil/mês por equipe básica, e cerca de R\$8,00 *per capita*/mês quando se trata de equipe ampliada, o que corresponde a um custo de R\$28 mil por mês. O estudo constatou ainda diferenças acentuadas entre equipes de um mesmo município, entre municípios da mesma região e ainda entre as regiões. O relatório final destas duas pesquisas encontra-se na biblioteca do MS.

2.8.1.7 Com relação à proposta de financiamento tripartite do PSF, com dotação orçamentária específica em cada esfera do governo, o MS informou considerar que a Emenda Constitucional 29, aliada à sensibilização demonstrada pelos estados ao adotarem incentivos para a organização da Atenção Básica e PSF, são iniciativas suficientes neste ano. Informou ainda que a dotação orçamentária específica e em cada nível de governo vinculada exclusivamente à Atenção Básica deverá ser objeto de análise no próximo exercício.

2.8.2 Avaliação

2.8.2.1 A citada recomendação está parcialmente implementada. A sensibilização aos estados, referente aos incentivos aos municípios, é processo contínuo que vem sendo realizado e a realização de estudos para aprofundar a análise do custo de funcionamento das ESF e identificação das fontes dos recursos utilizados também foi feito.

2.8.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.8.3.1 Sugere-se, por ocasião da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, que seja verificado se houve avanço na análise da dotação orçamentária específica vinculada exclusivamente à Atenção Básica em cada nível de governo e se o MS continua avançando na sensibilização dos estados para a importância da criação de incentivos aos municípios para a implantação do PSF.

Recomendações ao DAB em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde (subitem 8.3)

2.9 Alínea “a”

“elabore material ilustrativo e o encaminhe diretamente às Secretarias Municipais de Saúde, se ainda não for realizado dessa forma, sobre a filosofia do Programa de Saúde da Família, a ser divulgado pelos Agentes Comunitários de Saúde junto aos usuários do Programa, promovendo o devido treinamento aos agentes para a realização dessa atividade;”

2.9.1 Grau de implementação

2.9.1.1 O DAB definiu por meio do Plano de Ação encaminhado a esta Corte que, até novembro de 2002, implementaria as seguintes medidas: (a) produção de um folheto explicativo sobre o significado e filosofia do PSF e sobre a função do ACS para distribuição direta aos municípios, destinado à população coberta pelo Programa e (b) revisão da programação do



Treinamento Introdutório, de forma a enfatizar os conteúdos referentes aos princípios, filosofia e práticas do PSF e do trabalho do ACS.

2.9.1.2 Por conta do primeiro monitoramento, os representantes do DAB informaram que estava em produção um folheto explicativo sobre o significado e filosofia do PSF e sobre as funções do ACS, destinado à população coberta pelo Programa e cuja distribuição seria encaminhada diretamente às Secretarias Municipais de Saúde. Também foi informado que o MS estava editando a Revista Brasileira de Saúde da Família, publicada desde 2001.

2.9.1.3 Sobre o treinamento dos ACS, foi verificado, ainda no primeiro monitoramento, a realização de revisão da programação do Treinamento Introdutório, de forma a enfatizar os conteúdos referentes aos princípios, filosofia e práticas do PSF e do trabalho do ACS, programação da qual foi entregue cópia da proposta à equipe, constante de quatro módulos intitulados Programação Curricular do Curso de Qualificação Básica para o Agente Comunitário de Saúde, totalizando carga horária de 180 horas.

2.9.1.4 Porém, por ocasião do segundo monitoramento, foi informado pelos mesmos representantes do DAB, que todas as atividades de elaboração e produção de material impresso, inclusive a Revista Brasileira de Saúde da Família – RBSF, foram prejudicadas neste ano de 2003. Isto ocorreu devido a restrições orçamentárias que o programa enfrentou e em função de terem sido priorizadas ações voltadas para redefinições de políticas e reestruturações organizacionais e administrativas.

2.9.1.5 Verificou-se que nenhum número da RBSF foi publicado até o momento, estando previsto um número que deverá ser distribuído durante a 12ª Conferência Nacional da Saúde, a ser realizada em dezembro deste ano. Ainda constatou-se que o folheto destinado aos ACS foi concluído, sem entretanto ter sido enviado para impressão, a qual está prevista para janeiro próximo. O DAB informou que em 2004 será retomada a distribuição da Revista Brasileira de Saúde da Família – RBSF, porém esta terá caráter mais técnico sendo dirigida à ESF. Sobre a divulgação da filosofia do Programa, informaram que utilizarão os treinamentos e outros tipos de publicações.

2.9.2 Avaliação

2.9.2.1 A recomendação está implementada parcialmente. O prazo acordado no primeiro monitoramento para realização das recomendações, junho de 2003, não foi atendido. Fica registrado que o DAB pretende realizá-las em 2004.

2.9.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.9.3.1 Deve ser reavaliada a implementação da recomendação por ocasião da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, com a verificação da continuidade da edição e divulgação das publicações do Programa e do constante treinamento dos ACS acerca do filosofia do PSF.

2.10 Alínea “b”

“realize trabalho de divulgação, junto à população usuária do Programa, sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde;”

2.10.1 Grau de implementação

2.10.1.1 Conforme o Plano de Ação encaminhado pelo MS, seria feita (a) a elaboração, produção e distribuição de *folder* sobre o trabalho dos ACS visando otimizar a sua atuação junto à população beneficiada e (b) produção e veiculação de *spots* para emissoras de rádio sobre o



trabalho dos ACS, a ser implementada a primeira em novembro de 2002 e a segunda até abril de 2003.

2.10.1.2 De acordo com informações adquiridas durante o primeiro monitoramento, o *folder* estava em fase de elaboração, tendo o DAB solicitado o prazo até junho de 2003.

2.10.1.3 No segundo monitoramento, foi verificado que o prazo para a elaboração do *folder* não foi atendido. O DAB informou que esta recomendação foi prejudicada por problemas de restrições financeiras e orçamentárias.

2.10.2 Avaliação

2.10.2.1 No primeiro monitoramento esta recomendação foi considerada em implementação, pois os *folders* estavam em fase de elaboração; porém neste monitoramento considerou-se a recomendação como não implementada, em razão da interrupção na sua efetiva implementação.

2.10.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.10.3.1 Reavaliação da implementação da recomendação na elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, com a verificação dos *folders* impressos e distribuídos, assim como deverá ser verificada a divulgação na mídia dos *spots* em emissoras de rádio (o que pode ser feito por meio de contratos de publicidade ou outras formas adequadas).

2.11 Alínea “c”

“estude a possibilidade de ser elaborado material explicativo e o encaminhe diretamente às Secretarias Municipais de Saúde, se ainda não for realizado dessa forma, acerca dos assuntos abordados pelos Agentes Comunitários de Saúde a ser utilizado nas visitas domiciliares;”

2.11.1 Grau de implementação

2.11.1.1. Quando do envio do Plano de Ação, o MS discriminou as seguintes medidas: (a) produção e distribuição do Manual “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”; (b) produção e distribuição de manuais sobre a atuação dos ACS em áreas programáticas, ambas tidas como executadas; e (c) produção e distribuição de boletins voltados para os ACS, tida como atividade contínua.

2.11.1.2 No primeiro monitoramento, por ocasião da entrevista com a Diretora do DAB, na fase de execução, foram fornecidos à equipe exemplares das cartilhas “Dengue – é fácil prevenir”; “Tuberculose”, “Hanseníase” e “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. Também foi fornecido exemplar do “Manual para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias”, tratando de malária.

2.11.1.3 Além disso, podem ser consultados na *internet*, na página do Programa, (<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>), diversos Informes da Atenção Básica, a saber: Informe 1 - Pacto da Atenção Básica; Informe 2 - Mortalidade Infantil; Informe 3 - Hanseníase; Informe 4 - Tuberculose; Informe 5 - Assistência Farmacêutica; Informe 6 - Diabetes; Informe 7 - Saúde Bucal; Informe 8 - Alimentação e Nutrição; Informe 9 - Pacto dos Indicadores; Informe 10 - Pólos de Capacitação; e Informe 11 - Doenças Sexualmente Transmissíveis.

2.11.1.4 No segundo monitoramento verificou-se que houve descontinuidade na publicação de diversos materiais, em razão de restrição orçamentária, conforme identificado em questões anteriores.



2.11.2 Avaliação

2.11.2.1 . Apesar da recomendação ter sido considerada implementada no primeiro monitoramento, no segundo a equipe de auditoria optou por considerá-la em implementação devido à descontinuidade na publicação dos materiais.

2.11.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.11.3.1 Por ocasião da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, deve ser examinado se houve a retomada das publicações de material a acerca dos assuntos abordados pelos Agentes Comunitários de Saúde a ser utilizado nas visitas domiciliares.

2.12 Alínea “d”

“adote providências para que seja fornecido uniforme e meios de proteção solar aos Agentes Comunitários de Saúde e conscientize as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da importância de utilização de crachá de identificação pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família;”

2.12.1 Grau de implementação

2.12.1.1 No Plano de Ação, as medidas informadas foram (a) distribuição para os ACS e demais profissionais das ESF, no envio anterior de kits de uniforme, compostos de duas camisas, um colete, um boné, uma mochila e um blusão (este último apenas para as regiões frias), com prazo de implementação previsto para junho de 2003 e (b) envio, com prazo para outubro de 2002, de ofício DAB/SPS aos Secretários Municipais de Saúde, alertando para a importância do uso do crachá e do uniforme pelos ACS e ESF, com a observação de que, quanto ao protetor solar, não haveria disponibilidade orçamentária para sua aquisição, em 2003, por seu alto custo (R\$ 11 milhões).

2.12.1.2 Por ocasião do primeiro monitoramento, o Departamento informou reconhecer que o protetor solar é um EPI², e entende que seu fornecimento é competência do município. Também expressou o entendimento de que o fornecimento de uniformes é uma atividade a ser mantida continuamente.

2.12.1.3 Porém, no segundo monitoramento constatou-se que o fornecimento de uniforme para os ACS não está sendo realizado em 2003, em decorrência de restrições orçamentárias e financeiras e por esta medida não estar entre as prioridades elencadas pelo Ministério da Saúde referentes ao PSF.

2.12.2 Avaliação

2.12.2.1 No primeiro monitoramento esta recomendação foi considerada implementada, porém, no segundo monitoramento, em função da interrupção do fornecimento de uniformes aos ACS, passa-se a considerar esta recomendação em implementação e sugere-se que seja verificada por conta da Elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria.

2.12.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.12.3.1. Quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, a despeito da recomendação ainda estar em implementação, deverá ser verificado o andamento do fornecimento do conjunto de uniformes.

2.13 Alínea “e”

² Equipamento de Proteção Individual.



“oriente as Secretarias Municipais de Saúde para que promovam a reterritorialização das áreas das Unidades de Saúde da Família, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, readequando o número de famílias a serem atendidas pelos agentes, quando for o caso;”

2.13.1 Grau de implementação

2.13.1.1 No Plano de Ação foi informada a adoção das seguintes medidas: (a) envio de ofício do DAB/SPS às SMS, alertando para a necessidade de revisão na territorialização de forma a evitar a sobrecarga de trabalho dos ACS, para outubro de 2002, e (b) implantação do SIAB *Plus*, que exigirá a validação ou revisão da territorialização, a partir da microárea, com prazo para julho de 2003.

2.13.1.2 Durante o segundo monitoramento, o DAB informou que, a territorialização está inserida na discussão da revisão da Portaria 1.886/97³ e da reformulação do SIAB. É importante destacar, segundo o DAB, que qualquer medida que exija dos municípios a ampliação do número de ACS e ESF deve ser analisada sob dois aspectos: a existência dos profissionais necessários no mercado de trabalho e a disponibilidade orçamentária e financeira.

2.13.2 Avaliação

2.13.2.1 A recomendação está implementada parcialmente. Considera-se que houve avanços na revisão da Portaria 1.886/97 e reformulações do SIAB, porém o SIAB *Plus*, que exigiria a validação ou revisão da territorialização, não vai mais ser concluído.

2.13.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.13.3.1. Analisar, na elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, se a revisão da Portaria 1.886/97 está concluída e implementada.

2.14 Alínea “F”

“oriente as Secretarias Municipais de Saúde sobre a necessidade de se incorporar às Unidades de Saúde da Família, com adscrições de população superiores a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as Equipes de Saúde da Família;”

2.14.1 Grau de implementação

2.14.1.1 Foi informado, no Plano de Ação do MS, a adoção das seguintes medidas: (a) levantar o impacto no custo das ESF da incorporação de um profissional da área administrativa e (b) estudar, em parceria com o CONASEMS, a incorporação do profissional, com vistas à elaboração de uma proposta neste sentido, com prazos de execução para abril e junho de 2003, respectivamente.

2.14.1.2 No segundo monitoramento foi informado pelo DAB que esta recomendação não foi atendida em 2003 por esta questão não estar entre as prioridades do MS. Uma das prioridades deste ministério foi realizar estudos de impacto financeiro para ampliar os recursos transferidos aos municípios para a atenção básica, sem vincular à existência de outros profissionais, além daqueles já presentes nas normas vigentes.

2.14.2 Avaliação

³ Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.



2.14.2.1 Considera-se esta recomendação como não implementada. Conclui-se que, devido as atuais diretrizes e prioridades do MS, a recomendação de incorporar um profissional da área administrativa para auxiliar as Equipes de Saúde da Família, não vai mais ser realizada, uma vez que os esforços atuais são para transferir mais recursos para a Atenção Básica, sem contudo aumentar o número de profissionais já existentes

2.14.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.14.3.1 Quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, identificar esta questão como não implementada, caso não mudem as diretrizes do PSF.

2.15 Alínea “g”

“uniformize a sistemática de referência nas Unidades de Saúde da Família e oriente as Secretarias Municipais de Saúde, que possuam o Programa implantado, no sentido de que, se possível, sejam criadas centrais de marcação de consultas;”

2.15.1 Grau de implementação

2.15.1.1 O DAB informou em seu Plano de Ação que iria (a) elaborar uma proposta de regulação da referência das ESF, com prazo para junho de 2003, a qual (b) seria apresentada à CIT para apreciação, até julho de 2003.

2.15.1.2 Com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02, o DAB esperava que a sistemática da referência fosse uniformizada, não só para o PSF, como para o SUS em geral.

2.15.1.3 Neste segundo monitoramento, o DAB entendeu por bem fornecer estudos realizados sobre a implantação de Unidades Básicas de Internação e modelagem de organização de serviços especializados, temas já explorados quando do exame do atendimento à recomendação feita na alínea “b”, item 8.2 da Decisão (item 2.3.1.7 deste Relatório).

2.15.1.4 Entende-se pela resposta do MS que a referência de cada ESF seria a Unidade Básica de Internação, cujo objetivo seria “qualificar a atenção à saúde prestada à população por estabelecimentos de saúde com até 30 leitos, incrementando um modelo de organização e financiamento para a sua adequada inserção na rede hierarquizada de saúde, agregando resolutividade entre as ações básicas e de média complexidade” (fl. 3 do documento Unidades Básicas de Internação – UBI – Parte II, versão preliminar, fls. 108, vol. 3 dos autos).

2.15.1.5 Entre os resultados esperados listam-se: contribuir na organização do sistema de referência e contra-referência para os serviços hospitalares dos diferentes níveis de complexidade; otimizar as internações de baixa complexidade e adequar o fluxo da demanda para as internações, considerando o perfil assistencial destas unidades.

2.15.2 Avaliação

2.15.2.1 Assim, considera-se que a recomendação está implementada parcialmente.

2.15.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.15.3.1 Verificar, por ocasião do Relatório de Impacto de Auditoria, qual evolução houve sobre o assunto.

2.16 Alínea “h”

“promova estudos com vistas a identificar os meios legais que possibilitem a contratação dos profissionais de equipes de saúde da família levando a discussão ao fórum da



Comissão Intergestores Tripartite, com vistas a orientar os municípios quanto às opções legalmente permitidas para contratação dos profissionais daquelas equipes, em especial, dos agentes comunitários de saúde;”

2.16.1 Grau de implementação

2.16.1.1 O DAB informou no Plano de Ação que iria (a) realizar estudos sobre as formas legais de contratação dos profissionais das ESF e ACS, considerando a medida executada; (b) providenciar a elaboração e distribuição de cartilha orientadora do processo de contratação, também considerada medida executada e (c) aprofundar o debate com os Tribunais de Contas e MPT com vistas à superação das pendências ainda existentes sobre o assunto, fixando o prazo de junho de 2003 para execução.

2.16.1.2 Em reunião com técnicos da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, neste segundo monitoramento, foi informado que não havia conhecimento, pela Secretaria, de prazo a ser cumprido acerca da regularização da precarização do trabalho dos profissionais do PSF.

2.16.1.3 De qualquer forma, ainda segundo os mesmos técnicos, a regularização das relações trabalhistas no âmbito do PSF é processo demorado e que não depende apenas do MS, mas também dos contratantes dos profissionais, isto é, principalmente os municípios.

2.16.1.4 Por outro lado, quanto aos agentes comunitários de saúde, que trabalham estreitamente ligados ao PSF, o MS relatou que ainda não foi editado decreto regulamentador da Lei 10.507, de 10/07/2002, pois está-se buscando uma regulamentação que possa atender mais amplamente à diversidade de situações dos municípios.

2.16.2 Avaliação

2.16.2.1 Recomendação parcialmente implementada, considerando que não houve a discussão com a Comissão Intergestores Tripartite.

2.16.2.2 É de se destacar, a respeito, o precedente de Termo de Conciliação (fls. 121/126, vol. 7, tratado no TC-010.511/2002-1) firmado entre o Ministério Público do Trabalho e a União, representada pela Advocacia Geral da União, no âmbito do processo n.º 15.001044/01, que tramitou no Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região, em que, em síntese, foi firmada conciliação acerca da contratação de profissionais para execução de projetos de cooperação técnica internacional em funções nas quais seja ínsita a presença da subordinação jurídica para desempenho das mesmas.

2.16.2.3 Embora o caso seja outro, a via encontrada para solver o problema pode ofertar também o caminho para um princípio de solução no âmbito do PSF.

2.16.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.16.4 Quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, examinar qual o avanço ocorrido na questão.

2.17 Alínea “i”

“acompanhe os seguintes indicadores de processo: tempo médio de trabalho do médico na Equipe de Saúde da Família, por ano; número médio por equipe de pessoas cadastradas; número médio de famílias cadastradas, por Agente Comunitário de Saúde; número de supervisões estaduais, por ano.”

2.17.1 Grau de implementação



2.17.1.1 Segundo o Plano de Ação encaminhado, o MS deveria, (a) até março de 2003, reformular o SIAB, com a sua atualização tecnológica, revisão de seus indicadores e variáveis de registro e integração com outros sistemas existentes no âmbito da atenção básica e (b) até julho de 2003 haveria a implantação do SIAB *Plus*, em substituição ao SIAB.

2.17.1.2 No primeiro monitoramento o DAB informou que os indicadores propostos pelo TCU eram considerados pertinentes e, com a reformulação do SIAB, passariam a ser coletados.

2.17.1.3 Durante o segundo monitoramento foi informado pelo DAB que a reformulação do SIAB com atualização tecnológica, revisão dos seus indicadores e variáveis de registro ainda está em andamento, pois foram identificados problemas à época da implantação do SIAB *plus*, inviabilizando sua implementação. A integração do SIAB com outros sistemas ocorrerá concomitantemente à reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde no âmbito do MS. O projeto reajustado e o novo SIAB deverão ter sua implantação iniciada no primeiro semestre de 2004.

2.17.1.4 Os indicadores número médio de pessoas cadastradas por equipe e número médio de famílias cadastradas por ACS podem ser obtidos a partir do SIAB. O tempo médio do trabalho do médico na Equipe de Saúde da Família, por ano, foi coletado através do estudo Monitoramento e poderá ser obtido através das supervisões dos Estados. Já o número de supervisões realizadas pelas SES poderá ser identificado através de um acordo com as coordenações das secretarias estaduais. Segundo o entendimento do DAB, as sugestões quanto à validade e utilização de outros indicadores dependerão dos objetivos da avaliação definidos pelo TCU.

2.17.2 Avaliação

2.17.2.1 A recomendação está parcialmente implementada.

2.17.2.2 Deve-se ressaltar, em relação ao comentário do DAB expresso no final do item 2.17.1.4, que o TCU apenas sugeriu indicadores, que foram aceitos pelo gestor do DAB, à época. Se o Departamento entende que os indicadores não são aplicáveis ou factíveis, é conveniente que defina outros que possam expressar melhor a carga de trabalho dos profissionais do PSF/PACS e o impacto de suas atuações no perfil epidemiológico da população.

2.17.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.17.3.1 Quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, verificar se o novo SIAB, que está com prazo previsto para implantação no primeiro semestre de 2004, foi concluído e se os indicadores sugeridos estão sendo apurados e úteis ao MS e gestores.

Recomendação à Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do DAB em conjunto com a Diretoria de Programas Estratégicos da Secretaria Executiva (subitem 8.4)

2.18 *“adote as providências necessárias para que não faltem, nas Unidades de Saúde da Família, aqueles medicamentos utilizados na Atenção Básica, especialmente os destinados aos tratamentos de hipertensos e diabéticos.”*

2.18.1 Grau de implementação

2.18.1.1 As seguintes medidas foram informadas, no Plano de Ação encaminhado pelo DAB: (a) a elaboração e implantação do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus; (b) o desenvolvimento de sistema de informação para cadastro e acompanhamento dos portadores de hipertensão e do diabetes; e (c) a disponibilização



desse sistema aos municípios para o cadastramento dos pacientes, viabilizando a distribuição dos medicamentos.

2.18.1.2 Por ocasião do primeiro monitoramento, o Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos informou que foi criado o sistema Sishiperdia, entretanto, a base de dados, que contempla informações do SUS como um todo, estava aquém da realidade do número de hipertensos e diabéticos. Segundo estudo realizado, sintetizado no documento “Resumo Executivo – 1999/2002”, o MS implantou, por intermédio da extinta Secretaria de Políticas de Saúde – SPS, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, que previa o cadastramento dos pacientes dessas duas patologias. Pactuou-se que o Ministério forneceria os medicamentos de acordo com os cadastros.

2.18.1.3 Neste segundo monitoramento, o DAB informou que a política e ações de Assistência Farmacêutica Básica não estão mais sob a responsabilidade do DAB, tendo passado para a competência da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, criada por ocasião da reestruturação do MS, ocorrida este ano.

2.8.1.4 Quanto ao cadastramento de hipertensos e diabéticos, 5.190 municípios aderiram ao Hiperdia, entretanto apenas 3.274 estão alimentando o sistema regularmente.

2.18.1.5 No âmbito da reformulação do SIAB, está sendo discutido que o sistema absorva o Hiperdia, como estratégia de estimular o cadastramento de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, por concentrar todas as entradas de dados num só sistema.

2.18.2 Avaliação

2.18.2.1 Observa-se que as questões relativas ao cadastramento de pacientes hipertensos e diabéticos, naquilo que competia ao DAB, está tendo encaminhamento, sendo que as demais ações de cadastramento competem aos estados e municípios.

2.18.2.2 Resta agora ao DAB, portanto, providenciar o adequado suprimento de medicamentos junto às áreas competentes do MS, com base no número de pacientes cadastrados.

2.18.2.3 Considera-se que esta recomendação está implementada parcialmente.

2.18.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.18.3.1 Verificar a efetivação de medidas adequadas, quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria.

Recomendações ao DAB em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e os Pólos de Capacitação (subitem 8.5)

2.19 *“adote as providências necessárias para a promoção de cursos de capacitação dos coordenadores do Programa de Saúde da Família nos Estados da Paraíba, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Alagoas e em outros Estados que, porventura, demonstrem interesse na realização do curso;”*

2.19.1 Grau de implementação

2.19.1.1 No Plano de Ação encaminhado pelo DAB foi informado que os cursos de capacitação estavam sendo oferecidos anualmente e que foram realizados nos exercícios de 2001 e 2002.



2.19.1.2 Na oportunidade do primeiro monitoramento, verificou-se que todas as ações que envolvem treinamento e capacitação, no âmbito do SUS, seriam transferidas para a recém criada Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - SEGETES. Entretanto, segundo informações obtidas, os eventos de treinamento e capacitação referentes ao PSF serão promovidos com a participação do DAB e há uma orientação para que os mesmos sejam oferecidos na mesma periodicidade.

2.19.1.3 Ainda segundo informação do grupo de contato, os pólos de capacitação estão agora alocados na Segetes, em transição para Núcleos Permanentes de Educação para o SUS.

2.19.2 Avaliação

2.19.2.1 Entende-se que a recomendação foi implementada.

2.19.3 Medida(s) a ser(em) implementadas

2.19.3.1 Sugere-se, na ocasião da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria verificar se os cursos de capacitação para os profissionais do PSF continuam a ser oferecidos anualmente.

Recomendações ao DAB em conjunto com o DATASUS (subitem 8.6)

2.20 Alínea “a”

“promova a conscientização dos gestores municipais e estaduais a respeito da importância da informatização das Unidades de Saúde da Família e da realização permanente de treinamentos, quanto à operação e manutenção do SIAB;”

2.20.1 Grau de implementação

2.20.1.1 Em resposta ao questionamento sobre informações possuídas pelo DAB quanto à informatização das ESF, o Departamento informou que, dentre os projetos desenvolvidos pelo Reforsus, houve distribuição de kits de informática para as equipes, no âmbito do Projeto de Informação e Educação à Distância, comprovando, por meio do documento 11, de fls. 132/200, vol. 6, quais os municípios beneficiados com os equipamentos de informática.

2.20.1.2 Questionado sobre treinamentos dos gestores municipais e estaduais quanto à operação e manutenção do SIAB, o DAB respondeu que houve treinamento de técnicos das Secretarias Estaduais para a operação e manutenção do SIAB, em 2001 e 2002, mas o MS não treinou diretamente os gestores municipais. Em 2003, como a prioridade tem sido a reformulação do sistema, o Ministério não realizou treinamentos específicos (fls. 45, vol. 3).

2.20.1.3 Quanto à recomendação para desenvolvimento de rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB, questionou-se o DAB sobre se a rotina para verificação dos dados é de conhecimento e utilização nacionais, ao que se obteve a afirmação de que o MS repassa orientação geral para verificação às SES e estas o fazem às SMS (fls. 45, vol. 3).

2.20.1.4 Ainda neste aspecto de desenvolvimento de rotinas, foi informado que “o MS financiou projeto de pesquisa para que, a partir da participação das ESF, pudessem ser construídas rotinas mais adequadas à realidade das equipes”. O relatório da pesquisa, intitulado: “*Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação*”, constitui o documento 12, contendo orientações às ESF para monitoramento e supervisão (vol. 5).

2.20.1.5 Quanto ao vol. 4 destes autos, relatório de monitoramento efetuado no PSF, é conveniente ressaltar o capítulo 3.3 Programação e Planejamento Descentralizado, fls. **47/52 do documento**, tópico relacionado ao assunto ora tratado.



2.20.1.6 Na parte mencionada, fl. 50, lê-se que “a utilização do SIAB para o planejamento aparece de forma destacada nos estados do Ceará e Piauí, onde é referido por mais de 71% das equipes. A média nacional é pouco superior a 49%, ressaltando que a maior parte dos estados fica abaixo desse percentual, parecendo ser quase desconhecida sua funcionalidade em Roraima.”

2.20.1.7 Assim, o levantamento feito pelo próprio MS demonstra que é necessário maior investimento no esclarecimento às ESF sobre a importância do SIAB como ferramenta para análise da situação da população atingida.

2.20.1.8 Ainda quanto à recomendação feita em conjunto para o DAB e o Datasus, na alínea “c”, sobre criação de oportunidades para que Estados e Municípios apresentassem sugestões para aperfeiçoamento do sistema SIAB, o MS tinha se proposto à promoção de oficinas para debate de reformulações no sistema, rever seus indicadores e variáveis e integração com outros sistemas, além de validar o novo software em desenvolvimento.

2.20.1.9 Questionado quanto a isso, o MS informou ter realizado oficina de avaliação dos formulários com os municípios participantes do piloto do SIAB, cuja avaliação subsidiou a reorientação do projeto de reformulação do SIAB, sendo feitas algumas observações críticas pelos municípios participantes do piloto, conforme já identificado no item 2.7.1.3 deste Relatório.

2.20.1.10 Continua a resposta do MS, no sentido de que, após as discussões em grupo, construiu-se um consenso para as seguintes questões (grifos do original):

- a) O sistema deve ser um **instrumento de gestão da atenção básica** à saúde (não apenas do PACS e do PSF);
- b) O sistema deve possibilitar o **registro da identificação unívoca** de usuários, profissionais e estabelecimentos assistenciais de saúde EAS;
- c) Garantir a **integração com outros sistemas** existentes (flexibilidade);
- d) Capturar **dados essenciais sobre a atenção ao usuário**, alimentando um banco de dados nacional;
- e) O **sistema deve ser modularizado** de maneira a atender às diversidades tecnológicas e de organização do sistema de saúde nos municípios bem como à realidade epidemiológica e organizacional, segundo áreas prioritárias e estratégicas definidas pelos gestores.

2.20.2 Avaliação

2.20.2.1 Considera-se que esta recomendação está implementada parcialmente, pois ainda que os kits de informática tenham sido distribuídos, o próprio documento do MS demonstra que os recursos do SIAB permanecem subutilizados pelas equipes. Ainda deve ser verificada a retomada dos treinamentos dos gestores municipais, quanto à operação e manutenção do SIAB.

2.20.3 Medida(s) a ser(em) adotada(s)

2.20.3.1 Desenvolver maiores esforços junto às SES e SMS, bem como junto ao CONAS e CONASEMS para que os recursos do SIAB possam ser mais utilizados gerencialmente pelos gestores e operadores do sistema.

2.20.3.2 Verificar, por ocasião do Relatório de Impacto de Auditoria, a maior utilização do SIAB como ferramenta de planejamento, através de informações a serem fornecidas pelo próprio MS, em suas avaliações do PSF.



2.21 Alínea “b”

“produza rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB para uso das Unidades de Saúde da Família, Municípios e Estados;”

2.21.1 Grau de implementação

2.21.1.1 Quando do primeiro monitoramento o MS informou estar utilizando um roteiro intitulado “Rotinas para limpeza da base de dados nacional”, empregado em duas vertentes: o cadastro familiar e situação de saúde, ambas com base no *software* Tabwin, pertencente ao MS.

2.21.1.2 Quanto à utilização de rotinas por equipes do PSF, neste segundo monitoramento, o grupo de contato informou que o MS financiou projeto de pesquisa para que, a partir da participação das ESF, pudessem ser construídas rotinas mais adequadas à realidade das equipes. O relatório final da pesquisa foi intitulado *“Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação”*, e contém orientações para análise dos dados do SIAB, conforme também já reportado no item 2.20.1.4, acima.

2.21.2 Avaliação

2.21.2.1 Entende-se que a recomendação está implementada.

2.21.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.21.3.1 Verificar, quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, se as rotinas estão em uso pelas ESF.

2.22 Alínea “c”

“crie oportunidades para que os Municípios e Estados apresentem sugestões para aperfeiçoamento do sistema, implementando-as, na medida do possível”.

2.22.1 Grau de implementação

2.22.1.1 Constaram do Plano de Ação as seguintes ações: (a) promoção de oficinas, com a presença de municípios, estados e Ministério da Saúde, para debate sobre as reformulações necessárias no SIAB; e (b) reformulação do SIAB, com a implantação do módulo SIAB *Plus*, que contemplará atualização tecnológica, revisão de indicadores e variáveis de registro e integração com outros sistemas da atenção básica.

2.22.2.1 As informações prestadas pelo DAB durante o primeiro monitoramento, dão conta de que as oficinas foram realizadas e estavam em fase de conclusão com a realização de projetos-piloto nos municípios dos estados do RS, PB e RN, para teste nas novas fichas do sistema SIAB, que são preenchidas pelos ACS.

2.22.2 Avaliação

2.22.2.1 Conforme já verificado, as reformulações do SIAB ficaram para o primeiro semestre de 2004 e o SIAB *plus* não vai mais entrar em operação. Portanto considera-se esta recomendação em implementação.

2.22.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.22.3.1 Em vista do prazo acordado, quando da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria sugere-se que seja observado se foram finalizadas as reformulações do SIAB.



Recomendação aos Presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde (subitem 8.7)

2.23 *“...que acompanhem e fiscalizem o repasse de recursos dos estados aos municípios para as ações e serviços básicos de saúde, de acordo com o disposto no § 3º do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, adicionado à Constituição Federal por meio da Emenda Constitucional n.º 29/2000.”*

2.23.1 Grau de implementação

2.23.1.1 Durante o segundo monitoramento foram encaminhadas, via fax, solicitações a todos os Secretários-Executivos dos Conselhos Estaduais de Saúde – CES para que estes informassem se acompanham e fiscalizam o repasse de recursos dos estados e municípios para as ações básicas de saúde, de acordo com a recomendação acima, comunicada pelos Ofícios SGS/TCU nº 76 a 101 (fls. 353/378, vol. principal), com exceção dos Conselhos de Goiás, Rio Grande do Norte e Maranhão (vide correspondências devolvidas às fls. 70/120 do vol. 7). Dos Conselhos, porém, apenas alguns responderam a solicitação.

2.23.1.2 Encaminharam resposta ao ofício relatando que fiscalizam o repasse de recursos de seus estados aos municípios para as ações e serviços básicos de saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde do Pará, Espírito Santo, Tocantins, Santa Catarina, Roraima e Rio Grande do Sul. Os estados do Amapá e Pernambuco informaram que não têm repassado os recursos aos municípios referente ao Programa Saúde da família, e o CES-PB alegou não ter como prestar a informação.

2.23.1.4 Os demais Conselhos, até o momento do encerramento deste Relatório, não haviam respondido à solicitação.

2.23.2 Avaliação

2.23.2.1 Como os ofícios só foram encaminhados em data muito próxima à realização deste monitoramento, e conseqüentemente não houve total encaminhamento das respostas, considera-se esta recomendação como parcialmente implementada.

2.23.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s)

2.23.3.1 Sugere-se que, por ocasião da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, que se faça, durante a fase de planejamento e com antecedência de 20 dias, o envio dos ofícios aos Presidentes dos Conselhos que ainda não se manifestaram ou não tenham recebido o Ofício da SGS anteriormente, solicitando informações a respeito da implementação da recomendação constante do subitem 8.7, independentemente se dela tinham conhecimento ou não.

Recomendação à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS (subitem 8.8)

2.24 *“Reiterar, no que toca ao Programa de Saúde da Família, à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, a orientação expedida na Decisão n.º 955/1999-Plenário (DOU de 10/10/2001), que determinou a promoção de estudos para acompanhar e avaliar a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, bem como o seu impacto sobre os indicadores de saúde e a produção ambulatorial e hospitalar dos municípios beneficiados.”*

2.24.1 Grau de implementação



2.24.1.1 Constatou no Plano de Ação encaminhado que, em fevereiro de 2000, na reestruturação do MS, o DAB passou a integrar a Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, conforme Portaria GM/MS n.º 124/2000, sendo transferidas as atribuições atinentes à Atenção Básica da SAS para a SPS. Dessa forma, considerou que o Plano de Ação elaborado contemplava a recomendação em tela.

2.24.1.2 Informou-se ainda que alguns estudos pontuais foram realizados, a exemplo da análise de impacto de cobertura do PSF na ocorrência de internações hospitalares, efetuada pelo Núcleo de Informações em Saúde da então SPS. Esse estudo encontra-se em análise no DAB.

2.24.1.3 Questionado, neste segundo monitoramento, sobre quais os resultados da análise efetuada, o DAB limitou a relacionar a resposta com aquelas dadas acerca da recomendação feita a ele, item 8.2, alínea “e” da Decisão 649/2002, analisadas no item 2.6 deste Relatório, e que relatam que houve progressos no processo, tendo o trabalho de monitoramento do PSF sido encerrado.

2.24.1.4 Além disso, o grupo de contato informa estar em execução o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, iniciativa do MS voltada à implantação e consolidação da estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes.

2.24.1.5 O estudo base para o Proesf é o documento “Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: padrões de custo e formas de financiamento” (fls. 81/131, vol. 6). Análise preliminar do documento revela que foram detectados problemas na implantação do PSF em grandes centros urbanos e o Proesf visa justamente contornar esses problemas. No curto espaço de tempo disponível pela equipe, não foi possível examinar mais a fundo o material fornecido pelo DAB, apesar de se mostrar bastante interessante, à primeira análise.

2.24.2 Avaliação

2.24.2.1 Entende-se que a recomendação encontra-se implementada, pois os estudos foram feitos; entretanto, resta agora a implementação das conclusões a que se chegou com o estudo.

2.24.2.2 Entre essas conclusões, alinham-se:

- a) A utilização, pelos gestores, dos resultados do próprio estudo no sentido de transformar algumas realidades na solução de problemas identificados.
- b) No campo das práticas assistenciais em saúde, os mecanismos de avaliação ainda são incipientes e estão muito mais ligados à concepção de controle e auditoria, com raízes históricas no papel regulador desenvolvido pelo estado.
- c) Identificação de pontos críticos para o desenvolvimento do PSF que remetem para espaços de pactuação entre gestores e trabalhadores.

2.24.3 Medida(s) a ser(em) implementada(s):

2.24.3.1 Analisar, por ocasião do Relatório de Impacto de Auditoria, se houve a utilização, pelos gestores, dos resultados do trabalho na solução de problemas identificados; se os mecanismos de avaliação estão mais voltados à análise da resolutividade que ao atendimento de demandas de controle e auditoria e se os pontos críticos identificados pelo próprio MS em seu estudo estão sendo trabalhados.



Recomendação Administrativa (subitem 8.9)

2.25 *“Juntar cópia do relatório contido nas fls. 97/199 ao TC 016.983/2000-3, para subsidiar o exame da Política Nacional de Medicamentos;”*

2.25.1 Grau de implementação

2.25.1.1 Quando do primeiro monitoramento ficou expresso o entendimento que tal recomendação não poderia ser implementada, em virtude da apreciação do Relatório de Auditoria em Sessão de 06/02/2001, Relação n.º 08/2001, Ata 3/2001. O mesmo entendimento obteve a equipe do segundo monitoramento.

Recomendação ao DAB (subitem 8.10)

2.26 *“que remeta a este Tribunal, no prazo de 60 dias, plano de ação, contendo cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das recomendações contidas nesta Decisão, identificando os respectivos responsáveis pelas providências, bem como o conjunto de indicadores recomendados e respectivas metas e prazos para seu atingimento, com vistas ao acompanhamento e à avaliação dos resultados obtidos;”*

2.26.1 Grau de implementação

2.26.1.1 O Plano de Ação foi encaminhado em setembro de 2002.

2.26.2 Avaliação

2.26.2.1 A recomendação encontra-se implementada.

Relacionamento com o Programa Fome Zero

2.27 O Acórdão n.º 1.046/2003-Plenário, Ata 30/2003, tc-006.944/2003-6, que se refere ao Programa Fome Zero, elencou algumas questões relacionadas ao Programa Saúde da Família – PFS do Ministério da Saúde, a serem esclarecidas durante o segundo monitoramento do PSF. Tais questões estão relacionadas a seguir:

2.27.1 **Questão 1:** Tem ocorrido maior priorização do Programa Saúde da Família – PSF em função do Programa Fome Zero? Houve maior aporte de recursos, priorização de municípios ou de determinado grupo de beneficiários?

2.27.1.1 Há constante articulação do Ministério da Saúde – MS, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde com o Ministério de Estado Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate à Fome – MESA para o desenvolvimento de diferentes atividades que caracterizam as interfaces da saúde com o Programa Fome Zero, tais como:

- a) ampliação do programa Bolsa Alimentação na região do semi-árido, incluindo atendimento às famílias que deixaram de ser atendidas pelo Programa Bolsa Renda e que se encaixavam nos critérios do Programa Bolsa Alimentação;
- b) estudo de viabilidade de atendimento aos povos indígenas pelo Bolsa Alimentação, com ênfase às comunidades em risco de insegurança alimentar;



- c) elaboração de materiais (cartilhas e manuais) para os beneficiários do Programa Cartão Alimentação, com informações sobre direito humano à alimentação, segurança alimentar, direitos do consumidor e alimentação saudável; e,
- d) implementação das ações de monitoramento do estado nutricional da população materno-infantil nos municípios com o Programa Cartão Alimentação.

2.27.1.2 Desta forma, está sendo estudada a publicação de uma Portaria Interministerial com a descentralização do montante de R\$ 37.203.337,50 do MESA para o MS. Estes recursos são destinados ao custeio dos encargos com pagamentos dos beneficiários do Bolsa Alimentação à população indígena e aos municípios do semi-árido em estado de calamidade pública ou emergência, de que tratam as Portarias GM/MS 395/2003 e 2.405/2002.

2.27.1.3 É importante registrar, ainda, o trabalho que está sendo desenvolvido para ampliar a cobertura do PSF nos municípios do Fome Zero e o aumento do valor do incentivo da assistência farmacêutica básica para estes municípios.

2.27.2 **Questão 2** –De que maneira a SAS e seus departamentos têm se articulado com o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome – MESA? Houve a realização de reuniões ou a edição de normativos conjuntos ou, ainda, a celebração de convênios e outros instrumentos, estabelecendo parcerias entre os órgãos?

2.27.2.1 A equipe de Alimentação e Nutrição do DAB tem participado de reuniões com o objetivo de elaborar material técnico e educativo necessário à implementação das ações do Programa Fome Zero que tenham interface com as diretrizes da Política de Alimentação e Nutrição (PNAN), a qual está inserida na Política Nacional de Saúde. Ainda não há um instrumento legal que consolide as linhas de atuação conjunta do MS e do MESA. Esse instrumento está em processo de discussão e formalizará a parceria em 2 linhas principais:

a) Implantação da vigilância alimentar e nutricional, que obedecerá o critério de priorização pactuado. Até dezembro de 2003, estará implantada a vigilância, com os técnicos devidamente capacitados no PI, RN, RS e PR. Os dois primeiros estados estão selecionados em função de terem sido os primeiros a implantarem o Programa Fome Zero. Os dois últimos atendem à sugestão deste Ministério, uma vez que apresentaram demanda para implantação e dispõem de condições logísticas que lhes permite mais autonomia na implantação, desonerando o MS do acompanhamento mais sistemático de todas as etapas do processo e, portanto, não afetando a priorização dada pelo MESA. Pretende-se que, no primeiro semestre de 2004, seja implantada a vigilância em todos os estados do Norte e Nordeste, além de MG (Vale do Jequitinhonha), seguindo, ainda, a priorização dos estados atendidos pelo Fome Zero. Os demais entram como meta de implantação no segundo semestre de 2004.

b) Impressão, reimpressão, publicação e distribuição de materiais de apoio às capacitações e às atividades de promoção da alimentação saudável – dado o apoio e interesse do MESA na consolidação da vigilância alimentar e nutricional, a parceria também se estenderá às publicações que dão apoio às capacitações dos profissionais de saúde, quer no âmbito estadual, quer na esfera municipal do SUS. Vale destacar que muitos destes materiais têm por objetivo a informação à população e também aos comitês gestores do PFZ, principalmente no que se refere à sensibilização para a importância das ações de vigilância e para a promoção da alimentação saudável, uma das linhas de interface da Política Nacional de Alimentação e Nutrição com o Programa Fome Zero.

2.27.2.2 Adicionalmente, dentro da ação Educação Alimentar e para o Consumo, do MESA, o DAB tem participado ativamente, principalmente da definição dos temas e de sua



abordagem, bem como da própria elaboração de conteúdo técnico de materiais construídos e em construção. Por exemplo, o Guia da Família, destinado aos beneficiários do Cartão Alimentação, teve participação ativa deste Departamento.

2.27.3 Questão 3 – De que maneira o PSF está estruturado para contribuir para a redução da insegurança alimentar dos respectivos beneficiários, especialmente em relação à garantia da regularidade no acesso à alimentação, por meio de ações estruturantes?

2.27.3.1 O PSF é fundamental na implementação das ações que visem à redução da insegurança alimentar em seus locais de atuação. Exemplos destas ações, que já estão em andamento pois estão em consonância com as diretrizes da PNAN, são:

- a) prevenção e controle das carências nutricionais;
- b) incentivo ao aleitamento materno;
- c) orientação para a alimentação saudável em todas as fases do ciclo de vida.

2.27.3.2 Vale ressaltar a capacitação realizada de 290 técnicos e conselheiros estaduais, nas 27 unidades federadas, nos temas: direito humano à alimentação, segurança alimentar e nutricional e promoção de alimentação saudável no ciclo de vida.

3. Comentários do gestor

3.1 Durante reunião mantida com a direção do DAB, foi reiterada a solicitação feita na Requisição n.º 926/2003-01 (fls. 03, vol. 3) de que a gestão do Departamento fizesse os comentários que entendesse pertinentes.

3.2 Naquela ocasião, o único comentário oriundo do DAB foi expressar o entendimento de que era sentida a necessidade de maior interação do TCU com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, pois, segundo o DAB, algumas decisões do TCU são de difícil implementação pelo MS por falta de instrumentalização adequada, problema que poderia ser resolvido com a maior integração proposta.

4. Conclusão

4.1. Diante das informações obtidas ao longo desta fiscalização, a situação de implementação das recomendações da Decisão 649/2002-P é a seguinte:

Recomendações	Situação
8.1	Não Implementada
8.2 “a”	Implementada parcialmente
“b”	Implementada parcialmente
“c”	Não Implementada
“d”	Implementada parcialmente
“e”	Implementada parcialmente
“f”	Implementada parcialmente
“g”	Implementada parcialmente
8.3 “a”	Implementada parcialmente
“b”	Não Implementada
“c”	Implementada parcialmente

Recomendações	Situação
“f”	Não implementada
“g”	Implementada parcialmente
“h”	Implementada parcialmente
“i”	Implementada parcialmente
8.4	Implementada parcialmente
8.5	Implementada
8.6 “a”	Implementada parcialmente
“b”	Implementada
“c”	Implementada parcialmente
8.7	Implementada Parcialmente
8.8	Implementada



“d”	Implementada parcialmente
“e”	Implementada parcialmente

8.9	Não Implementada
8.10	Implementada

4.2. O quadro a seguir apresenta, de forma percentual, a situação da implementação das recomendações exaradas na decisão.

Situação das recomendações	Situação em fevereiro de 2003 (%)	Situação em outubro de 2003 (%)
Implementada	19	15
Implementada parcialmente	65	65
Não implementada	12	20
Total	100	100

4.3 Concluiu-se, neste monitoramento, que houve descontinuidade de algumas ações do PSF referente às recomendações exaradas por este tribunal. Um dos motivos identificados foi a mudança de governo e conseqüente mudança de política e prioridades com relação a este programa.

4.4 As principais mudanças são identificadas a seguir:

- O item 8.2 c, que se refere à divulgação das boas práticas do programa por meio da elaboração e produção de material impresso, passou de “Implementado parcialmente” para “Não implementado”. Isto ocorreu pois a Revista Brasileira de Saúde da Família e outros impressos deixaram de ser distribuídos devido a restrições financeiras e orçamentárias e por este item não estar entre as prioridades do MS referente a este programa.
- O item 8.3 b, que diz respeito à divulgação do papel do ACS junto aos usuários do programa, também passou de “Implementado parcialmente” para “Não implementado”, pois a elaboração do folder que fazia esta divulgação não foi finalizada por questões financeiras.
- O item 8.3 c, referente ao material explicativo a ser usado pelos ACS em suas visitas domiciliares também sofreu descontinuidade. Este item passou de “Implementado” para “Implementado parcialmente” pois o material que antes era publicado deixou de o ser devido ao orçamento insuficiente.
- O item 8.3 d, que se refere ao fornecimento de uniformes aos ACS também passou de “Implementado” para “implementado parcialmente”, pois os uniformes deixaram de ser distribuídos pelas mesmas questões elencadas anteriormente.
- Uma recomendação que sofreu descontinuidade e perpassa por várias recomendações é a implantação do *SIAB plus*. Este sistema não será mais implantado devido aos problemas identificados na fase de implantação do sistema em municípios piloto.
- Também não foi realizada a contratação de profissional de área administrativa para auxiliar a Equipe de Saúde da Família, pois o MS não pretende agregar outros profissionais às ESF além daqueles já existentes nas normas vigentes.
- Deve-se ressaltar uma melhoria identificada no programa, que foi a implementação da recomendação constante do item 8.6 b, referente à produção de rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB, que foi concluída.



4.5 No quadro 4.2 desta conclusão pode-se verificar que, em decorrência da descontinuidade das ações acima, houve um aumento percentual das recomendações não implementadas, de 12% para 20% e uma diminuição das recomendações implementadas pelo MS, de 19% para 15%.

4.6 Verificou-se, no decorrer da auditoria, que o MS direcionou os recursos utilizados nestes itens para as ações voltadas para redefinições políticas e reestruturações organizacionais e administrativas.

4.7 Portanto, deve-se, por ocasião da elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria, verificar se a execução destes itens foi retomada, pois, conforme identificado à época da auditoria, e ratificado por esta equipe, a continuidade da implementação destas recomendações é importante para que o PSF possa ultrapassar as dificuldades elencadas pelo TCU em seus achados de auditoria, no item 1.16 deste Relatório.

4.8 Outrossim, constatado que os Conselhos Estaduais de Saúde de Goiás, Rio Grande do Norte e Maranhão não receberam os ofícios que deveriam comunicá-los acerca da Decisão 649/2002, entende-se que tal comunicação deva ser novamente enviada, para ciência dos interessados.

4.9 Nesse sentido, informa-se o endereço conhecido desses Conselhos:

UF	Presidente	Secretário	Endereço	Fone/fax
GO	Neuzimar Ferreira de Farias	Antônio Teixeira Mendonça Neto	Av. Tocantins n.º 311 – 2º Andar Goiânia – 74010-015	(62) 224-0229; 224-3185; 223-2354 (fax)
MA	Abdon José Murad Neto	Maria do Carmo Rocha Magalhães	Av. Carlos Cunha, s/nº - Calhau – São Luís – 65076-820	(98) 218-8727; 218-8726 (fax)
RN	Ivis Alberto Lourenço Bezerra de Andrade	Eliane de Medeiros	Av. Deodoro, 730 – 12º andar – Natal – 59025-600	(84) 232-2606; 232-2606

5. Proposta de encaminhamento

5.1. Assim, com fulcro no art. 22 da Resolução 136/2000, a sugestão é de encaminhamento dos presentes autos ao Gabinete do Exmº Sr. Ministro-Relator Marcos Vinícios Vilaça para ciência do monitoramento da implementação das recomendações exaradas na Decisão 649/2002-P, bem como para que sejam autorizadas as seguintes medidas:

- envio de cópia do presente relatório à Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, para fins de conhecimento e adoção das ações necessárias à implementação das recomendações ainda pendentes;
- envio de cópia deste relatório e pareceres subsequentes, bem como do despacho do Ministro Relator, à SEGECEX e ADFIS para fins de cumprimento do item 9.15 do Acórdão 1.046/2003 TCU Plenário;
- encaminhar, para conhecimento do contido no item 8.7, cópia da Decisão n.º 649, adotada pelo Tribunal de Contas da União na Sessão Ordinária do Plenário de 19/006/2002,



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
4ª Secretaria de Controle Externo
Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

TC 012.653/2001-8

4ª Secex

Fl. 106

bem como dos respectivos Relatórios e Voto que a fundamentaram (TC-012.653/2001-8) aos Conselhos Estaduais de Saúde de Goiás, Rio Grande do Norte e Maranhão, tendo em vista a devolução pelos Correios dos expedientes anteriormente enviados; e

d) remessa dos presentes autos à Seprog, para elaboração do Relatório de Impacto de Auditoria.

4ª Secex, 15 de outubro de 2003.

Gilberto Gomes da Silva Júnior
ACE – Matrícula TCU n.º 2870-3
Coordenador

Wanessa Carvalho Amorim Mello
ACE – Matrícula TCU n.º 5061-0