



**Relatório de Auditoria de Natureza Operacional**  
**Programa de Saúde da Família - PSF**

- **TC – 012.653/2001-8**
- **Unidade: DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB**  
**SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE – SPS**
- **Responsável e Gerente do Programa:** Heloiza Machado de Souza (Diretora)
- **Vínculo:** Ministério da Saúde - MS
- **Designação da equipe:** Portaria de Fiscalização Adfis nº 154, de 18 de setembro de 2001
- **Registro FISCALIS:** 2001/139
- **Objetivo da auditoria:** Verificar se há evidências de alteração nos vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos beneficiários do Programa de Saúde da Família – PSF.
- **Período abrangido pela auditoria:** Exercícios de 1999 a 2001
- **Período de realização da auditoria:** 24/09 a 05/10 (execução)  
08/10 a 19/10 (relatório)
- **Equipe de auditoria:**

Analista	Matrícula	Lotação
Alessandra Vieira Magalhães	4254-4	4ª Secex
Cláudio Girão Barreto	3099-6	Secex/RN
Jorge José Martins Júnior	3062-7	Secex/RS
Patrícia Maria Corrêa (coordenadora)	2485-6	Seprog
Renato Kanemoto	4591-8	Seprog



## Sumário

<b>RESUMO .....</b>	<b>4</b>
ANTECEDENTES .....	4
OBJETIVOS E ESCOPO DA AUDITORIA .....	4
ESTRATÉGIA METODOLÓGICA .....	4
PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES .....	5
POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS .....	5
<b>1) INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
ANTECEDENTES .....	7
IMPORTÂNCIA DO TEMA .....	7
VISÃO GERAL DO PROGRAMA.....	8
OBJETO DA AUDITORIA .....	9
JUSTIFICATIVA .....	9
PROBLEMA DE AUDITORIA.....	9
ESCOPO.....	9
METODOLOGIA .....	9
EQUIPE DE AUDITORIA .....	10
AGRADECIMENTOS .....	12
<b>2) CAPÍTULO 1 – IMPLANTAÇÃO E ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF .....</b>	<b>12</b>
NÚMERO EXCESSIVO DE FAMÍLIAS POR ESF .....	12
TABELA 01 - INDICADORES DE PROFISSIONAIS MÉDICOS (NÚMERO DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES).....	13
GRÁFICO 01 – NÚMERO DE PESSOAS ATENDIDAS POR MÉDICO DA ESF .....	14
INCORPORAÇÃO DE OUTROS PROFISSIONAIS ÀS ESF .....	15
SOBRECARGA DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS E FALTA DE CONDIÇÕES PARA O DESEMPENHO DE SUAS ATRIBUIÇÕES .....	15
GRÁFICO 02 – NÚMERO DE FAMÍLIAS POR ACS.....	16
AUSÊNCIA DE APOIO ADMINISTRATIVO PARA AS ESF .....	17
MEDICAMENTOS .....	18
GRÁFICO 03 – EXISTÊNCIA DE MEDICAMENTOS .....	18
A ESTRATÉGIA PSF .....	21
GRÁFICO 04 – PROCURA DIRETA POR HOSPITAIS E MOTIVOS.....	21
PROCEDIMENTOS INCOMPATÍVEIS COM A PROPOSTA DO PSF .....	22
REFERÊNCIA .....	24
GRÁFICOS 05 - REFERÊNCIA .....	25
EXPANSÃO ACELERADA DO PSF A PARTIR DE 1998.....	26
GRÁFICO 06 - SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO DE ESF E DA POPULAÇÃO COBERTA .....	26
TABELA 02 - SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO DE ESF E DA POPULAÇÃO COBERTA .....	26
TABELA 03 – COBERTURA DE FAMÍLIAS PELAS ESF .....	27
ROTATIVIDADE E DIFICULDADE NA CONTRATAÇÃO DOS MÉDICOS .....	27
GRÁFICO 07 – TEMPO DE ATUAÇÃO DOS MÉDICOS NAS ESF.....	28
TABELA 04 – TEMPO DE ATUAÇÃO DOS MÉDICOS NAS ESF .....	28
FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESF .....	30
TABELA 05 – FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF .....	31
TABELA 06 – QUESTIONAMENTOS LEGAIS QUANTO À FORMA DE CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ESF .....	31
<b>3) CAPÍTULO 2 – ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E SUPERVISÃO DO PSF, PELA ESFERA ESTADUAL E MUNICIPAL.....</b>	<b>32</b>
FISCALIZAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PSF.....	32
GRÁFICO 08 – AÇÕES DE SUPERVISÃO REALIZADAS PELOS ESTADOS NOS MUNICÍPIOS .....	33
GRÁFICO 09 – NÚMERO MÉDIO DE FISCALIZAÇÕES POR MUNICÍPIO .....	34
GRÁFICO 10 – AÇÕES DE SUPERVISÃO REALIZADAS PELOS MUNICÍPIOS JUNTO ÀS USF .....	35
TREINAMENTO PARA GESTORES DO PSF .....	36
FINANCIAMENTO TRIPARTITE DO PSF – RECURSOS ESTADUAIS .....	36
TABELA 07 – FINANCIAMENTO TRIPARTITE DO PSF - ESTADO .....	37
GRÁFICO 11 – RAZÕES PARA A NÃO IMPLANTAÇÃO DO PSF EM 100% DOS MUNICÍPIOS .....	40



<b>4) CAPÍTULO 3 – EVOLUÇÃO DOS INDICADORES NAS LOCALIDADES ONDE O PSF ESTÁ IMPLANTADO.....</b>	<b>41</b>
AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE .....	41
GRÁFICO 12 – TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL .....	43
TABELA 08 – TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL.....	43
GRÁFICO 13 - HOSPITALIZAÇÕES .....	44
TABELA 09 – HOSPITALIZAÇÕES .....	44
TABELA 10- AVALIAÇÃO SUBJETIVA DOS COORDENADORES REGIONAIS SOBRE O IMPACTO DO PSF .....	45
SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA .....	46
GRÁFICO 14 - SIAB .....	47
<b>5) INDICADORES DE DESEMPENHO .....</b>	<b>49</b>
<b>6) COMENTÁRIOS DO GESTOR .....</b>	<b>50</b>
<b>7) CONCLUSÃO.....</b>	<b>58</b>
<b>8) PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....</b>	<b>59</b>
<b>9) APÊNDICES .....</b>	<b>65</b>
APÊNDICE I – RELATÓRIO FOTOGRÁFICO .....	66
APÊNDICE II – GLOSSÁRIO .....	66
APÊNDICE III - SIGLAS .....	66
APÊNDICE IV - REFERÊNCIAS .....	66
APÊNDICE V - TABELAS .....	66
APÊNDICE VI - LISTA DE MUNICÍPIOS INCLUÍDOS NA AMOSTRA .....	66
APÊNDICE VII – LISTA DE ESTUDOS DE CASO .....	66
APÊNDICE VIII – EXEMPLOS DE CRITÉRIOS (INSTRUMENTO DE RECONHECIMENTO DA QUALIDADE – IRQ) .....	66



## **Resumo**

### **Antecedentes**

1. O Programa de Saúde da Família – PSF, criado em 1994 no âmbito do Ministério da Saúde, a partir da experiência bem sucedida com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (criado em 1991), se constitui em uma estratégia que pretende contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.
2. No Ministério da Saúde, o setor responsável pelo Programa é o Departamento de Atenção Básica – DAB, da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS.
3. O PSF busca criar novos vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e o SUS e entre aqueles e os usuários do Programa, visando à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde da população, bem como à responsabilização pela continuidade da assistência, que será referenciada para os demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde.

### **Objetivos e escopo da auditoria**

4. O principal objetivo desta auditoria é verificar se há evidências de alteração nos vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos usuários do Programa de Saúde da Família.
5. Foram selecionados para estudos de caso quatro estados da região nordeste (Ceará, Paraíba, Alagoas e Pernambuco), tendo em vista que essa região possui o maior número de equipes de saúde da família implantadas, sendo destinatária de 47% dos recursos do Programa.
6. Ademais, segundo informações do Ministério da Saúde, nos estados do Ceará e de Pernambuco, há registro de experiências positivas do PSF em alguns municípios. Por outro lado, Alagoas tem uma cobertura ampla do PSF, mas seus indicadores de saúde não têm apresentado melhora significativa. Restando os Estados de Sergipe e da Paraíba no universo de estados em avaliação pelo MS, foi escolhido o segundo, por ser mais próximo, geograficamente, do Ceará (já selecionado como experiência positiva).
7. Com relação à escolha dos municípios visitados, os critérios foram: tempo de implantação do Programa, percentual de cobertura do PSF e proximidade da capital. Sempre que possível, foram selecionados municípios nos quais a implementação do Programa tenha ocorrido em 1998, permitindo, desta forma, a mensuração dos resultados. O número de equipes em proporção à população também é relevante para possibilitar que as alterações nos indicadores de saúde do município possam ser relacionadas ao PSF.

### **Estratégia Metodológica**

8. A metodologia escolhida para a realização do trabalho foi o estudo de caso, implementado por meio de observação direta e questionários. No entanto, com vistas a ampliar o universo pesquisado, objetivando identificar possíveis distorções dos achados de auditoria a ser



levantados por esta equipe, aplicou-se, mediante a participação das Secretarias de Controle Externo nos demais estados da federação, os mesmos questionários elaborados por esta equipe.

9. Os questionários foram aplicados junto aos coordenadores estaduais e municipais do PSF, aos médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde das ESF, bem como junto aos usuários do Programa.

10. No total, esta equipe de auditoria aplicou, aproximadamente, 180 questionários e as SECEXs Regionais, 264 questionários. Foram analisados 444 questionários, cujos dados foram inseridos no Sistema Pesquisa deste Tribunal.

11. Para o desenvolvimento da metodologia proposta (estudo de caso), a quantidade de estados e municípios visitados foi suficiente para que a equipe avaliasse o funcionamento do Programa. Além disso, foi possível a obtenção de informações sobre as boas práticas do Programa e as situações em que há possibilidade de melhoria de desempenho.

### **Principais constatações**

12. Como resultado dos trabalhos realizados os principais problemas encontrados, que vêm prejudicando o desempenho do Programa, foram: a rotatividade e dificuldade na contratação dos médicos da ESF; falta sistemática de medicamentos, principalmente os destinados ao controle do diabetes e hipertensão; número excessivo de famílias por ESF; expansão acelerada do Programa desacompanhada de infra-estrutura adequada; desinformação da população sobre o PSF; desconhecimento da filosofia do PSF por parte das ESF; sobrecarga de trabalho dos agentes comunitários de saúde; insuficiência quanto à referência<sup>1</sup> e à contra-referência<sup>2</sup>; deficiência quanto à supervisão, monitoramento e avaliação do PSF, por parte dos estados e municípios; ausência de treinamento para gestores do Programa e inconsistência de dados no SIAB<sup>3</sup>.

13. No entanto, cabe ressaltar que alguns municípios, isoladamente, apresentaram resultados positivos em decorrência do pleno conhecimento da filosofia do Programa por parte das equipes de saúde da família, adequada infra-estrutura das unidades de saúde da família e coordenações estaduais e municipais bem estruturadas, realização de atividades de promoção e prevenção à saúde; melhoria de indicadores de saúde.

### **Possíveis benefícios esperados**

14. Para as deficiências na implementação do Programa, identificadas por esta equipe, foram formuladas recomendações, cujos benefícios, após implementados, possibilitarão: integrar os profissionais das equipes de saúde da família com a filosofia do Programa; maior resolutividade<sup>4</sup> por parte das ESF; maior disponibilidade de tempo para realização de ações de promoção e prevenção à saúde, por parte das ESF; humanização no atendimento à população usuária do Programa; redução da sobrecarga de trabalho das ESF; disponibilização de medicamentos nas USF (em especial quanto aos medicamentos de uso continuado), com a conseqüente melhoria no atendimento e na assistência aos usuários do Programa; credibilidade da população no PSF, com a

---

<sup>1</sup> Referência: serviço, ao qual é encaminhado o beneficiário do PSF, para atendimento de maior complexidade e para apoio diagnóstico.

<sup>2</sup> contra-referência: serviço, ao qual o beneficiário do PSF é encaminhado de volta à USF, pelos serviços de saúde de maior complexidade.

<sup>3</sup> Sistema de Informação da Atenção Básica.

<sup>4</sup> resolutividade: percentual de casos resolvidos na esfera de atuação da própria USF, sem necessidade de encaminhamento aos serviços de referência. O Ministério da Saúde considera ideal que a ESF possa resolver 85% dos casos que se apresentam na USF, devendo encaminhar apenas 15% para os serviços de saúde mais especializados.



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

conseqüente consolidação dos vínculos entre os usuários e as ESF; USF melhor estruturadas; valorização dos profissionais das ESF, com a conseqüente consolidação dos vínculos entre os profissionais e o SUS; confiabilidade na base de dados do SIAB, com o conseqüente acompanhamento dos indicadores de saúde pelos três níveis de governo e melhoria no planejamento e nas ações de supervisão por parte dos gestores estaduais e municipais.



## **1) Introdução**

### **Antecedentes**

1.1 A presente auditoria encontra-se prevista no Plano de Auditoria do TCU para o 2º semestre de 2001 (TC – 000.250/2001-1, Decisão nº 466/2001-P, de 18/7/2001). Trata-se de atividade igualmente prevista no Projeto de Cooperação Técnica TCU/Reino Unido. O projeto visa a 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 de auditorias de natureza operacional, conduzidas pelo Tribunal de Contas da União.

1.2 Para atingir esse objetivo, está prevista a realização de uma série de atividades, entre as quais a condução de auditorias-piloto em áreas de atuação prioritárias. No primeiro período do projeto, triênio 1998/2000, foram realizadas 18 auditorias nas áreas de saúde, educação e meio-ambiente. Para o período de extensão da fase I (Maio/Dez 2001), os temas aprovados, além de saúde e educação, foram agricultura e assistência social. Para a área de saúde, foi selecionado o Programa de Saúde da Família, objeto desta auditoria.

### **Importância do Tema**

1.3 Nas duas últimas décadas, importantes mudanças ocorreram no sistema de saúde pública do País, com o aumento de aporte de recursos públicos a ser aplicado no setor e com a expansão da rede física de prestação de serviços.

1.4 A Constituição Federal de 1988 introduziu significativas inovações na área de saúde, a partir da constituição de um sistema único de ações e serviços públicos de saúde, universalizado, descentralizado e destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde.

1.5 Assim, o foco das ações de saúde já não se limitam ao combate da doença e seus agravos, mas passam a privilegiar, igualmente, à promoção e prevenção da saúde, aí se inserindo, como instrumento de mudança, o Programa de Saúde da Família.

1.6 Em que pese o novo ordenamento constitucional, e não obstante a edição da Lei Orgânica de Saúde – nº 8080/90 e das Normas Operacionais Básicas – NOB nºs 01/93 e 01/96, as resistências ao rompimento com o modelo de atenção tradicional à saúde eram intensas. O referido modelo, cujo foco é a doença, concentra, em grande parte, ações e recursos para tratamento, de caráter curativo, privilegiando a medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada e excludente.

1.7 Em vista desse cenário, apresentou-se, como necessidade premente, a organização da Atenção Básica de Saúde por meio da própria reorganização do Sistema Único de Saúde - SUS e do processo de municipalização, sob o risco de se presenciarem a falência do Sistema.

1.8 Assim, em 1994, o Ministério da Saúde, após promover reuniões com diversos interessados na área, criou o Programa de Saúde da Família – PSF (a partir também da experiência de sucesso com o Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS, criado em 1991) como estratégia central para o mencionado processo de reorganização do SUS, no que diz respeito à atenção básica, e do processo de municipalização.



1.9 A partir de 1995, no contexto da elaboração da NOB SUS 01/96, tanto o PACS quanto o PSF foram fortalecidos política e institucionalmente. Em 1998, com a implantação do Piso de Atenção Básica – PAB, o PSF se fortaleceu financeiramente.

1.10 Vale mencionar que o Programa foi selecionado para integrar o Projeto Alvorada, onde foi definida a meta de se implantarem 9,8 mil novas ESF para atender 36 milhões de pessoas, até o final de 2002.

### **Visão Geral do Programa**

1.11 O objetivo do Programa Saúde da Família – PSF é a reorganização do modelo assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. Ou seja, é uma estratégia para organizar o primeiro nível de atendimento, a atenção básica, reorganizando o Sistema Municipal de Saúde, buscando criar novos vínculos entre os profissionais de saúde e o SUS e os usuários do Programa e procurando a humanização do atendimento.

1.12 A “porta de entrada” para acesso ao sistema de saúde, de acordo com a estratégia do PSF, é a Unidade de Saúde da Família – USF, que deve ser entendida, não como um processo de triagem e encaminhamento aos serviços especializados, mas como um sistema capaz de ser resolutivo e que seja responsável pela referência necessária, contatando os outros serviços e garantindo a continuidade do atendimento nos demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde.

1.13 Cada USF pode abrigar uma ou mais Equipe de Saúde da Família, dependendo do número de famílias cadastradas na área de abrangência da Unidade. Entretanto, o Ministério da Saúde recomenda que o número de Equipes vinculadas a uma USF não seja superior a três.

1.14 As ESF trabalham com uma população adscrita, mapeada por localidade e cadastrada. O Ministério da Saúde recomenda que 600 a 1.000 famílias sejam assistidas por Equipe, com o limite de 4.500 habitantes, no máximo.

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

1.16 A ESF deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados às equipes, como psicólogos e fisioterapeutas, por exemplo. Com a edição da Portaria nº 267/2001, a saúde bucal foi incluída no PSF, devendo, portanto, ser agregados à ESF: um odontólogo, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório dentário.

1.17 A definição da área prioritária de implantação do PSF, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.886, de 18/12/97, compete a cada município, que deverá eleger aquelas áreas onde a população está mais exposta aos riscos sociais.

1.18 Em setembro de 2001, existiam 11.285 ESF atuando em 3.233 municípios, representando 58,46 % dos municípios brasileiros. Assim, são acompanhadas 36.933.520 pessoas, o que representa 23,74 % da população brasileira. A meta para o exercício de 2001 é se chegar ao número de 17.000 ESF implantadas.



1.19 As responsabilidades pelo Programa, definidas na mencionada Portaria GM/MS nº 1.886/97, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do SUS, estão distribuídas entre as três esferas de Governo

### **Objeto da auditoria**

1.20 O objetivo da auditoria é verificar se há evidências de alteração nos vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos usuários do Programa de Saúde da Família.

### **Justificativa**

#### **Problema de Auditoria**

1.21 Apesar de a Constituição de 1998 ter alterado o conceito de saúde, estendendo-o à promoção, prevenção e recuperação, há resistências ao rompimento com o modelo de atenção tradicional, voltado para o combate de doenças e outros agravos, de caráter curativo, realizado, principalmente, em hospitais, privilegiando a medicina de alto custo e exercida de forma verticalizada e excludente.

1.22 Assim, foi criado o PSF como forma de reestruturar a atenção básica de saúde, com o intuito de alterar os vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e o SUS e os usuários do Programa, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessa população e para a reorganização dos demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde.

1.23 Há indícios de que, apesar da implantação do PSF, não houve alteração do mencionado vínculo entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos beneficiários.

### **Escopo**

1.24 Ante as limitações e dificuldades apresentadas no Relatório de Planejamento, a equipe elaborou duas questões relativas à operacionalização do Programa, no intuito de identificar boas práticas, bem como falhas no que se refere às ações implementadas no PSF, buscando contribuir para a melhoria do desempenho do Programa. Ainda foi formulada uma terceira questão, para que se possa, com base em indicadores previamente selecionados, analisar a contribuição do PSF em determinadas localidades. São elas:

- 1) As ESF estão efetivamente implantadas e em atuação?
- 2) O Programa está sendo acompanhado, supervisionado e avaliado pela esfera estadual ?
- 3) Nas localidades onde o Programa está implantado, como os indicadores têm evoluído ?

### **Metodologia**

1.25 A metodologia escolhida para a realização do trabalho foi o estudo de caso, implementado por meio de observação direta e questionários. No entanto, com vistas a ampliar o universo pesquisado, objetivando identificar possíveis distorções dos achados de auditoria a ser levantados por esta equipe, aplicou-se, mediante a participação das Secretarias de Controle Externo nos demais estados da federação, os mesmos questionários elaborados por esta equipe

1.26 Na fase de planejamento, foram realizadas visitas ao Distrito Federal e aos municípios de Luziânia/GO e Planaltina de Goiás/GO, com o objetivo de conhecer o Programa,



bem como testar os questionários e aperfeiçoá-los. Os questionários foram aplicados junto aos coordenadores estaduais e municipais do PSF, aos médicos e enfermeiros das ESF e aos beneficiários do Programa.

1.27 No total, esta equipe de auditoria aplicou aproximadamente 180 questionários e as SECEXs Regionais, 264 questionários. Foram analisados 444 questionários, cujos dados foram inseridos no Sistema Pesquisa deste Tribunal. A relação dos municípios visitados encontra-se no Apêndice VI do presente Relatório.

1.28 Sobreleva mencionar que as SECEXs Regionais de Tocantins e Espírito Santo, não digitaram os questionários aplicados nas Secretarias Estaduais de Saúde, embora o tenham feito com relação aos demais (Secretaria Municipal de Saúde, ESF, ACS e Beneficiários). Em contato telefônico realizado, a Regional de Tocantins informou que dependia de dados ainda não enviados pela Secretaria de Saúde daquele Estado. No caso do Espírito Santo, foi informado que os questionários foram digitados, mas não constam os dados no banco de dados. Entretanto, o dia 11/10 foi acordado como final para que o banco de dados da pesquisa fosse fechado e fossem iniciados os trabalhos de tabulação, o que de fato ocorreu. Por isso, os dados destes dois estados serão desconsiderados, excetuando-se os dados relativos aos recursos financeiros alocados ao PSF, que não foram digitados no Sistema, tendo sido, portanto, tabulados manualmente.

1.29 Foram realizadas, ainda, consultas aos sistemas informatizados SIAB, SIA/SUS<sup>5</sup> e CAPSI<sup>6</sup> para seleção da amostra com o objetivo de construir uma série histórica dos indicadores de morbidade e mortalidade, propostos na terceira questão de auditoria.

#### **Equipe de auditoria**

1.30 A equipe de auditoria foi designada mediante Portaria ADFIS nº 154/2001, de 18/09/2001.

<b>Analista</b>	<b>Matrícula</b>	<b>Lotação</b>
Alessandra Vieira Magalhães	4254-4	4ª Secex
Cláudio Girão Barreto	3099-6	Secex/RN
Jorge José Martins Júnior	3062-7	Secex/RS
Patrícia Maria Corrêa (coordenadora)	2485-6	Seprog
Renato Kanemoto	4591-8	Seprog

<sup>5</sup> Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

<sup>6</sup> Sistema de Captação de Dados para Pagamento

**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

**Equipe de auditoria das Secretarias Regionais do TCU**

Analista	Matrícula	Lotação
Amoque Benigno de Araújo	3513-0	Secex-RR
Ana Célia Vasconcelos Chaves	3478-9	Secex-TO
Anízio Henriques Pinto de Carvalho	3488-6	Secex-MG
Antônio França da Costa	4589-6	Secex-RO
Carlos Alberto Tanaka	3080-5	Secex-PR
Durvalina Lúcia E. S. Assayag	0857-5	Secex-PA
Eduardo Choi	3589-0	Secex-AC
Elda Mariza Valim Fim	2927-0	Secex-MT
Fábio Coutinho Clemente	3488-6	Secex-MG
Ilka dos Santos Ribeiro	2833-9	Secex-MA
João Pereira de Oliveira	1817-1	Secex-ES
Josir Alves de Oliveira	2939-4	Secex-SE
Jovino Antônio de Paula Júnior	2573-9	Secex-SP
Jucelino Lopes Saraiva	0169-4	Secex-PI
Lizete Rodrigues da Costa	0557-6	Secex-GO
Luiz Carlos Silveira Passos	0569-0	Secex-RJ
Márcio Macedo Mussi	2943-2	Secex-SC
Roberto Antônio de Alencar	0730-7	Secex-AM
Roberto Eiji Sakaguti	2928-9	Secex-MS
Telma Moura Conceição Silva	0788-9	Secex-BA
Wilson Maurício Paredes F. Lima	3041-4	Secex-AP

1.31 A elaboração da série histórica dos indicadores de saúde, a partir de dados do SIAB, selecionados para responder à questão três da presente auditoria, foi realizada pela Professora Adjunta Aposentada do Departamento de Estatística da UnB, Édina Shisue Miazaki, contratada pelo DFID mediante o Acordo de Cooperação TCU–Reino Unido, sem ônus para o Tribunal.

1.32 Destaca-se, também, o acompanhamento dos trabalhos, em todas as suas fases, pelos consultores da KPMG, contratados pelo "Department for International Development" (DFID): Srs. Mike Thomson e Emmett Moriarty.

1.33 Ademais, esta equipe de auditoria contou com a colaboração dos técnicos Maria Martha de Menezes C. Cassiolato, Herton Ellery Araújo, Frederico Augusto B da Silva e Roberto Passos Nogueira, da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA, quando da definição das questões de auditoria, informações requeridas e método de obtenção de dados.



## **Agradecimentos**

1.34 O sucesso das auditorias de natureza operacional, sem dúvida, está relacionado à parceria entre a equipe de auditoria e os dirigentes e técnicos do Programa auditado. Há que se ressaltar que, desde a fase de levantamento de auditoria, esta equipe foi bem recebida pela equipe do Departamento de Atenção Básica - DAB/MS, tendo contado com a colaboração do órgão para o cumprimento das tarefas. Da mesma forma, a equipe de auditoria contou com valiosa colaboração de especialistas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.

1.35 Nesse sentido, gostaríamos de agradecer o apoio e colaboração dos AFCEs das Secretarias Regionais do TCU nos Estados do Acre, do Amazonas, do Pará, de Roraima, de Rondônia, do Rio de Janeiro, de Tocantins, do Piauí, do Amapá, do Maranhão, de Sergipe, da Bahia, do Espírito Santo, de Mato Grosso, de Mato Grosso do Sul, de Goiás, de São Paulo, de Minas Gérias, do Paraná e de Santa Catarina, sem o qual seria difícil dar sustentabilidade às conclusões do presente trabalho de auditoria.

1.36 Gostaríamos de agradecer, ainda, a Sr<sup>a</sup> Heloiza Machado de Souza, Danusa Fernandes e demais integrantes do Departamento de Atenção Básica - DAB/MS, pela colaboração e informações preciosas desde a fase de planejamento da presente auditoria, a Sr<sup>a</sup> Maria Martha de Menezes C. Cassiolato e os Srs. Herton Ellery Araújo, Frederico Augusto B da Silva, Roberto Passos Nogueira, técnicos da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA<sup>7</sup>, pela prestimosa colaboração quando da elaboração da matriz de planejamento, Sr<sup>a</sup> Édina Shisue Miazaki, Estatística, pelo apoio na elaboração dos questionários e tabulação dos dados, aos Coordenadores do PSF nos estados e municípios visitados; e aos membros das ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e ACS), que, em prejuízo de suas atribuições nas Unidades de Saúde da Família ou na visita às famílias (agentes comunitários), contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

## **2) Capítulo 1 – Implantação e Atuação das Equipes de Saúde da Família – ESF**

### **Número Excessivo de Famílias por ESF**

2.1 Durante a fase de execução da auditoria, esta equipe constatou, quando dos estudos de caso, bem como quando da aplicação dos questionários, que as ESF são responsáveis por um número excessivo de famílias, além do limite máximo preconizado pelo Ministério da Saúde.

2.2 Atualmente, conforme estabelecido no artigo 5º da Portaria nº 157, de 19.02.98, cada ESF deve ser responsável por no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Com base nos dados da OECD – Organization for Economic Co-operation and Development, apresentados na tabela a seguir, esta equipe de auditoria verificou que, em média, um médico generalista atende 714 pessoas, sendo que na Grécia existem 1,72 médicos para cada 1000 habitantes, enquanto que em Portugal há 1,02 para cada 1000 habitantes.

2.3 Ademais, os municípios de Maracanaú/CE, Boa Vista/RR, Camaragibe/PE e Caucaia/PE, mencionaram que os parâmetros estabelecidos pelo Ministério para o número de famílias adscritas a cada ESF precisam ser revistos. Como a demanda espontânea às USF ainda é muito grande, o tempo disponível para a realizações de ações de promoção e prevenção à saúde fica prejudicado, contribuindo de forma negativa à consolidação dos vínculos entre os profissionais de saúde e a população.

<sup>7</sup> Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada



2.4 Vale ressaltar que os dados apresentados na Tabela a seguir se referem tanto a médicos da rede pública quanto da rede particular.

**Tabela 01 - Indicadores de Profissionais Médicos (número de médicos por 1.000 habitantes)**

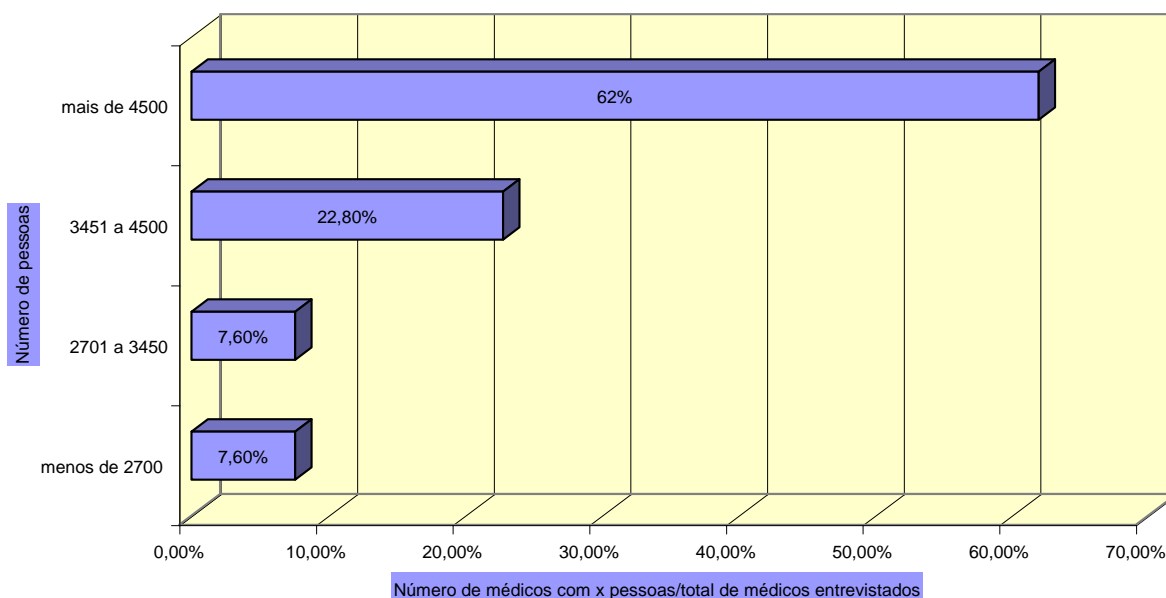
	Densidade de médicos	de	Proporção de não especialistas	Não especialistas por 1000	População por médicos não especialistas
	1995		1995	1995	1995
França	2.9		51%	1.48	<b>676</b>
Alemanha	3.3		40%	1.32	<b>758</b>
Grécia	3.9		44%	1.72	<b>581</b>
Irlanda	1.7		83%	1.41	<b>709</b>
Itália	1.7		N/a	N/a	<b>N/a</b>
Portugal	3.0		34%	1.02	<b>980</b>
Espanha	4.1		N/a	N/a	<b>N/a</b>
Reino Unido	1.6		N/a	N/a	<b>&gt;1000</b>
Estados Unidos	2.6		49%	1.3	<b>769</b>
Média OECD	2.8		50%	1.4	<b>714</b>

Fonte: OECD Health Data 1998

2.5 Com base nos questionários aplicados nas 27 unidades da federação, 62% dos médicos afirmaram que estão responsáveis por mais de 4.500 pessoas, como está demonstrado no Gráfico a seguir. Com a sobrecarga de pacientes a serem atendidos pelos médicos nas Unidades de Saúde da Família – USF, não está sendo possível formar o vínculo entre o profissional e a comunidade, nem tampouco existe tempo disponível para a promoção de ações educativas suficientes e para humanização no atendimento à população.



**Gráfico 01 – Número de Pessoas Atendidas por Médico da ESF**



Fonte: dados coletados nos questionários USF aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.6 Desse modo, os usuários consideram o PSF como mais um posto de saúde, estruturado nos moldes do antigo modelo assistencial, em que o paciente procura a unidade de saúde em busca de resolutividade, porém, de forma curativa e, não, para obter esclarecimentos acerca da prevenção de doenças.

2.7 De acordo com os dados levantados nos questionários aplicados junto aos usuários do PSF, 70,5 % afirmaram que procuraram a USF sem estar com consulta marcada. No entanto, em visita aos estados do Ceará e da Paraíba, esta equipe observou que prevalecia o sistema de distribuição de fichas para atendimento médico na USF, sendo que os pacientes chegavam cedo, pois havia um número limitado de fichas a ser distribuídas.

No que diz respeito à participação em reuniões ou palestras, 49 % dos usuários afirmaram nunca ter participado de atividades dessa natureza, sendo que, daqueles que afirmaram já haver participado, 43,5% responderam haver participado apenas uma vez ao ano.

2.8 Em vista dessas constatações, entende a equipe que, uma vez reduzido o número de famílias adscritas a cada ESF, haveria tempo disponível para realização de ações educativas, de prevenção e promoção à saúde, junto à população e para humanização no atendimento, favorecendo, assim, a consolidação dos vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários do SUS.

2.9 Dessa forma, esta equipe de auditoria entende que deva ser recomendado ao DAB/MS que estude novo parâmetro máximo de cobertura de pessoas para cada ESF levando a



discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite - CIT<sup>8</sup>, com vistas à apreciação e implementação.

### **Incorporação de outros profissionais às ESF**

2.10 Quando da realização dos estudos de caso e da pesquisa, os profissionais das ESF nos municípios de Caucaia/CE, Fortaleza/CE, Recife/PE e Salvador/BA, mencionaram a necessidade da incorporação de outros profissionais às ESF, para maior resolutividade dos casos junto ao usuários do Programa.

2.11 Os profissionais de saúde relataram que se deparam com diversos problemas de ordem sócio-econômica existentes na população, como desemprego, violência, alcoolismo, uso de drogas, entre outros. Esses problemas afetam a saúde da população. Assim, para que a ESF seja resolutiva, na opinião daqueles profissionais, seria necessária a presença de um psicólogo ou de um assistente social que tratasse dessas questões.

2.12 Em Recife/PE estava sendo discutida a possibilidade de criação de equipes de apoio às ESF, formadas por psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, de modo que uma equipe de apoio desse suporte a seis ESF.

2.13 A presença de um fisioterapeuta na equipe de suporte seria importante, ainda, segundo os profissionais da ESF, para auxiliar o tratamento de pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral – AVC, e não podem se locomover até a USF para realização de trabalhos de fisioterapia.

2.14 Tais medidas, muito embora não tenham sido objeto direto de investigação, se mostram oportunas e, uma vez implementadas, tenderiam a reduzir a sobrecarga de trabalho das ESF, bem como promoveriam uma melhoria no atendimento à população com o aumento da resolutividade por parte daqueles profissionais.

2.15 Dessa forma, a equipe de auditoria entende que se deva recomendar ao DAB/MS que estude a viabilidade de ser instituído adicional na parte variável do PAB para a implementação de equipes de suporte nos municípios com o PSF implantado e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação.

### **Sobrecarga de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e falta de condições para o desempenho de suas atribuições**

2.16 Esta equipe de auditoria verificou, nos estudos de caso, bem como na tabulação dos dados levantados nos questionários aplicados, que muitos ACS estão responsáveis por um número excessivo de famílias, superior ao limite preconizado pelo Ministério da Saúde.

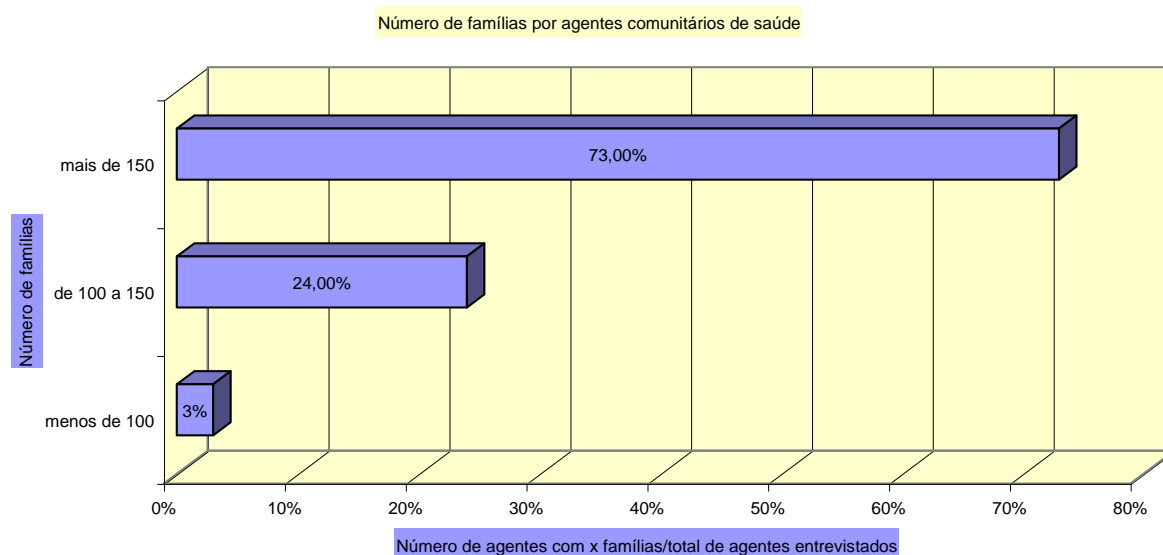
2.17 De acordo com as diretrizes operacionais constantes da Portaria n° 1886/GM, de 18.12.97, cada ACS deve ser responsável por, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. A equipe de auditoria constatou que apenas 27 % dos ACS entrevistados trabalham com menos de 150 famílias, como pode ser observado no Gráfico a seguir.

---

<sup>8</sup> fórum de negociação, integrado pelos gestores municipais, estaduais e federais, instituído pela NOB 01/93.



**Gráfico 02 – Número de Famílias por ACS**



Fonte: dados coletados nos questionários ACS aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.18 Além disso, de acordo com observações desta equipe e relatos dos próprios ACS nos estados do Ceará e Paraíba, foram identificadas condições inadequadas de trabalho, como fardamento insuficiente, exposição excessiva ao sol sem adequada proteção e falta de material explicativo para ser utilizado nas visitas domiciliares, as quais prejudicam o desempenho das atribuições inerentes aos ACS.

2.19 Muitos agentes alegaram que as orientações fornecidas às famílias poderiam ser melhor absorvidas pela comunidade, se fosse apresentado material ilustrado com explicações acerca dos assuntos abordados.

2.20 Outro ponto que deve ser abordado diz respeito aos dados levantados quando da realização das entrevistas nas USF, quando 54,4% dos profissionais informaram não receber as publicações elaboradas pelo Ministério da Saúde. Esse fato contribuiu para dificultar o trabalho de orientação promovido pelos ACS e demais profissionais. Assim, esta equipe, nas recomendações referentes a elaboração de materiais explicativos, ilustrativos, manuais e outros, proporá que o DAB/MS os encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma.

2.21 Ainda com base nos relatos dos agentes comunitários de saúde, no município de Campina Grande/PB, algumas famílias foram assaltadas enquanto providenciavam uma série de documentos solicitados por pessoas que se identificaram como chefes dos ACS, alegando estar realizando o cadastramento para o cartão SUS. Tal situação afeta a credibilidade dos ACS, perante a população por eles assistidos, prejudicando diretamente a receptividade na aceitação do Programa.

2.22 No Município de Fortaleza/CE, esta equipe observou que as ESF possuíam crachá de identificação, adotado com o intuito de se evitarem problemas ligados à segurança da população.

2.23 Outra questão que se mostrou preocupante, diz respeito a participação dos ACS no cadastramento das famílias para o Programa Bolsa Alimentação. Os agentes são responsáveis pelo



cadastro das famílias no mencionado Programa. As famílias entendem ser responsabilidade do ACS a escolha daquelas que devem ou não ser cadastradas para receber o benefício e, assim, quando excluídas, passam a não aceitar mais suas visitas.

2.24 Tendo em vista que a credibilidade dos ACS, perante a população a ele vinculada, é fundamental para a consolidação dos vínculos na ESF, esta equipe entende que deva ser recomendado ao DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, realize trabalho de divulgação, junto à população beneficiária do Programa, sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde, enquanto integrante da ESF.

2.25 Esta equipe propõe, ainda, com o objetivo de contribuir para melhor desempenho dos agentes no desenvolvimento de suas atividades, que o TCU recomende ao DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde:

- estude a possibilidade de ser elaborado material explicativo e o encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma, acerca dos assuntos abordados pelos ACS a ser utilizado nas visitas domiciliares;
- adote providências para que seja garantido uniforme mínimo suficiente aos ACS e conscientize as SES e as SMS da importância da utilização de crachá de identificação pelos profissionais das ESF e de ser fornecido protetor solar para os ACS;
- oriente as Secretarias Municipais de Saúde para que promovam a reterritorialização<sup>9</sup> das áreas das USF, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho dos ACS, readequando o número de famílias a serem atendidas pelos Agentes, quando for o caso.

### **Ausência de apoio administrativo para as ESF**

2.26 Esta equipe de auditoria, quando da realização de estudos de caso, verificou na maioria dos municípios visitados, excetuando-se os municípios de Fortaleza, Caucaia, Maranguape, e Maracanaú, todos no Ceará, que os auxiliares de enfermagem estavam realizando atividades de apoio administrativo, em prejuízo de atividades inerentes à respectiva função.

2.27 No estado do Ceará, observou-se que a incorporação de um profissional da área administrativa em cada USF trouxe diversos benefícios, tais como:

- maior tempo disponível para atendimento à população adscrita;
- tempestividade na alimentação do SIAB;
- monitoramento dos indicadores de saúde, permitindo um melhor planejamento das ações desenvolvidas pelas ESF.

2.28 Cabe salientar que cada USF dispunha de computador, condição raramente encontrada em outros estados.

2.29 Por outro lado, a falta de um profissional da área administrativa para auxiliar as ESF acarreta uma sobrecarga de atividades, realizadas pelos membros da equipe, em prejuízo das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, conforme já mencionado. No entanto, as atividades administrativas são essenciais para o funcionamento e organização das ações de saúde desenvolvidas em cada comunidade.

<sup>9</sup> Reterritorialização: ato de redefinir a área de atuação das equipes de saúde da família.



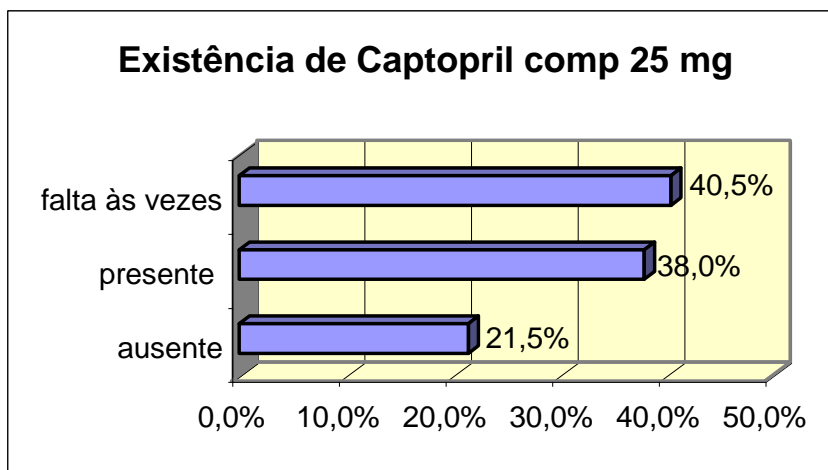
2.30 Assim, esta equipe de auditoria entende que deva ser recomendado ao DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, oriente as SMS sobre a necessidade de se incorporar às USF, com adscrições de população superiores a 3500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as ESF.

### Medicamentos

2.31 A equipe de auditoria constatou, na grande maioria das Unidades de Saúde da Família visitadas, falta sistemática de medicamentos, especialmente os utilizados nos tratamentos de hipertensos, conforme demonstra o gráfico, apresentado na seqüência.

2.32 Constam, no Apêndice V do presente Relatório, gráficos com levantamento dos medicamentos da Farmácia Básica e da Farmácia Popular nas situações presente, ausente ou falta às vezes (informações obtidas quando da aplicação dos questionários junto às USF).

**Gráfico 03 – Existência de Medicamentos**



Fonte: dados coletados nos questionários USF aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.33 Como demonstra o Gráfico acima, 62,0% das USF pesquisadas relataram ocorrer problemas com o suprimento de Captopril comp. 25 mg, empregado no tratamento da hipertensão. Este medicamento não poderia faltar, pois a descontinuidade em sua administração ocasiona graves riscos aos pacientes. Em consulta ao site do Ministério da Saúde, encontra-se a informação de que “cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) e cerca de 40 a 60% dos pacientes com infarto do miocárdio apresentam hipertensão arterial associada” (fonte: [www.saude.gov.br/programas/cardio/cardio.htm](http://www.saude.gov.br/programas/cardio/cardio.htm)).

2.34 As ESF indicaram ainda ocorrer suprimento inadequado dos seguintes medicamentos: Nistatina creme vaginal (58,2%), Amoxicilina caps. 500 mg (55,7%), Benzilpenicilina benzatina (38,0%), Neomicina + Bacitracina pomada (32,9%), Salbutamol comp 2 mg (30,4%), Metronidazol comp 250 mg (24,1%), Digoxina 0,25 mg (24,0%), Aminofilina comp 500 mg (17,8%), Ácido acetil salicílico comp 100 mg (15,2%) e Ácido acetil salicílico comp 500 mg (12,7%). Também foi apontada a falta de Fenobarbital comp 100 mg (82,3%) e de Carbamazepina comp 200 mg (78,5%).



2.35 Contudo, segundo informações das próprias ESF, estes últimos medicamentos não são armazenados na USF, por serem de uso controlado, fato que pode ter ocasionado erros de preenchimento nos formulários destinados a verificar a existência dos mesmos. Por fim, cabe esclarecer que os valores relacionados ao lado dos medicamentos correspondem ao número percentual de USFs que relataram problemas no suprimento ("ausente" e "falta às vezes"). Uma descrição mais detalhada dos referidos percentuais pode ser consultada, conforme já mencionado, no Apêndice V deste.

2.36 Constatou-se ainda que a falta de medicamentos não se restringe a uma só região ou a alguns estados. Pelo contrário, problemas foram relatados nas seguintes localidades: Palmeira dos Índios/AL, Maribondo/AL, Maceió/AL, Salvador/BA, Maracanaú/CE, Maranguape/CE, Fortaleza/CE, Recanto das Emas/DF, Luziânia/GO, Goiânia /GO, Ribeirão das Neves /MG, Campo Grande/MS, Cuiabá/MT, Belém/PA, Campina Grande/PB, Esperança/PB, João Pessoa/PB, Santa Rita/PB, Olinda/PE, Teresina/PI, Rio de Janeiro/RJ, Natal/RN, Boa Vista/RR, Porto Alegre/RS e Palmas/TO.

2.37 Embora a Equipe de Auditoria não tenha incluído, na lista dos que seriam examinados em cada USF, os medicamentos destinados ao tratamento de diabéticos, houve reclamações por parte das ESF quanto ao suprimento de insulina (municípios de Maranguape/CE, Palmeira dos Índios/AL e Natal/RN). Este medicamento — à semelhança do Captopril — não poderia faltar, pois a descontinuidade em sua administração ocasiona graves riscos aos pacientes, inclusive o de morte. Pelo fato de se originar de relatos espontâneos — não provocados — das ESF, a constatação adquire ainda maior relevo, sendo bastante provável que o mesmo problema esteja ocorrendo em outros municípios, mas que, por lapso das ESF, não tenha sido apontado.

2.38 Além de influir negativamente em um dos objetivos do PSF — a garantia de resolutividade no plano da atenção básica, a ausência de medicamentos traz às famílias descrédito no Programa, com reflexos visíveis no vínculo destes usuários com os profissionais das ESF. Por um lado, os agentes reclamam das cobranças que lhes são dirigidas pelos usuários. E do outro lado — e mais grave, vários usuários relataram aos agentes comunitários que não mais procuram a USF, principalmente porque lá não encontram os medicamentos de que necessitam.

2.39 A par desta carência, que poderia ser explicada pela insuficiência de recursos financeiros, a equipe de auditoria colheu relato de alguns médicos e enfermeiros de que há casos de medicamentos enviados às USF em quantidade superior à necessária. Outra falha, também apontada pelos profissionais das ESF, é o desconhecimento — por parte dos responsáveis pela aquisição e distribuição dos medicamentos — das condições de saúde específicas da população destinatária de determinadas regiões. Em outras palavras, são enviadas a cada USF as mesmas quantidades de um certo remédio — usado no tratamento de uma doença específica —, independentemente de haver na área atendida maior ou menor número de casos da referida doença. Também, novamente com base nos referidos relatos, passa despercebido por aqueles responsáveis que a incidência de algumas doenças varia de acordo com a época do ano e, por conseguinte, a quantidade de medicamentos alocados deveria oscilar.

2.40 Não obstante tantos problemas, algumas boas práticas foram identificadas. No município de Planaltina/GO, os medicamentos não têm faltado. Segundo informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde — SMS, uma equipe da Coordenação do PSF acompanha diariamente as USF, garantindo a reposição dos estoques sempre que eles se encontram em níveis baixos. Foram observadas (por exemplo, no município de Fortaleza/CE), ainda, tentativas de implantação de políticas de uso racional de medicamentos, ora sob responsabilidade de profissional devidamente qualificado (farmacêutico), ora com estagiários (estudantes de Farmácia).



2.41 Outra experiência de sucesso é a utilização de plantas com efeitos medicinais (fitoterapia). O município de Fortaleza/CE mantém o Programa Farmácias Vivas, em parceria com a Universidade Federal do Ceará – UFC e a Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. Para tanto, foi construído junto ao Horto Municipal o Setor de Plantas Medicinais, onde são cultivadas plantas que - com base em estudos botânicos, farmacológicos e clínicos - têm eficácia e segurança terapêuticas garantidas. Com os insumos daí extraídos, as Oficinas Farmacêuticas – a rigor, Laboratórios de Manipulação de Fitoterápicos – manipulam, acompanham e orientam a utilização e a dispensação dos fitofármacos.

2.42 Em consonância com o exposto acima, a equipe de auditoria entende ser a questão dos medicamentos crítica para o sucesso do PSF. Se bem resolvida, contribui decisivamente para a resolutividade na atenção básica e para o estreitamento dos laços população - ESF. Caso contrário, responde pela piora da qualidade de vida dos usuários e pela descrença em um modelo que se pretende novo. Contudo, a análise da questão — com a identificação de causas e soluções — não é oportuna neste momento. A uma, porque o objeto desta auditoria é o PSF, enquanto o tema medicamentos relaciona-se com todo o SUS. A duas, porque a Política Nacional de Medicamentos foi examinada no âmbito do TC 016.983/2000-3, que se encontra na 4ª SECEX.

2.43 O referido processo originou-se de auditoria realizada pela 4ª Secretaria de Controle Externo em cumprimento à Decisão TCU Plenária nº 955/99, Ata nº 54/99, que no item 8.30.4 determinou: "(...) trabalho específico na área de medicamentos, para verificar a implantação do Sistema Informatizado de Aquisição e Distribuição de Medicamentos, bem como avaliar o efeito e os resultados da execução da Política Nacional de Medicamentos". Consta do relatório (item 4), que constitui aqueles autos, haver uma equipe do MS executado avaliação da Política Nacional de Medicamentos, tendo concluído com uma série de propostas, em especial a de "desenvolvimento de projeto para inserção das ações da assistência farmacêutica na estratégia do PSF e do PACS".

2.44 Por conseguinte, conclui o relatório de auditoria da 4ª SECEX propondo "determinar ao Ministério da Saúde que envie, ao Tribunal de Contas da União, os resultados das avaliações que foram feitas no âmbito da Política Nacional de Medicamentos" (item 5, alínea c). O TC 016.983/2000-3 foi apreciado pela Colenda Primeira Câmara do TCU, que acolheu na íntegra as propostas ali formuladas (Relação nº 8, Ata nº 3/2001, Ministro Relator WALTON ALENCAR RODRIGUES).

2.45 Cabe ressaltar ainda a edição, em janeiro de 2001, do Informe da Atenção Básica nº 5 (disponível em [www.saude.gov.br/psf/publicacoes/download/informe5.zip](http://www.saude.gov.br/psf/publicacoes/download/informe5.zip)), que aborda a reorientação da assistência farmacêutica. Informa-se ali a adoção, entre outras, de ações voltadas para o uso racional de medicamentos e para o emprego de medicamentos fitoterápicos na atenção básica. Nota-se, portanto, já serem de conhecimento do Ministério da Saúde as boas práticas identificadas por esta equipe de auditoria.

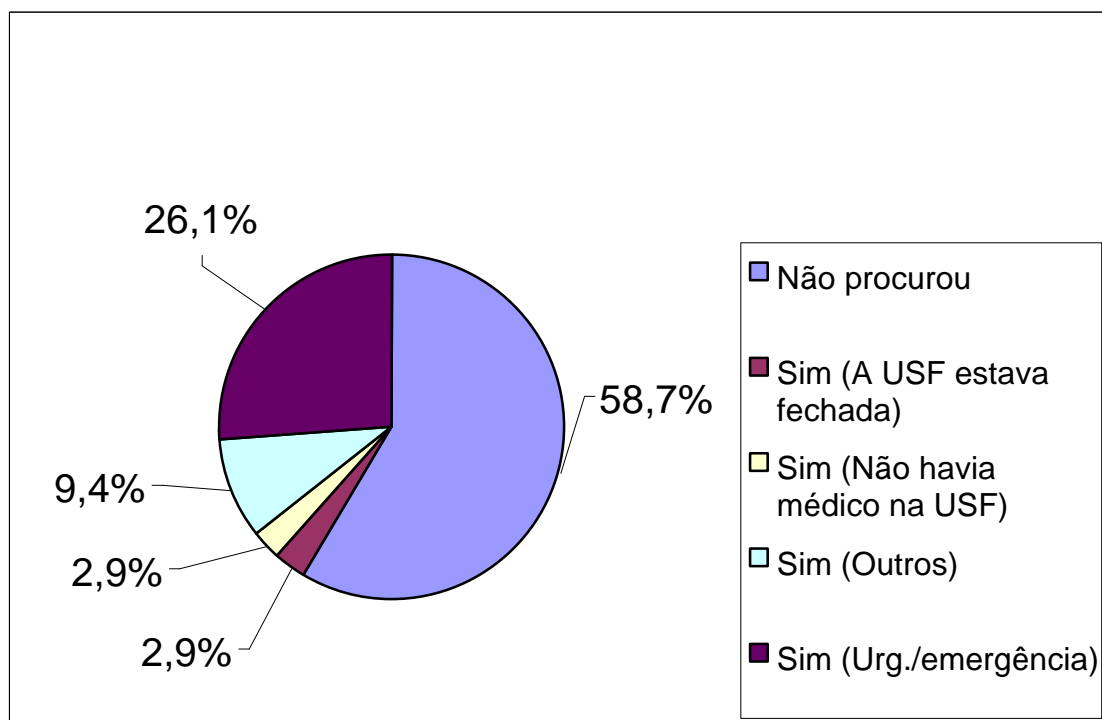
2.46 Por todo o exposto, é oportuno juntar cópia do presente trabalho ao TC 016.983/2000-3, no intuito de auxiliar no exame da Política Nacional de Medicamentos. Ainda, pela relevância da questão e para o sucesso do PSF, é mister que o TCU recomende à Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do DAB para que, em conjunto com a Diretoria de Programas Estratégicos da Secretaria Executiva/MS (responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos, entre os quais os relativos ao diabetes) e com as Secretarias Estaduais de Saúde, adote as providências necessárias de modo a não mais faltarem, nas Unidades de Saúde da Família, aqueles medicamentos utilizados na Atenção Básica, especialmente os destinados aos tratamentos de hipertensos e de diabéticos.



### A Estratégia PSF

2.47 A população atendida tem dificuldade em entender o modelo assistencial do Programa Saúde da Família, identificando a Unidade de Saúde da Família como mais um posto de saúde tradicional.

**Gráfico 04 – Procura Direta por Hospitais e motivos**



Fonte: dados coletados nos questionários beneficiários aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.48 Como demonstra o Gráfico 04, 41,3% dos usuários do Programa procuraram hospitais — responsáveis pelos níveis de atenção secundária e terciária — sem antes passar pela USF. Embora tal comportamento justifique-se em algumas situações, fica claro que quase 10 % dos entrevistados procuraram hospitais, em vez da USF, sem razão explícita — opção “Sim (Outros)”. Restou evidenciado no decorrer dos trabalhos que as causas são essencialmente culturais: o hospital fica mais perto que a USF; o beneficiário acredita que só terá seu problema resolvido no hospital, dentre outras. Ressalte-se que o percentual apontado (10%) encontra-se, provavelmente, subestimado, pois, dos muitos casos apontados como de urgência/emergência pelos usuários, certamente uma parcela significativa poderia ser tratada pela USF.

2.49 A origem comum de tais condicionantes culturais é a falta de informação da população acerca dos pressupostos e objetivos do Programa de Saúde da Família. O PSF busca a promoção da saúde, por meio de procedimentos preventivos — ao contrário do modelo tradicional, essencialmente curativo; para tanto, centra sua atenção na família e no ambiente que a cerca (social, econômico, físico etc.), partindo da identificação dos fatores que colocam em risco a saúde; e, por fim, demanda o estabelecimento de vínculos entre a população e a ESF, sendo esta responsável pelo tratamento daqueles que adoecerem, inclusive quando necessários procedimentos nos níveis de maior complexidade (a serem realizados mediante referência).



2.50 Em outras palavras, a USF deve ser a porta de entrada para os usuários do SUS e desempenha duplo papel: na maioria das vezes procura evitar que a comunidade adoça e que doenças simples se agravem; quando não há sucesso nesta tarefa, a porta se abre e prontamente encaminha (referencia) os pacientes ao local onde deverão ser tratados, acompanhando-os até a cura.

2.51 O desconhecimento da população beneficiada sobre os objetivos e finalidade do Programa (a estratégia Saúde da Família) — evidenciado pela procura direta aos hospitais, sem passar na USF — ocasiona vários problemas. O mais visível é a sobrecarga de centros de média e alta complexidade com casos que poderiam ser tratados na atenção básica, em detrimento dos pacientes que efetivamente necessitam de atendimento mais especializado. Outro problema, não menos grave, é o fato de a ESF não tomar conhecimento dos agravos que os levaram à procura pelos hospitais. Fica assim prejudicada, em parte, a capacidade da equipe de saúde da família de atuar preventivamente, na tentativa de evitar que casos semelhantes voltem a ocorrer, ocasionando, em decorrência, o enfraquecimento e/ou a não formação do vínculo população – ESF.

2.52 A equipe de auditoria entende que a solução está na divulgação sobre a filosofia do Programa de Saúde da Família junto aos seus usuários por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, com a utilização de material ilustrativo. Para tanto, deverá ser realizado treinamento dos ACS.

2.53 Dessa forma, esta equipe propõe que o TCU recomende ao DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, elabore material ilustrativo e o encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizada dessa forma, sobre o 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.

### **Procedimentos incompatíveis com a proposta do PSF**

2.54 Em várias localidades, constatou-se a persistência de procedimentos do modelo tradicional, incompatíveis com a filosofia do Programa de Saúde da Família, como por exemplo, a marcação de consultas por fichas, exigindo da população que compareça cedo ao local e permaneça longos períodos em filas para garantir o atendimento.

2.55 Uma parcela significativa dos usuários entrevistados (39%) apresentou sugestões para melhorar o desempenho do PSF, relacionadas ao tempo de espera para atendimento, como por exemplo: aumentar o número de médicos; aumentar o número de fichas para atendimento; mudar o esquema de marcação de consultas, entre outras. Cabe observar que aproximadamente 30% dos entrevistados informaram que esperam mais de uma hora para serem atendidos. Tal percentual ganha maior força ao se atentar para o fato de que, na grande maioria dos casos, são pessoas de pouca escolaridade, acostumadas a não reclamar. As constatações acima são incompatíveis com um programa idealizado para atuar preventivamente. Os prejuízos decorrentes de tais práticas não se resumem às horas perdidas nas filas, mas se fazem sentir principalmente na perda de confiança no novo modelo e na ausência de vínculos população – ESF.

2.56 Muito embora parte do problema se origine da falta de informações da população sobre a estratégia de atuação do Programa de Saúde da Família – aspecto já abordado anteriormente, outra parcela pode ser atribuída a algumas ESF, que não têm conseguido romper com o modelo tradicional. Tais ESF deveriam, mesmo que sob forte demanda da população por



atendimento, buscar alternativas para a imagem clássica de um consultório médico: paciente – birô<sup>10</sup> – médico.

2.57 Como exemplos dessas novas práticas, a equipe observou várias experiências de sucesso como no município de Maracanaú/CE, a Dra. Lúcia de Fátima Maranhão, responsável pela USF Enfermeiro Vicente Severino Lima, utilizou seus conhecimentos em Medicina Oriental e formou grupo que pratica, na própria USF, as terapias de relaxamento, meditação, ioga e musicoterapia. As melhoras advindas, segundo informações da Dra. Lúcia de Fátima Maranhão, superaram em muito as expectativas iniciais: por exemplo, alguns hipertensos tiveram redução dos níveis de pressão arterial, inclusive com diminuição na posologia<sup>11</sup> dos medicamentos receitados.

2.58 Outra boa prática, observada ainda no estado do Ceará, foi a adoção, pela Secretaria Estadual de Saúde – SESA/CE, da Metodologia de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde, elaborada por meio de uma parceria entre a SESA, a USAID e as agências de cooperação internacional JHPIEGO, JHUH/CCP, MSH e Pathfinder do Brasil. Como a própria denominação indica, a Metodologia é uma estratégia para a melhoria da qualidade na atenção básica e tem por objetivos:

- ◆ Contribuir para a melhoria do desempenho do gestor municipal e dos gerentes das Unidades Primárias de Saúde, oportunizando a aplicação de técnicas participativas e inovadoras na área gerencial;
- ◆ Fortalecer o papel das equipes do PSF através de uma abordagem integrada e estruturada no Instrumento de Reconhecimento da Qualidade, em caráter de auto-aprendizagem e auto-gestão;
- ◆ Favorecer a participação dos usuários na determinação da oferta e de padrões de qualidade nos Serviços de Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a formação de uma demanda informada por serviços de qualidade, através da introdução de metodologias que otimizem as atividades de informação, educação e comunicação em saúde.

2.59 O referido Instrumento de Reconhecimento da Qualidade – IRQ desempenha papel central na Metodologia, embora não a esgote. Consiste em critérios técnicos, objetivamente verificáveis, que permitem aferir a qualidade das ações desenvolvidas na atenção básica. O IRQ — que abrange 106 critérios — está dividido em dois grandes grupos de serviços: serviços ao cliente (educação à saúde; visita domiciliar; procedimentos básicos; consulta da criança; consulta do adolescente; consulta da saúde reprodutiva; consulta do adulto e consulta da saúde bucal) e serviços de apoio (planejamento participativo; recursos humanos; organização e funcionamento dos serviços; recursos físicos e materiais; estatística e vigilância epidemiológica; biossegurança). Para cada serviço é estabelecido um padrão a ser seguido. No Apêndice VIII estão transcritos dois exemplos de critérios.

2.60 A partir de decisão tomada pelo Conselho Gestor da SESA/CE, no sentido de disseminar o IRQ nos 184 municípios do Ceará, adotou-se a estratégia de elaborar manual detalhado da Metodologia de Melhoria da Qualidade da Atenção Primária à Saúde e de realizar seminários de divulgação em todo o estado. Com isso, espera-se que as próprias equipes do PSF possam implementá-lo, em caráter de auto-gestão, iniciando-se assim o processo de melhoria da qualidade do PSF.

<sup>10</sup> Escrivadinha com gavetas (Novo Aurélio – Dicionário da Língua Portuguesa).

<sup>11</sup> Indicação da(s) dose(s) em que deve(m) ser aplicado(s) medicamento(s) (idem).



2.61 Ainda no rol das boas práticas, pode ser inserida a experiência adotada nos municípios de Maracanaú/CE e Aracaju/SE. Intitulada acolhimento, ela consiste em uma forma diferente de iniciar o dia na USF. Ao chegar, a ESF convida a população, que por acaso esteja aguardando atendimento, para uma rápida palestra, com temas que variam: higiene pessoal, alimentação, tratamento de infecções respiratórias menos graves etc. Em seguida, faz-se a triagem dos casos, com a seleção daqueles mais graves para o atendimento prioritário. Isto não significa que os outros não serão atendidos, apenas terão que aguardar um pouco mais.

2.62 Tal estratégia, além de priorizar o atendimento dos casos mais graves, traz um grande benefício: ainda é bastante comum a população atendida procurar a USF em decorrência de doenças que poderiam ser tratadas na própria residência (por exemplo, nos casos de gripes o tratamento mais indicado é repouso e bastante hidratação). Assim, o acolhimento acaba por orientar os beneficiários neste sentido e, se não suficiente, por dissuadi-los em decorrência da demora. Ressalte-se, contudo, que mesmo estes casos mais simples serão atendidos pela ESF, caso o beneficiário deseje.

2.63 Finalmente, cabe relatar a iniciativa Rezas e Soro de Maranguape/CE, que visa combater a mortalidade infantil no município. A idéia surgiu da constatação que 40% dos óbitos registrados em crianças menores de um ano de idade haviam sido causados por desidratação decorrente de diarreia e que, na grande maioria desses casos, a família havia recorrido primeiramente aos rezadores locais, na crença em que o poder divino das orações curaria a criança com diarreia. Como não seria viável romper com séculos de tradição, a SMS de Maranguape/CE optou por firmar parcerias com os rezadores locais, sob a forma de cadastramento, sensibilização e treinamento desses profissionais, que passaram a receber *kits* de reidratação oral.

2.64 Assim, o rezador continuou a desempenhar o seu papel costumeiro, com orações pela melhora da criança, mas também começou a orientar as mães para – além da reza – dar o soro, que é entregue pelo rezador já devidamente benzido. E mais, a ESF toma conhecimento dos casos atendidos pelos rezadores, pois foi elaborado um mapa de atendimento; como os rezadores são em sua maioria não alfabetizados, este mapa é totalmente figurado, o que facilita o seu preenchimento. Segundo informações da referida Secretaria Municipal de Saúde, após a adoção do Rezas e Soro, **nenhum** óbito por diarreia foi registrado em menores de um ano.

2.65 Os exemplos acima demonstram que algumas ESF absorveram a filosofia do PSF e conseguiram romper com as práticas do modelo tradicional. Para outras, infelizmente, a maioria daquelas visitadas, isto ainda não ocorreu, sendo paradigmática a persistência da marcação de consultas por fichas. Os problemas daí decorrentes são vários: longo tempo de espera da população para atendimento; sobrecarga de trabalho das ESF, piora na resolutividade, dissolução dos vínculos população – ESF.

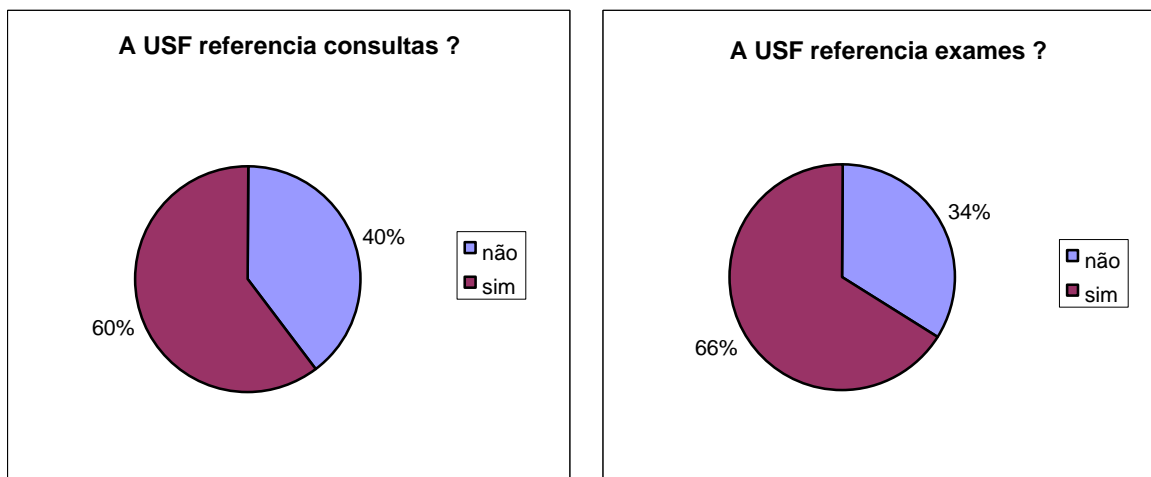
2.66 Com o objetivo de resolver tais problemas e, por conseguinte, humanizar o atendimento à população, a equipe de auditoria entende apropriado que o TCU recomende ao DAB/MS que adote providências necessárias no sentido de que sejam desenvolvidas ações educativas de reforço da filosofia do PSF junto às ESF, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas e com ampla divulgação das boas práticas apontadas anteriormente.

## Referência

2.67 A equipe de auditoria constatou, na grande maioria das Unidades de Saúde da Família visitadas, sistemas inadequados de referência para os níveis de média e alta complexidade.



### Gráficos 05 - Referência



Fonte: dados coletados nos questionários USF e SMS aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.68 Como demonstrado nos Gráficos 05, 40% dos usuários entrevistados alegaram problemas na marcação de consultas em hospitais, enquanto 34% relataram dificuldades na realização de exames fora da USF. Em algumas localidades e para alguns procedimentos de maior complexidade, é aceitável que surjam dificuldades. A solução para tais casos só virá com a regionalização prevista na Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS SUS 01/2001, ainda em implantação. Todavia, e isso fica patente quando indagado aos usuários e agentes comunitários sobre os principais problemas do PSF, os quais relatam que o serviço a ser utilizado está disponível na rede médica/hospitalar local, mas o acesso ao mesmo não é garantido pela USF.

2.69 Tal constatação vai de encontro a um dos objetivos básicos do PSF: garantir para a população atendida a referência aos centros mais especializados, sempre que se trate de problema fora da alçada da atenção básica. A ausência de referência – ou sua existência insuficiente – produz duas repercussões negativas. Primeiro, como a USF faz uma espécie de triagem, resolvendo os casos da atenção básica e encaminhando os mais graves, é fácil concluir que o não atendimento dos indivíduos encaminhados pela USF representa sérios riscos à saúde dos mesmos. Segunda, e mais uma vez, rompe-se o vínculo de confiança que deve haver entre população e ESF.

2.70 No entanto, cabe ressaltar algumas boas práticas identificadas no decorrer dos trabalhos. Em Porto Alegre/RS, foi instituída uma Central de Marcação de Consultas, com o estabelecimento de cotas de procedimentos para as USF. Deste modo, o indivíduo — que, ao procurar a USF, necessitou de atendimentos nos demais níveis — tem melhores chances de marcação do dia e hora em que será atendido no hospital.

2.71 Esta equipe de auditoria propõe que o TCU recomende ao DAB/MS que, em conjunto com as SES, uniformize a sistemática de referência nas USF e oriente as SMS, que possuam o Programa Saúde da Família implantado, no sentido de que, se possível, sejam criadas centrais de marcação de consultas, inclusive com a reserva preferencial de cotas para pacientes encaminhados pelas USF, assunto que deve ser, inicialmente, discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

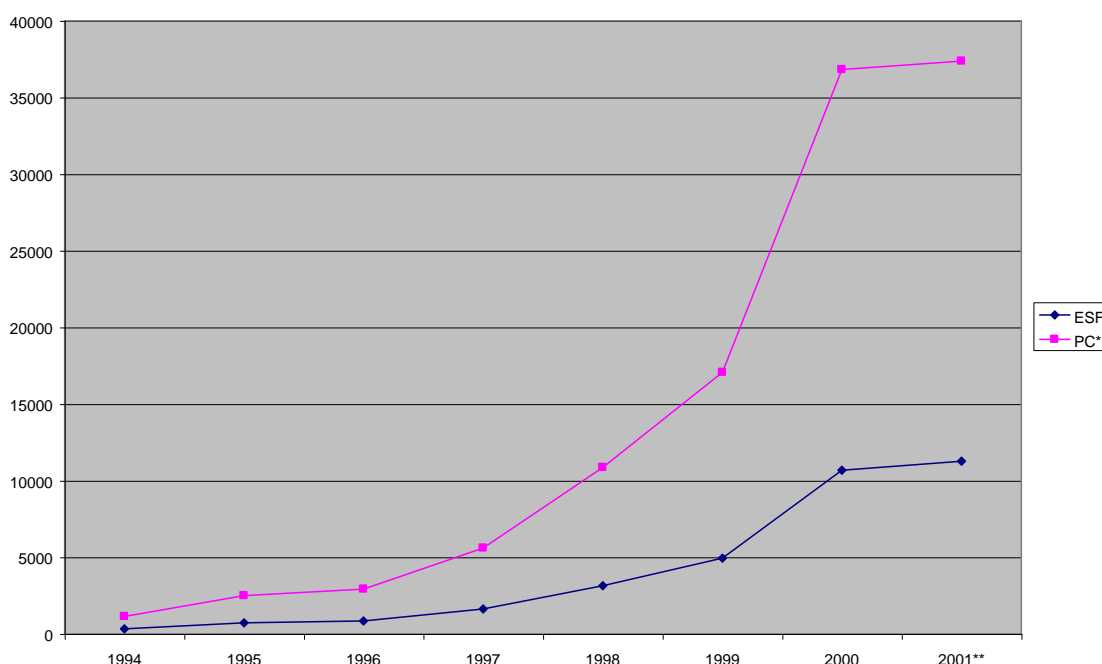


### Expansão Acelerada do PSF a partir de 1998

2.72 A mudança na sistemática de incentivo financeiro federal, ocorrida em 1998, com a edição da Portaria GM/MS nº 1.882/97, que instituiu o Piso de Atenção básica - PAB, coincide com a expansão acelerada do PSF, que veio desacompanhada da preocupação com a qualidade de atuação das equipes de saúde da família e a sobrecarga dos níveis de coordenação estadual e municipal do Programa.

2.73 Houve crescimento expressivo nos últimos 3 anos, tendo em vista a meta de atingir a cobertura de 50% da população brasileira até 2002, fixada no Plano Plurianual Avança Brasil.

**Gráfico 06 - Série Histórica do Número de ESF e da População Coberta**



\* PC - População Coberta / 1000

ESF – Equipe de Saúde da Família

\*\* até julho/2001

Fonte: CAPSI – Sistema de Captação de Dados para Pagamento

**Tabela 02 - Série Histórica do Número de ESF e da População Coberta**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001**
ESF	328	724	847	1.623	3.147	4.945	10.674	11.270
PC*	1.131.600	2.497.800	2.922.150	5.599.350	10.857.150	17.060.250	36.825.300	37.371.933

\* População Coberta

\*\* até julho/2001

Fonte: CAPSI – Sistema de Captação de Dados para Pagamento

2.74 A velocidade de expansão do PSF, a princípio, sugere a adesão de gestores estaduais e municipais à sua filosofia e aos seus princípios. No entanto, deu-se a expansão em detrimento da garantia de infra-estrutura adequada das USF por parte dos municípios, que buscaram prioritariamente atingir os 70% de cobertura (faixa de maior valor do incentivo financeiro relativo à parte variável do PAB), sem se preocuparem com a qualidade de atuação das ESF.



2.75 Ademais, as coordenações estaduais do PSF não têm conseguido acompanhar o ritmo dessa expansão acelerada. A situação se agrava diante da constatação de que uma das dificuldades que as mesmas enfrentam, quando do exercício de suas atribuições relativas ao PSF, é a falta de acesso aos dados (informações) do Módulo Municipal do SIAB, referentes às USF/ESF.

2.76 Esta equipe de auditoria verificou, na análise dos questionários, que das 79 ESF pesquisadas, 48 responderam que são responsáveis pela cobertura de mais de 1000 famílias, conforme Tabela a seguir, o que corresponde a 60,7% das equipes, sinalizando sobrecarga de trabalho.

**Tabela 03 – Cobertura de Famílias pelas ESF**

Número de Famílias Cobertas	Número de ESF
Menos de 600	05
De 601 a 800	09
De 801 a 1000	17
Mais de 1000	48

Fonte: dados coletados nos questionários USF aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.77 Foram entrevistados 25 Coordenadores Estaduais do PSF, 12 dos quais citaram a insuficiência de recursos humanos, quando questionados sobre as dificuldades que têm enfrentado na execução de suas atribuições com relação ao PSF.

2.78 Das 79 ESF entrevistadas, 47 relataram que o espaço físico das USF é insuficiente e inadequado para o desenvolvimento das suas ações, o que corresponde a 54,4% do total de entrevistados.

2.79 Acreditamos que, a persistir a situação, o PSF estará sujeito aos seguintes riscos:

- comprometimento do vínculo de responsabilidade e da relação com a comunidade;
- enfraquecimento do poder de resolutividade das Equipes;
- desestruturação das USF;
- admissão de Equipes com pouco preparo.

2.80 Portanto, a expansão acelerada do PSF, sem o oferecimento de condições de infraestrutura suficientes e com a sobrecarga dos níveis de coordenação, pode comprometer a própria continuidade do Programa.

2.81 Diante do exposto, a Equipe de Auditoria entende oportuno que o TCU recomende ao DAB/MS que estabeleça, via normatização, novos critérios e requisitos para qualificação dos municípios ao incentivo do PSF, procurando assegurar não só a garantia de infra-estrutura adequada às USF, mas também a qualidade de atendimento da população usuária, por parte das ESF, quando for o caso.

### **Rotatividade e Dificuldade na Contratação dos Médicos**

2.82 Os municípios apresentam elevada rotatividade dos profissionais médicos e, por outro lado, têm enfrentado dificuldades na contratação dos mesmos.

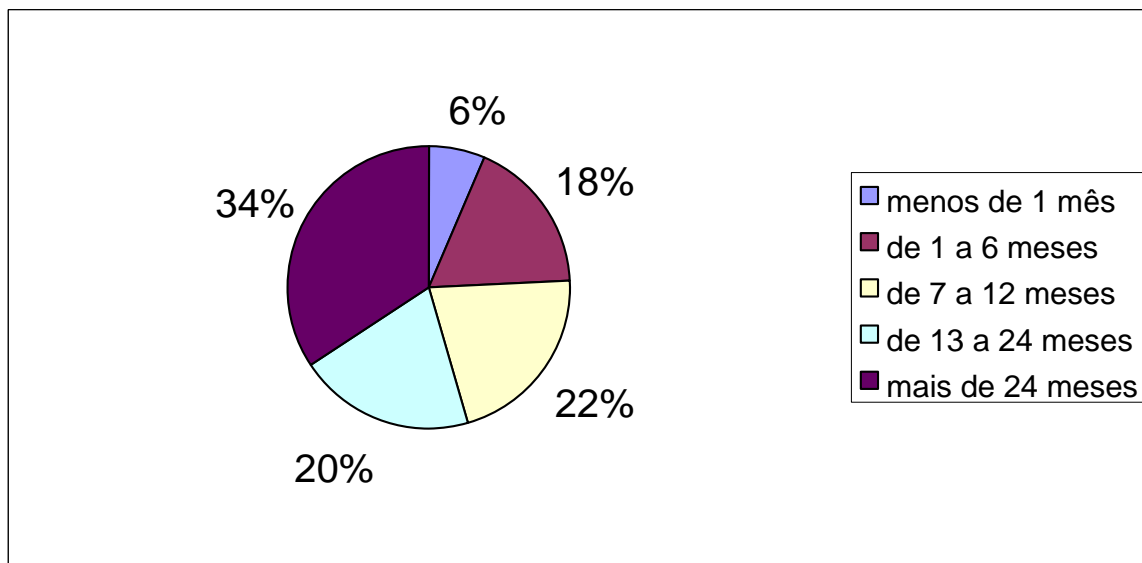


2.83 Alguns gestores utilizam a expressão “leilão” para descrever a freqüente troca de municípios pelos médicos na busca por melhores salários, não hesitando, aqueles profissionais, em se transferirem, até mesmo, por diferenças pequenas de remuneração. Além disso, a procura por melhores condições de trabalho e qualidade de vida também contribuem para as freqüentes trocas.

2.84 Esta equipe de auditoria constatou, no Estado de Alagoas, uma boa prática: a AMA (Associação dos Municípios Alagoanos) vem promovendo encontros periódicos, em que estão sendo discutidas as possíveis soluções para a questão salarial, com vistas à unificação de salários por região, de acordo com as peculiaridades que cada uma apresenta. Outrossim, busca-se uniformizar, dentro do Estado, a forma de contratação dos profissionais das ESF.

2.85 Nas entrevistas realizadas pela Equipe, verificou-se que dos 79 médicos entrevistados, 36 estão atuando na mesma USF há 12 meses ou menos, o que corresponde a 45,56% do total dos médicos entrevistados, conforme demonstrado no Gráfico 07 e na Tabela 04 a seguir. Tal percentual evidencia tendência à referida rotatividade.

**Gráfico 07 – Tempo de Atuação dos Médicos nas ESF**



Fonte: dados coletados nos questionários USF aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

**Tabela 04 – Tempo de Atuação dos Médicos nas ESF**

Tempo de Atuação no PSF	Número de Médicos	%
menos de 1 mês	05	6 %
de 1 a 6 meses	14	18 %
de 7 a 12 meses	17	22 %
de 13 a 24 meses	16	20 %
mais de 24 meses	27	34 %

Fonte: dados coletados nos questionários USF aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU



2.86 Tal evidência ganha relevo se compararmos com dados da pesquisa sobre o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF, realizada pelo MS em 1999, que constatou um percentual de 43,34% dos médicos com um ano ou menos de trabalho na ESF (foram entrevistados 1480 médicos). Na ocasião, atribuiu-se o achado à implantação recente do PSF em muitos municípios. Portanto, seria esperada uma redução desse percentual, fato que não ocorreu, aparentemente.

2.87 Nas entrevistas realizadas com os coordenadores municipais do PSF, quando questionados sobre as razões por que o PSF ainda não havia sido implantado em 100% do município, dos 37 coordenadores entrevistados, 20 responderam que a carência de profissionais (médicos) seria um dos fatores preponderantes (18) ou o único (2).

2.88 Esta equipe colheu relatos, nas visitas que realizou, de que muitos dos médicos do PSF são recém-formados e estão aguardando a oportunidade de serem aprovados em concursos de Residência Médica, o que mostra a falta de qualificação especializada desses profissionais e a maneira como encaram o seu vínculo de trabalho.

2.89 Outros fatores parecem contribuir para a rotatividade e a carência de médicos:

- vínculo contratual de trabalho precário, gerando insatisfação e insegurança não somente nos médicos, mas também nos demais profissionais;
- insatisfação com a USF: excesso de trabalho; dificuldade de acesso ao local de trabalho; falhas no sistema de referência e contra-referência .

A persistência da situação descrita certamente conduzirá às seguintes situações:

- dificuldade de expansão e continuidade do Programa;
- comprometimento do vínculo de responsabilidade e da relação com a comunidade, especialmente no que se refere à sua credibilidade e a da respectiva SMS;
- admissão de profissionais menos preparados.

2.90 Portanto, infere-se que o achado em questão dificulta a atuação permanente e efetiva das equipes de saúde da família junto à comunidade, constituindo-se em óbice à própria reorganização do modelo assistencial.

2.91 Como se sabe, os incentivos financeiros a ações consideradas estratégicas, como o PSF, compõem a parte variável do PAB e são de 2 tipos: um destinado a apoiar a instalação da USF, e outro, repassado mensalmente e relacionado ao número de ESF em atuação e cujo valor oscila segundo o critério de cobertura populacional no município. Isto posto, consideramos factível a associação de outros critérios, que venham a ser incorporados, como por exemplo:

- adicional por tempo de permanência do médico na ESF;
- adicional por tempo de existência da USF;
- adicional por desempenho técnico no período anterior;

2.92 Assim, propomos que o TCU recomende ao DAB/MS que estude a viabilidade de ser modificada a forma de incentivo financeiro federal do PSF (Parte Variável do PAB), levando-se em consideração não apenas o critério de cobertura populacional (quantitativo), mas também aspectos



qualitativos, tais como: adicional por tempo de permanência do médico na ESF; adicional por tempo de existência da USF; adicional por desempenho técnico da USF no período anterior e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação.

### **Forma de Contratação dos Profissionais das ESF**

2.93 Esta equipe observou, nas visitas realizadas, notada insatisfação e insegurança em boa parte dos profissionais das ESF, em decorrência do seu vínculo contratual de trabalho ser, em geral, temporário. Em algumas situações, havia apenas um acordo verbal firmado entre as partes. Saliente-se que os contratos precários, inclusive os citados, privam o trabalhador dos seus direitos sociais.

2.94 Deve-se esclarecer que cabe aos municípios a determinação das formas de seleção, contratação e pagamento dos profissionais das ESF, enquanto o nível federal apenas normatiza as diretrizes. Disso decorre a total ausência de padronização na forma de contratação, seja dentro de um mesmo estado, seja entre as diversas regiões do país.

2.95 Entre todos os profissionais que compõem a ESF, o que apresenta situação mais delicada é o agente comunitário de saúde, que representa o elo entre os serviços de saúde e a comunidade, devendo residir na área em que atua, tendo, portanto, um envolvimento pessoal com a população da micro-região em que atua. Devido a essa peculiaridade, torna-se necessária uma forma de contratação que resguarde o seu estreito relacionamento com a comunidade.

2.96 Por isso, muitos municípios têm enfrentado dificuldades para identificar alternativas de contratação legalmente adequadas. Diante disso, uma Comissão Temática Mista ( Ministério Público, Ministério da Justiça e Ministério da Saúde) foi criada, por intermédio da Portaria nº 001, de 03/01/2000, para tentar identificá-las. Seus representantes entenderam que a forma de contratação, que melhor se amolda ao perfil do Programa, é aquela efetuada por intermédio de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs, através de termo de parceria.

2.97 Esta equipe constatou, nas entrevistas realizadas com os ACS, que, dos 134 entrevistados, 93 se sentiam inseguros com a forma de contratação vigente, o que corresponde a 69,4% do total de entrevistados.

2.98 Ainda, de acordo com as entrevistas, a forma de contratação predominante, no caso dos ACS, ainda é o contrato temporário, enquanto no caso dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem há uma tendência ao equilíbrio entre as contratações temporárias / por prazo determinado e as estatutárias, conforme se observa na Tabela 05.



**Tabela 05 – Forma de Contratação dos Profissionais da ESF**

Forma de Contratação	Médico	%	Enfermeira	%	Auxiliar de Enfermagem	%	ACS	%
Bolsa	4	5%	4	5%	4	5%	11	14%
Cargo comissionado	8	10%	9	11%	1	1%	2	3%
Contrato temporário/ por prazo determinado	18	23%	19	24%	22	28%	26	33%
Cooperado	5	6%	6	8%	5	6%	6	8%
Prestação de serviços	9	11%	9	11%	12	15%	10	13%
Estatutário	19	24%	16	20%	20	25%	2	3%
CLT	9	11%	9	11%	10	13%	14	18%
Outros	7	9%	7	9%	5	6%	8	10%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Fonte: dados coletados nos questionários USF aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.99 Quando as coordenações estaduais do PSF foram indagadas sobre a ocorrência de questionamentos, quanto à legalidade na forma de contratação dos profissionais do PSF, por parte de Tribunais de Contas Estaduais - TCEs, Ministério Público – MP, ou outras demandas junto à Justiça Federal ou Estadual, obtivemos os dados da Tabela 06, evidenciando a existência desses questionamentos em vários estados.

**Tabela 06 – Questionamentos legais quanto à forma de contratação dos profissionais das ESF**

<b>Ministério Público do Trabalho</b>	<b>Ministério Público Estadual</b>	<b>Tribunal de Contas do Estado</b>
PB, PI, RN, RS	DF, PA, PR, RO, SE	PA, PR, SE

Fonte: dados coletados nos questionários SES aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

2.100 Nas visitas realizadas, a equipe encontrou duas boas práticas:

- a Prefeitura Municipal de Rio Grande/RS, através da Lei 5351, de 11/10/99, criou uma Indenização Especial aos Funcionários Públicos Municipais lotados no PSF, sendo paga como ajuda de custo e tendo como pré-requisito a dedicação em tempo integral diurno-noturno.
- no Estado de Alagoas, a AMA (Associação dos Municípios Alagoanos) vem promovendo esforços para resolver a questão da contratação dos profissionais das ESF, conforme relatado no capítulo Rotatividade e Dificuldade na Contratação dos Médicos.



2.101 A persistir, porém, o impasse na forma de contratação, entendemos que o PSF possa sofrer grave ameaça à sua continuidade, com sério comprometimento da relação das ESF com a comunidade, grande desgaste profissional daquelas Equipes, bem como prejudicando a consolidação dos vínculos.

2.102 Considerando o disposto, a Equipe considera oportuno que o TCU recomende ao DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, 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 – CIT, com vistas a orientar os municípios quanto às opções legalmente permitidas para contratação dos profissionais daquelas equipes, em especial, dos agentes comunitários de saúde.

### **3) Capítulo 2 – Acompanhamento, Avaliação e Supervisão do PSF, pela Esfera Estadual e Municipal**

#### **Fiscalização, monitoramento e avaliação do PSF**

Esta equipe de auditoria verificou, nos estudos de caso, bem como na tabulação dos dados levantados nos questionários aplicados, que as coordenações do PSF nos estados, bem como nos municípios, apesar de estar realizando ações de fiscalização, monitoramento e avaliação do Programa, não o fazem de forma rotineira e sistemática.

3.1 De acordo com a Lei nº 8.080, de 19/09/90 (Lei Orgânica de Saúde), art. 17, compete à direção estadual do SUS: acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS (item II).

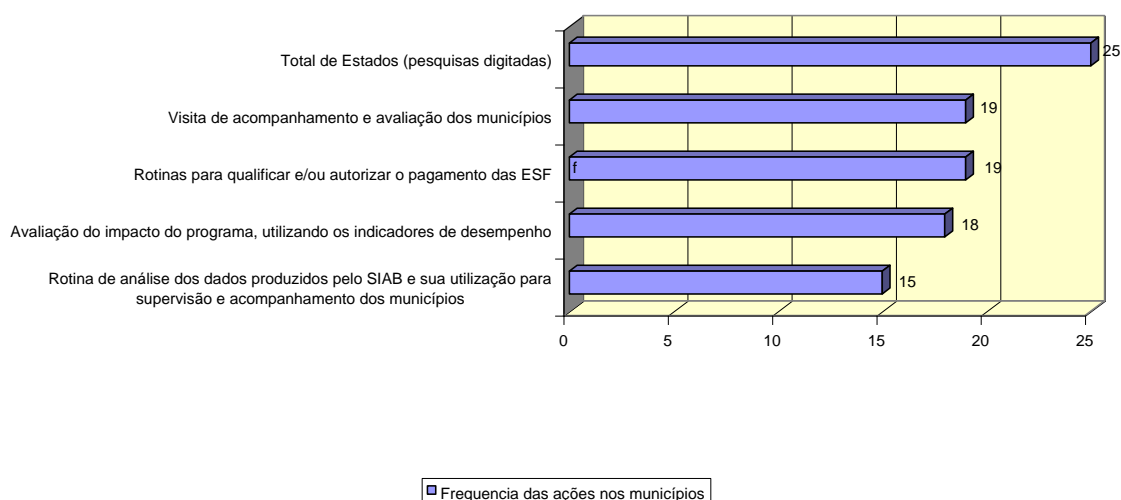
3.2 Já a Portaria GM/MS nº 1.886, de 18/12/97, preconiza que compete às Secretarias Estaduais de Saúde, ou congêneres, entre outras: (1) prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e gerenciamento do Programa; (2) consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional; e, (3) controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informações.

3.3 Assim, esta equipe, entendeu por oportuno, verificar se as Secretarias Estaduais de Saúde teriam desenvolvido critérios e rotinas (documentadas) para visitas de acompanhamento e avaliação dos municípios, para qualificar e/ou autorizar o pagamento das ESF e para análise dos dados produzidos pelo SIAB e sua utilização para supervisão e acompanhamento dos municípios adscritos. Além disso, foi verificado se as Secretarias realizavam avaliação do impacto do Programa, com base nos indicadores de saúde.



3.4 Apesar de a maioria dos Estados ter respondido afirmativamente a essas questões, apenas o Estado do Ceará e o Distrito Federal, apresentaram critérios e rotinas (documentados) para a realização dessas ações de supervisão. Os Estados do Acre, do Amapá, do Maranhão, do Paraná, de Goiás, da Bahia, de Minas Gerais, do Pará, do Piauí, de São Paulo, de Sergipe e do Rio Grande do Norte, informaram que a reduzida quantidade de técnicos alocados à coordenação do PSF é fator que tem limitado a realização rotineira de ações de supervisão junto às USF e ESF dos respectivos municípios. O Gráfico 08 apresenta o resultado da pesquisa realizada nos Estados.

**Gráfico 08 – Ações de Supervisão realizadas pelos estados nos municípios**

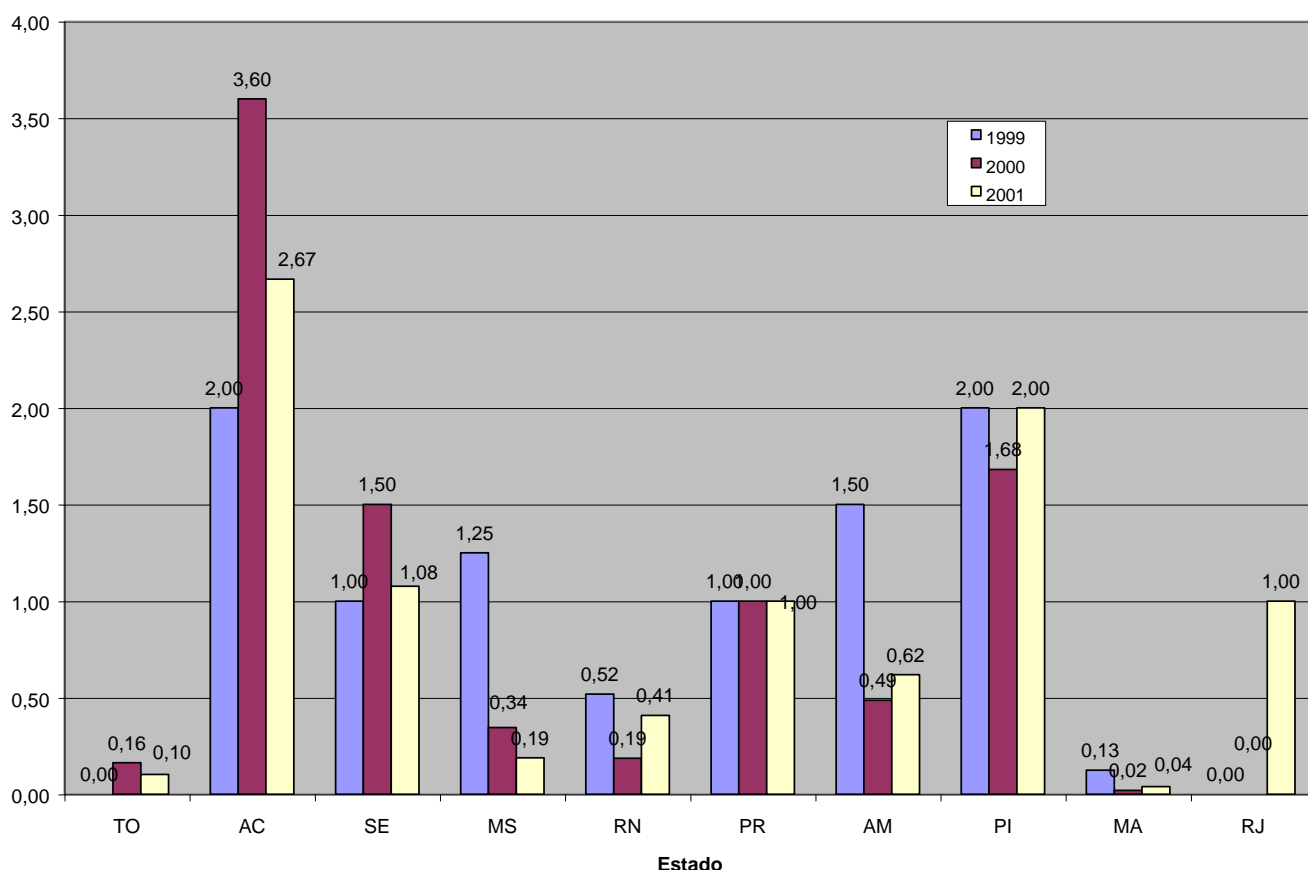


Fonte: dados coletados nos questionários SES aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU



3.5 O Gráfico 09 mostra o número médio de fiscalizações, por parte dos estados, nos municípios de sua abrangência, nos anos de 1999, 2000 e 2001 (até agosto).

**Gráfico 09 – Número médio de fiscalizações por município**



Fonte: dados coletados nos questionários SES aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

3.6 No Ceará, a Célula de Apoio à Organização do Nível de Atenção Primária – CEOAP, subordinada à Secretaria de Saúde, desenvolveu o documento: “Estratégia e Monitoramento da Organização da Atenção Primária à Saúde nos Municípios”, onde são descritas as metodologias e as estratégias de visitas, bem como são apresentados os questionários a serem aplicados. A metodologia de supervisão e os instrumentos a serem utilizados permitem análise objetiva da situação de organização em que se encontram as ESF e o conseqüente planejamento das ações de reorientação do processo de organização da atenção básica nos municípios.

3.7 No Distrito Federal, são realizadas ações de supervisão com a aplicação de questionários, semestralmente, junto às USF e às ESF. Após a realização desses trabalhos, é produzido um relatório, distribuído às USF, que servirá de base para o planejamento das ações relativas ao PSF.

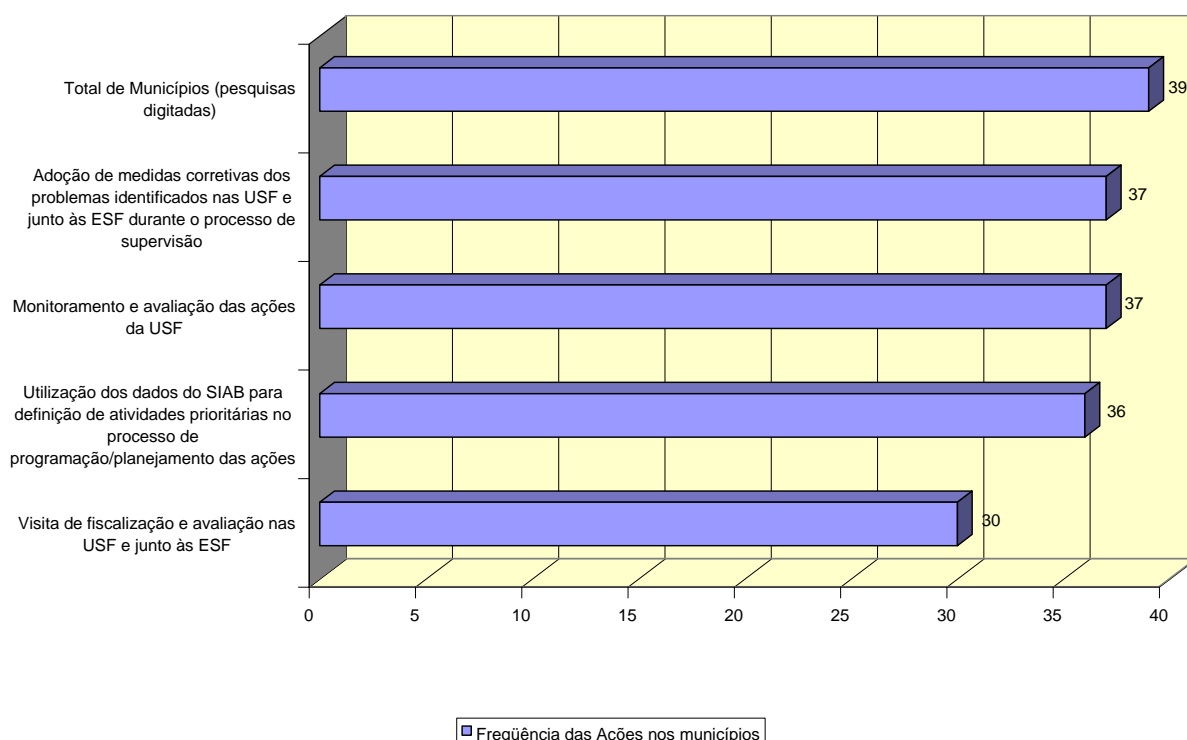


3.8 É de fundamental importância, para que o gestor estadual do PSF tenha um levantamento adequado e confiável sobre as condições de trabalho das ESF, inclusive quanto à composição da equipe (se estão completas ou não), bem como da infra-estrutura da USF, se há falta de medicamentos ou equipamentos, necessários ao desenvolvimento das atividades, que sejam realizadas ações de supervisão, rotineiras e sistemáticas, tanto por parte dos estados (conforme disposto na Portaria GM/MS nº 1.886/97 e a Lei Orgânica da Saúde) como dos Municípios.

3.9 Quanto às Secretarias Municipais de Saúde ou congêneres, compete, entre outras: (1) monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde da Família – USF, através do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do mencionado Sistema.

3.10 Por intermédio da aplicação dos questionários, verificou-se que, dos 39 municípios que foram visitados (por esta equipe ou pelas equipes das SECEXs Regionais), grande parte respondeu afirmativamente às questões, de acordo com o Gráfico 10, entretanto, não foram apresentadas rotinas em forma de documento para as ações de visitas de fiscalização junto às USF e ESF.

**Gráfico 10 – Ações de Supervisão realizadas pelos municípios junto às USF**



Fonte: dados coletados nos questionários SMS aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

3.11 Há que se ressaltar, contudo, que as ações de supervisão dos estados não devem ser concorrentes ou suplementares às dos municípios, mas ser realizadas em cumprimento aos normativos já mencionados, com o intuito de acompanhar e avaliar a organização da atenção básica



nos municípios, possibilitar um mecanismo que subsidie e respalde o atesto mensal das ESF ao MS e apoiar os municípios no que se refere aos aspectos operacionais do PSF.

3.12 O adequado funcionamento das USF e das ESF é condição fundamental para que os vínculos entre os profissionais de saúde e os beneficiários do Programa sejam consolidados, contribuindo para que haja uma melhoria nos indicadores de saúde da população assistida, bem como possibilitar a racionalização do uso dos serviços secundários e terciários de saúde (demais níveis de complexidade) do SUS.

3.13 Dessa forma, propomos que o TCU recomende ao Departamento de Atenção Básica - DAB/MS, que produza manual e o encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma (levando-se em consideração a metodologia utilizada por aquele Ministério quando da realização da Avaliação do PSF, em curso e, ainda, a metodologia utilizada no Estado do Ceará e no Distrito Federal) contendo sistemática de supervisão, acompanhamento e avaliação do PSF a serem realizadas, rotineiramente, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, junto aos municípios com o PSF implantado, que permitam o acompanhamento e a avaliação não só dos aspectos relacionados à infra-estrutura das USF e à existência das ESF, mas também dos aspectos referentes à qualidade de atendimento das ESF junto à população usuária do Programa.

### **Treinamento para gestores do PSF**

3.14 Um dos problemas levantados pelos coordenadores estaduais e municipais do PSF mencionados durante a fase de execução da presente auditoria nos municípios de João Pessoa/PB, Natal/RN, Maceió/AL e Ribeirão das Neves/MG, diz respeito à ausência de treinamento para os gestores do Programa.

3.15 Tal demanda se faz necessária, segundo relatos, ante a descontinuidade administrativa que ocorre a cada mudança nos governos estaduais ou municipais, por ocasião das eleições.

3.16 O conhecimento sobre a filosofia do PSF, conforme já mencionado, é de vital importância, uma vez que a implantação, expansão e consolidação do Programa depende da efetiva participação dos gestores, sem a qual torna-se difícil a operacionalização do Programa, o que pode comprometer os princípios do SUS de universalização do acesso, da integralidade da assistência, da descentralização com comando único em cada esfera do governo e da participação popular mediante o controle social.

3.17 Assim, propomos que o TCU recomende ao Departamento de Atenção Básica - DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e os Pólos de Capacitação, adote as providências necessárias para a promoção de cursos de capacitação dos coordenadores do PSF nos estados da Paraíba, de Minas Gerais, do Rio Grande do Norte e de Alagoas e em outros estados que, porventura, demonstrem interesse na realização do curso.

### **Financiamento tripartite do PSF – Recursos Estaduais**

3.18 Inicialmente, esta equipe de auditoria pretendia levantar o montante dos recursos repassados e gastos na saúde e no PSF, pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), para obter informações sobre como a estratégia de reestruturação da atenção básica estava sendo conduzida nos estados e municípios, do ponto de vista do financiamento. As Tabelas 07, 08 e 09 contendo esses valores serão apresentadas no Apêndice V.



3.19 Entretanto, na maioria dos estados e municípios visitados, não havia a informação sobre o quanto era gasto no PSF, uma vez que não existe normativo para isso. Além do que, a maioria dos municípios apresentaram dificuldades em separar parcelas de despesas realizadas no PSF do montante global aplicado em saúde.

3.20 De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.091, de 26/02/98, que altera dispositivos da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/97, o Piso de Atenção Básica – PAB, parte fixa e parte variável, são destinados exclusivamente ao financiamento da atenção básica de saúde e incentivos às ações, não só do PSF, mas também vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, assistência farmacêutica básica, PACS e combate às carências nutricionais, respectivamente.

3.21 Ademais, dos 25 estados pesquisados (24 mais o DF), 16 (64%) não estão alocando recursos para compor o financiamento tripartite do Programa, em desacordo com a já mencionada Portaria GM/MS nº 1.886/97, sendo que apenas a esfera municipal e a esfera estadual estão financiando o Programa. A Tabela 07 apresenta o levantamento dos Estados que estão repassando recursos para os municípios para investimento no PSF.

**Tabela 07 – Financiamento Tripartite do PSF - Estado**

UF	1999	2000	2001*
AC	0,00	276.648,40	460.331,60
BA	-	4.700.000,00	10.400.000,00
CE	17.500.000,00	19.752.991,04	232.303.318,00
DF	18.019.908,54	-	-
MT	-	608.000,00	2.908.400,00
MS	-	521.750,00	811.750,00
SP	-	16.036.520,34	8.726.933,89
TO	-	4.745.999,99	3.163.999,20

Fonte: dados coletados nos questionários SES aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

\* acumulado até agosto/2001

3.22 Vale ressaltar que alguns Estados, com o intuito de fomentar o nível de atenção básica, estão repassando aos municípios, sob as mais diversas formas, incentivos para implantação, manutenção e/ou expansão do PSF, como por exemplo (informações prestadas pelo DAB/MS e diretamente aos estados, quando da execução da presente auditoria):

- Mato Grosso do Sul: incentivo financeiro anual de R\$ 15 mil por equipe implantada/por ano (área rural); R\$ 12 mil por equipe implantada/por ano (área urbana); R\$ 5,4 mil por equipe de saúde bucal (modalidade I) e R\$ 7,2 mil por equipe de saúde bucal (modalidade II); incentivo adicional de R\$ 3 mil por equipe de saúde bucal implantada (Decreto nº 10.251, de 14/02/2001); bem como a doação de um *kit* com equipamento médico-hospitalar, materiais e móveis de escritório no valor de R\$ 9.000,00, a cada município, quando da implantação do PSF;
- São Paulo: valor médio repassado para custeio a cada equipe, mensalmente, é de R\$ 8,5 mil; incentivos financeiros a 56 municípios, onde vivem comunidades assentadas, e áreas de quilombos (fornecimento de rádios amadores, telefones, charretes, motocicletas, bicicletas, barcos e veículos; construção e reforma de USF); recursos aos Pólos de Capacitação de Campinas e Botucatu.



## TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo  
Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

- Mato Grosso: estímulo à adesão dos municípios ao PACS e ao PSF, tendo como destaque o Programa de Apoio à Saúde Comunitária – PASCAR, em assentamentos rurais, oficializados pelo Incra e pelo Instituto de Terras do Mato Grosso. O pagamento integral dos agentes é feito pelo estado;
- Acre: repasse mensal de R\$ 1 mil para cada ESF implantada, em fase regulamentação;
- Tocantins: financiamento aos municípios da supervisão, acompanhamento, avaliação e seleção dos ACS, bem como repasse de R\$ 1 mil de incentivo a enfermeiros e R\$ 1,5 mil para médicos. A Secretaria Estadual de Saúde cede aos municípios: odontólogos, biomédicos nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímicos e outros profissionais de saúde;
- Paraná: promoção de encontros macrorregionais, regionais, palestras e reuniões com gestores e técnicos municipais; distribuição de 561 kits com equipamentos para as ESF (um estetoscópio, um esfigmomanômetro com braçadeira infantil e adulto, uma lanterna clínica, um otoscópio com jogo de espéculos e doppler);
- Espírito Santo: incentivo mensal de R\$ 2,5 por ESF com cobertura mínima de 80% da população em 45 municípios previamente definidos (com população de até 14 mil habitantes e, no caso de pertencerem a área da SUDENE, 25,5 mil habitantes);
- Sergipe: cessão de veículos, de médicos e enfermeiros para as ESF e de especialistas que compõem a unidade de referência para esclarecimento de diagnóstico, contribuindo para o reordenamento dos níveis de média complexidade;
- Ceará: pagamento dos salários dos ACS, com exceção do município de Fortaleza (pagos pelo próprio município); compra de 57 veículos tipo jipe para 57 municípios com PSF implantados que reduziram a taxa de mortalidade infantil no primeiro semestre de 2001. Está prevista, até o final do ano, a compra de mais 10 veículos;
- Alagoas: a Secretaria de Estado da Saúde incluiu na proposta orçamentária do Estado rubrica de incentivo às equipes do PSF (Fonte 00 – Tesouro do Estado). A previsão orçamentária para 2002 é de R\$ 15.502.500,00. A proposta encontra-se na Assembléia Legislativa.

3.23 O que se pôde verificar de todo este levantamento é que os estados, excetuando-se as boas práticas listadas, pouco têm incentivado o PSF nos municípios de sua área e, tampouco estão repassando recursos para a área da saúde nos municípios.

3.24 A Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2001 – que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Carta Magna e acrescentou o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

3.25 De acordo com o § 2º do art. 98 da CF (alterado pela EC em questão):

*“§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:*



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo  
Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

*"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;*

*"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;*

*"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.*

*"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:"*

*"I – os percentuais de que trata o § 2º;"*

*..... "*

3.26 Como a Lei Complementar, de que trata o § 3º acima reproduzido, não foi editada, o artigo 77, acrescentado ao ADCT, dispôs o que se segue:

*"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:*

*"I – no caso da União:*

*"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;*

*"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;*

*"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e*

*"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º."*

*"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.*

*"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.*

*"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e*



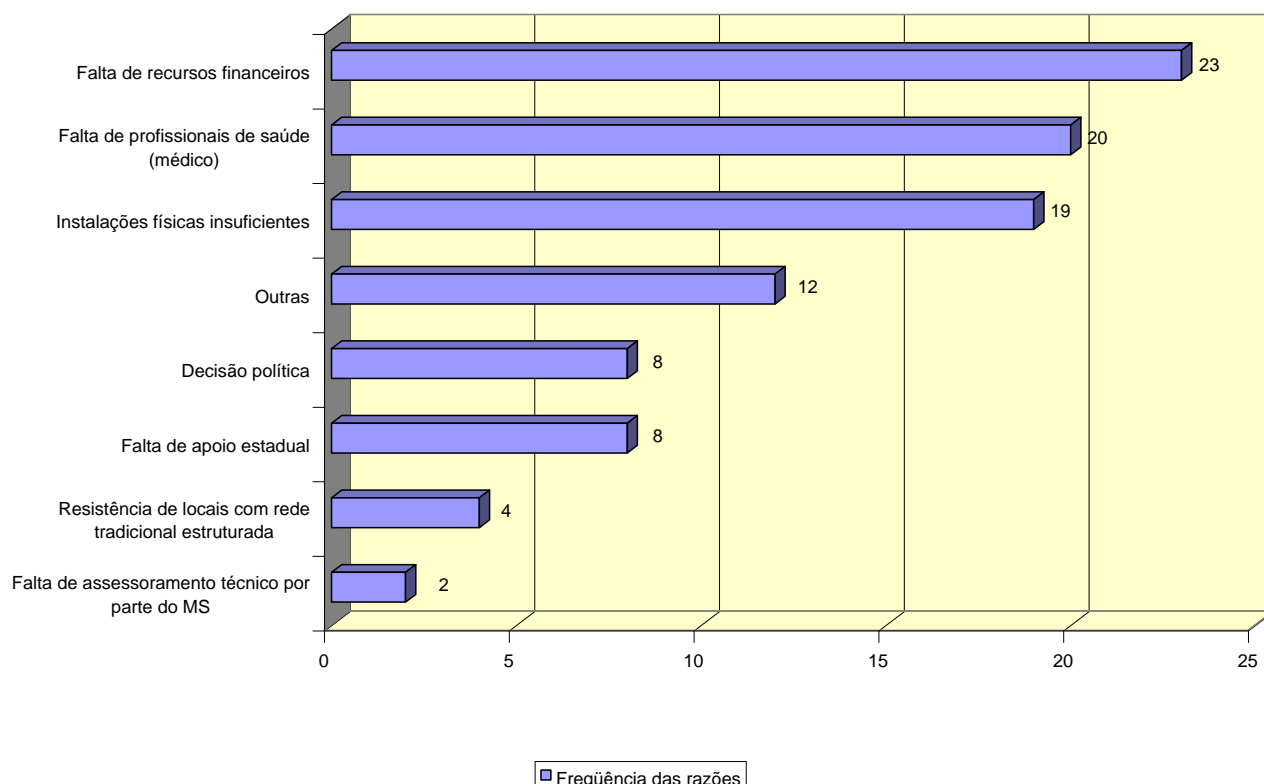
*fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal”.*

3.27 Dessa forma, os Conselhos de Saúde Estaduais deveriam estar acompanhando e fiscalizando o repasse de recursos dos estados aos municípios para as ações e serviços básicos de saúde.

3.28 Além disso, entendemos que o DAB/MS deveria estudar um percentual mínimo desses recursos que devem ser transferidos pelos estados aos municípios, que necessariamente deveriam ser investidos no PSF, já que o Programa tem um papel de suma importância dentro do SUS, por se tratar de uma estratégia que pretende reorganizar o primeiro nível de atenção à saúde. Tal percentual deveria ser discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à sua implementação.

3.29 Outro fato a ser ressaltado, que reforça o pouco investimento dos estados nos municípios com o Programa implantado ou em fase de expansão, diz respeito às razões pelas quais o PSF não teria sido implantado em 100% dos municípios. O Gráfico 11 demonstra a ocorrência das razões, apontadas pelas 39 coordenações do PSF, nos municípios.

**Gráfico 11 – Razões para a não implantação do PSF em 100% dos municípios**



Fonte: dados coletados nos questionários SMS aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU

3.30 Como se pôde observar, as razões que mais têm limitado a expansão do PSF nos municípios são: falta de recursos financeiros (59% dos municípios pesquisados); falta de profissionais de saúde – médico (51%) e instalações físicas insuficientes (49%). Parece-nos que tais



razões tenderiam a ser minimizadas se a esfera estadual contribuísse com o financiamento do PSF, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.886/97, que preconiza o financiamento tripartite do Programa.

3.31 Assim, propomos que o TCU recomende aos Presidentes dos Conselhos de Saúde Estaduais<sup>12</sup> 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 CF por intermédio da Emenda Constitucional nº 29/2000.

3.32 Propomos, ainda, que o TCU recomende ao DAB/MS que 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 para serem investidos no PSF, já que o Programa tem um papel de suma importância dentro do SUS, por se tratar de uma estratégia que pretende reorganizar o primeiro nível de atenção à saúde. Tal percentual deveria ser discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação, preferencialmente, mediante a criação de dotação orçamentária específica para o PSF nos orçamentos estaduais e municipais.

#### **4) Capítulo 3 – Evolução dos Indicadores nas localidades onde o PSF está implantado**

4.1 Esta equipe de auditoria selecionou os seguintes indicadores para estudo: taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis, número de óbitos em menores de 1 ano de idade por diarreia, número de óbitos em maiores de 28 dias e menores de 11 meses, número de internações por AVC na população de 30 a 59 anos, número de internações por diarreia em menores de 5 anos, número de internações por infecção respiratória aguda – IRA em menores de 5 anos.

4.3 O acompanhamento dos indicadores de saúde é um dos principais critérios para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. É princípio do SUS a “*utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática*” (Lei 8.080/90, art. 7º, VII). A relevância do acompanhamento dos indicadores de saúde foi salientada mediante o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que servirá “*de base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal*” (Portaria MS/GM nº 723/2001).

4.4 Selecionaram-se aqueles indicadores mais sensíveis, a curto prazo, às ações inerentes ao PSF, porque, na maior parte dos municípios, o Programa teve implantação recente. Dos indicadores selecionados pela equipe para o exame não foi possível fazer a avaliação com o indicador de número de internações por acidente vascular cerebral – AVC na população de 30 a 59 anos por limitações na base de dados disponível.

#### **Avaliação da evolução dos indicadores de saúde**

4.2 Houve uma evolução positiva em alguns indicadores de saúde, nas populações atendidas pelo PSF. Utilizou-se a base de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para realizar a análise, considerando-se o período de 1998 a 2000.

4.5 O tempo de desenvolvimento do PSF ainda não é suficiente para que se possa realizar, com o rigor necessário, a avaliação de impacto do Programa. Nesse aspecto, é oportuno reproduzir trecho do trabalho “Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde /

<sup>12</sup> Conselhos Estaduais de Saúde - órgão de controle social estadual.



Programa de Saúde da Família (PACS/PSF)” apresentado no seminário “Eficiência em Gestão de Programas Sociais”, promovido pelo IPEA em 31/08/2001, no Rio de Janeiro:

*“Essa análise preliminar de impacto do programa sobre condições gerais de vida, no entanto, só poderá ser feita a longo prazo; portanto, o que teremos aqui nesse projeto é uma contextualização desses indicadores do processo de instalação desses programas, mantendo a proposta de em um outro momento avaliar a interação entre as ações programáticas em si e os resultados globais na população-alvo, bem como a geração de subsídios para que a avaliação atual possa ser mantida em etapas posteriores (follow-up).”* (Alexandre Marinho, Arlinda Barbosa Moreno, Luciana Tricai Cavalini)

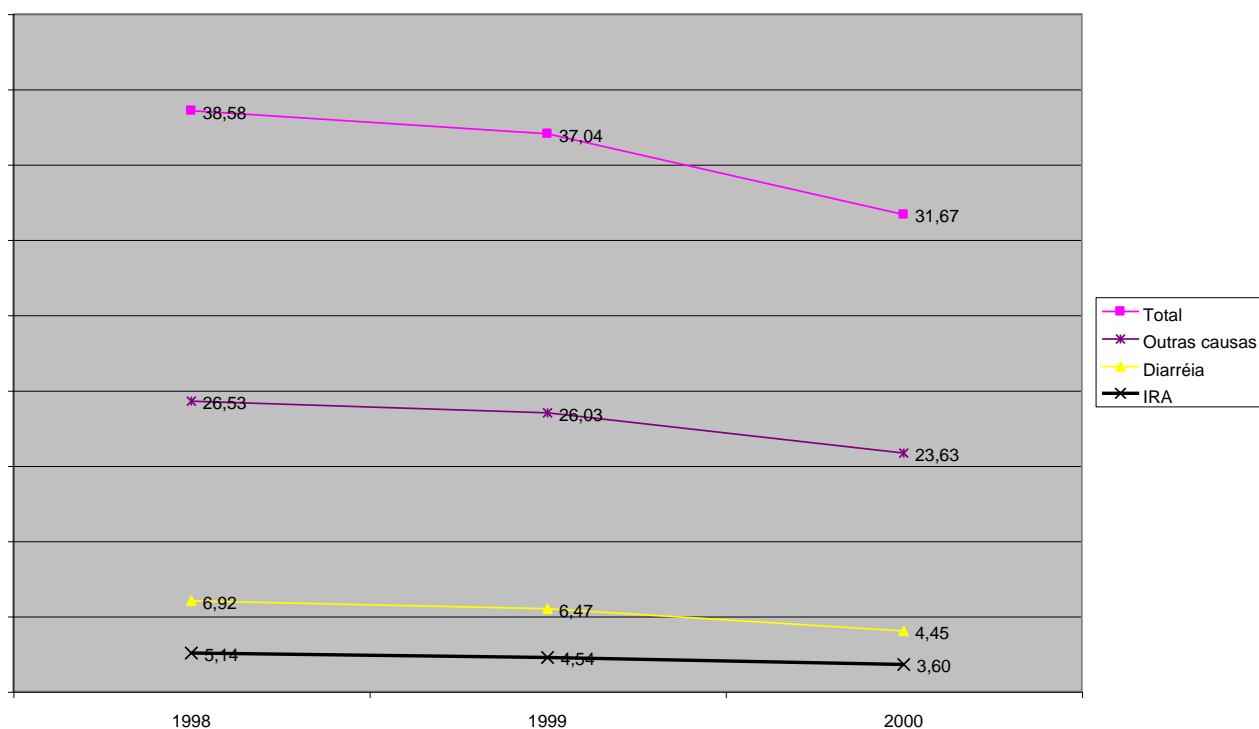
4.6 A dificuldade em obter fontes de indicadores confiáveis também prejudica a aferição do desempenho do PSF. Por exemplo, os dados mais recentes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Ministério da Saúde, são de 1998. A ausência de informações sobre 1999 e 2000 impede a utilização do SIM para avaliação, porque foi a partir de 1998 que o PSF iniciou a sua expansão de cobertura. Mesmo nas “Notas Técnicas” da Portaria MS/GM nº 723/2001, que aprovou a composição do “Pacto dos Indicadores da Atenção Básica”, foi registrada uma série de possíveis limitações para a utilização dos sistemas do Ministério: *“sub-registro de óbitos de menores de um ano de idade e de nascidos vivos, erro na definição de nascido vivo, erro na informação de idade de criança na declaração de óbito”*.

4.7 Como alternativa, foram utilizados os dados do SIAB para verificar a tendência dos indicadores. Esse sistema foi desenvolvido pelo DATASUS especialmente para o gerenciamento das informações obtidas no âmbito dos Programas PACS e PSF. Duas ressalvas devem ser feitas com relação ao SIAB: i) as informações contidas dizem respeito somente à população coberta pelo PACS ou PSF e não a toda população do município; ii) há um elevado nível de inconsistências nos dados informados, tendo sido necessário trabalhar com um universo reduzido de municípios (aquilo que se convencionou chamar de “base limpa” do SIAB). Portanto, as tabelas e gráficos apresentados a seguir devem ser interpretados de modo a refletir sobre a tendência de evolução dos indicadores e não sobre os seus valores absolutos.

4.8 Pode-se verificar, no Gráfico 12, que há uma tendência de queda das taxas de mortalidade infantil para parte da população coberta pelo PSF (1451 municípios sem inconsistências detectadas na alimentação do SIAB, abrangendo somente a população coberta pelo PSF). Observa-se também que a redução é mais acentuada a partir de 1999, tanto na mortalidade infantil total como naquela causada por infecções respiratórias agudas ou por diarreia. Apenas a título ilustrativo, cita-se que “a Cúpula Mundial da Criança estabeleceu como meta para o Brasil no ano 2000 a taxa de 30 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos”.



**Gráfico 12 – Taxas de Mortalidade Infantil**



Fonte: SIAB (1451 municípios, somente população coberta)

**Tabela 08 – Taxas de Mortalidade Infantil**

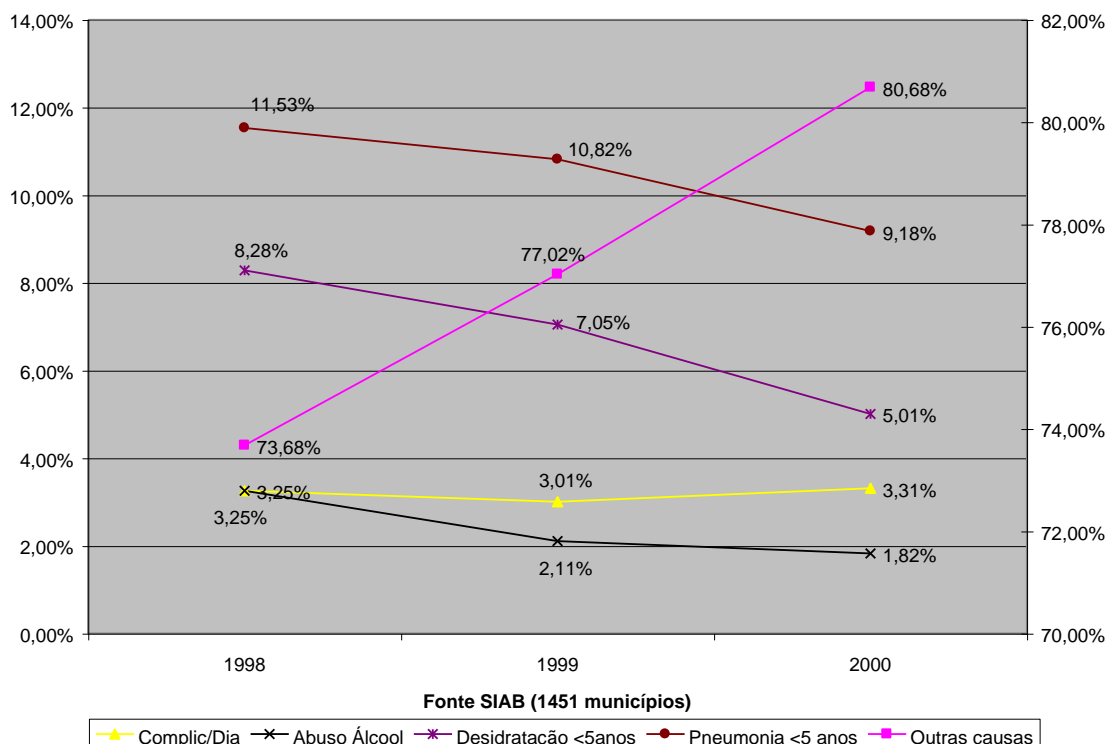
Ano	Nascidos Vivos	Total		Diarréia		IRA		Outras Causas		Proporção de óbitos 28 dias a 1 ano	
		Nº	‰	Nº	‰	Nº	‰	Nº	‰	Nº	%
1998	36414	1405	38,58	252	6,92	187	5,14	966	26,53	754	53,67%
1999	141739	5250	37,04	917	6,47	643	4,54	3690	26,03	2886	54,97%
2000	293490	9296	31,67	1306	4,45	1056	3,60	6934	23,63	4500	48,41%

Fonte: SIAB (1451 municípios abrangendo somente a população coberta pelo PSF)

4.9 As taxas de hospitalização relacionadas a algumas causas que podem, mais facilmente, ser evitadas mediante o trabalho preventivo do PSF também sofreram redução. No Gráfico 13, é possível observar a tendência de queda das taxas de internação por abuso de álcool, diarreia e pneumonia. Uma constatação interessante é o aumento das internações por outras causas. Isso se deve, muito provavelmente, a uma demanda reprimida (consiste nos casos que não seriam diagnosticados, não fosse pela atuação da equipe de saúde da família).



**Gráfico 13 - Hospitalizações**



**Tabela 09 – Hospitalizações**

Ano	Total Hospitalizações	Outras Causas		Complicação por diabetes		Abuso de Álcool		Desidratação (<5 anos)		Pneumonia (<5 anos)	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1998	34522	25435	73,68%	1123	3,25%	1123	3,25%	2859	8,28%	3982	11,53%
1999	177853	136990	77,02%	5347	3,01%	3748	2,11%	12530	7,05%	19238	10,82%
2000	420911	339600	80,68%	13931	3,31%	7674	1,82%	21067	5,01%	38639	9,18%

Fonte: SIAB (1451 municípios abrangendo somente a população coberta pelo PSF)

4.10 A realização de estudos de caso nos 26 Estados, mais o Distrito Federal (embora, conforme já explicado, não constam os dados dos Estados de Tocantins e Espírito Santo), permitiu obter uma avaliação pessoal dos coordenadores estaduais e municipais do Programa sobre o impacto do PSF. Embora tenha sido uma avaliação subjetiva, obtida mediante entrevista, pode ser utilizada como parâmetro para caracterizar a tendência positiva de alguns indicadores de saúde.

4.11 O conhecimento dos coordenadores sobre as características regionais permite isolar outras ações que possam interferir no desempenho dos indicadores. Em alguns municípios (Maracanaú/CE, Caruaru/PE, Palmeira dos Índios/AL), existem “Salas de Situação” onde são afixados gráficos com a evolução dos indicadores de saúde para fins de divulgação para a população. Em Sergipe, os indicadores são divulgados nas assembléias do COSEMS e nos treinamentos realizados, sendo os dados do SIAB cruzados com informações de outros sistemas



(SIM, SINASC e PNI). Assim, parece ser possível utilizar a avaliação subjetiva, obtida mediante entrevistas, para corroborar a tendência de melhoria dos indicadores. Na tabela 10, estão consolidados os resultados das entrevistas com os gestores municipais e estaduais.

**Tabela 10- Avaliação subjetiva dos coordenadores regionais sobre o impacto do PSF**

Na sua opinião, é possível afirmar que o PSF está tendo impacto relevante em quais das seguintes áreas?	Coordenadores Estaduais (25 entrevistados)	Coordenadores Municipais (39 entrevistados)	Global (64 entrevistados)
Taxa de mortalidade infantil	😊 64%	😊 60%	😊 63%
Taxa de óbitos em crianças entre 28 dias e 11 meses	😊 69%	😊 48%	😊 61%
Nº atendimentos ambulatoriais por diarreia em menores de 5 anos	😊 59%	😊 68%	😊 63%
Nº atendimentos ambulatoriais por infecção respiratória aguda (em < de 5 anos)	😊 59%	😊 64%	😊 61%
Nº de internações por AVC na população de 30 a 59 anos	😞 38%	😞 36%	😞 38%
Assistência pré-natal	😊 82%	Não questionado	😊 82%

Legenda: 😊 - pelo menos 60% dos entrevistados concordam que o impacto foi positivo  
😊 - entre 40% e 60% dos entrevistados consideram que o impacto foi positivo  
😞 - menos de 40% dos entrevistados consideraram que houve impacto positivo

Fonte: dados coletados nos questionários SES e SMS aplicados em 26 estados pelas equipes do TCU

4.12 Embora não tenha sido possível aplicar técnicas com maior rigor metodológico para avaliar o impacto do Programa, a equipe considera razoável atribuir a evolução positiva dos indicadores de saúde, pelo menos em parte, às ações do PSF. O exame dos indicadores relativos à população coberta pelo Programa, aliado à reflexão dos coordenadores regionais (entrevistas) sobre o seu impacto, sugere a relação de causa e efeito. Contudo, somente com a ampliação da cobertura do Programa e a melhoria na confiabilidade da coleta dos dados – que constituirão os indicadores – permitirão a realização da análise do impacto.

4.13 A tendência de melhora dos indicadores de saúde deve servir de estímulo aos gestores do PSF para continuidade e aperfeiçoamento do Programa. Nesse sentido, a pactuação de metas para os indicadores de saúde prevista na Portaria MS/GM nº 723/2001, o “Pacto de Indicadores da Atenção Básica”, foi uma iniciativa bastante louvável do Ministério da Saúde. No entanto, há que se considerar que o monitoramento dos indicadores de saúde ainda não atingiu a situação ideal nas três esferas do SUS.

4.14 Com o intuito de aperfeiçoar o acompanhamento dos indicadores de saúde, seria interessante que o Ministério da Saúde procedesse à disseminação, entre os municípios, da importância da criação de salas de situação. Assim, não só os gestores municipais seriam estimulados a, efetivamente, acompanhar os indicadores, como seria permitido o acesso à população dessas informações, incrementando o controle social.

4.15 O processo de regionalização da assistência, em implementação pelo Ministério da Saúde, permitirá a avaliação do impacto do PSF sobre a produção ambulatorial e hospitalar da rede



SUS. A definição do processo de regionalização da assistência foi estabelecido na Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001 aprovada pela Portaria MS/GM nº 95/2001). Os novos modelos de gestão criados, assim como o início da utilização do Cartão SUS, que identifica unicamente o beneficiário, propiciarão melhores ferramentas ao MS, a fim de verificar o impacto do PSF na produção ambulatorial e hospitalar da Rede SUS. Portanto, é oportuno, também, que o TCU reitere, no que toca ao PSF, a orientação expedida na Decisão nº 955/1999-Plenário (DOU 10/10/2001) que determinou à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que:

*“8.6.2. promova estudos com o objetivo de acompanhar e avaliar a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família – PSF, bem como o seu impacto sobre os indicadores de saúde e a produção ambulatorial e hospitalar dos municípios beneficiados.”*

### **SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica**

4.16 O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) tem apresentado um grau de inconsistência muito elevado nos seus dados. Várias causas concorrem para isso, principalmente, a falta de informatização das unidades de saúde da família. A falta de informações confiáveis no sistema pode comprometer o acompanhamento do Programa e dificultar o estabelecimento de prioridades de ação em saúde.

4.17 O SIAB foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde de família (Portaria MS/GM nº 1.886/97, Anexo 2, item 1.11). A importância da correta inserção de informações no SIAB é tal, que a Portaria GM/MS nº 157/98 (art. 12) determina a suspensão da transferência de recursos do PSF caso os municípios deixem de alimentar o sistema por dois meses consecutivos ou três alternados.

4.18 Cerca de metade dos municípios com o PSF implantado tiveram problemas de frequência e/ou inconsistência na alimentação do SIAB. Ainda na fase de planejamento, a equipe obteve a base de dados completa do sistema, tendo sido encontradas incongruências, principalmente, relacionadas à frequência de alimentação dos dados (falta ou duplicidade).

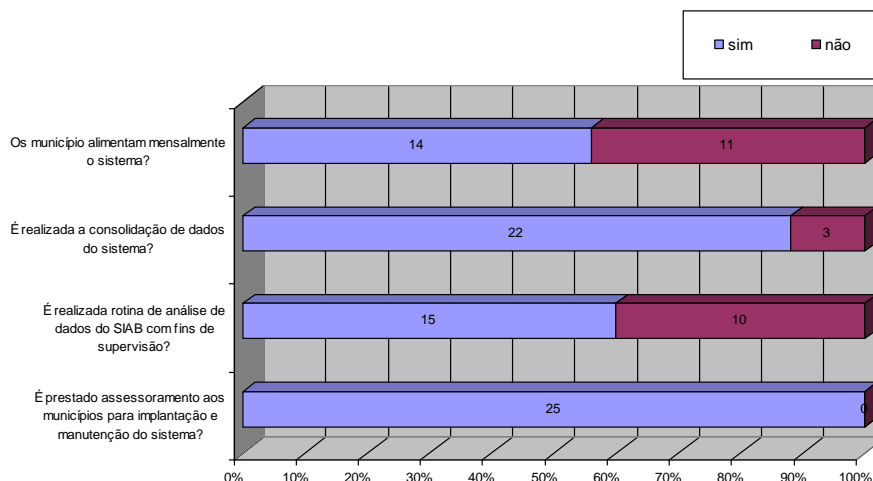
4.19 Para contornar o problema, os técnicos do Ministério da Saúde indicaram a utilização de uma “base limpa” da qual foram excluídos aqueles municípios que apresentaram inconsistências mais facilmente identificáveis. De 3.230 municípios com pelo menos 1 equipe de saúde da família em jul/2001 (planilha de cobertura fornecida pelo MS), apenas 1451 permaneceram na “base limpa” (45%).

4.20 Os principais critérios para a exclusão de municípios da base usados pelos técnicos do MS são: quantitativos de famílias ou pessoas muito pequenos; relação de pessoas por família muito elevada; desproporção entre pessoas do sexo masculino e feminino; ausência de pessoas em determinados grupos etários; falta ou duplicidade na frequência de alimentação dos indicadores de saúde (deve ser uma vez por mês); ou irregularidades visíveis na coleta dos indicadores (taxa de mortalidade infantil maior que 1000 por 1000 nascidos vivos, por exemplo).

4.21 Os estudos de caso realizados também evidenciaram os problemas de alimentação de dados pelos municípios. Apenas 14 estados (de 25 consultados) informaram que os municípios alimentam regularmente o SIAB, embora todos afirmem prestar assessoramento aos municípios com relação à manutenção do sistema. Nos 11 estados que informaram ter problemas, em 9 a inadimplência é inferior a 10%. No Gráfico 14, estão representados os resultados das entrevistas.



Gráfico 14 - SIAB



4.22 Os motivos que prejudicam a qualidade dos dados do SIAB são os mais variados, alguns deles já tratados nas questões anteriores. Falta de microcomputadores nas unidades, sobrecarga de trabalho dos membros da equipe e falta de apoio administrativo são algumas. Observou-se que apenas 15 estados afirmam possuir rotina de verificação de dados, o que poderia ser contornado com a padronização das rotinas pelo MS. Com relação à informatização das 79 unidades de saúde da família visitadas, apenas 39% têm computadores.

4.23 O sistema foi desenvolvido como ferramenta gerencial nas três esferas da Rede SUS, mais um módulo regional e outro para a unidade de saúde. É muito provável que um número muito grande de inconsistências nos dados do SIAB seja devido a erros de digitação. Essas falhas poderiam ser evitadas se cada equipe pudesse alimentar o sistema e conferir as informações. Além do mais, a própria equipe poderia emitir relatórios diários para programar atividades e acompanhar o desempenho da unidade.

4.24 Nas entrevistas realizadas nos estudos de caso, surgiram referências a respeito da necessidade de adequar o SIAB às necessidades das coordenações municipais e estaduais. Foram mencionadas as seguintes dificuldades:

- a) o módulo estadual não permite visualizar os dados sobre a composição das ESF (o que era possível com o antigo sistema CAPSI), dificultando as atividades de supervisão do estado;
- b) as coordenações municipais têm problemas para disponibilizar as informações do SIAB às ESF, sendo necessário um módulo específico para gerar informações para cada USF;
- c) o SIAB não contempla todas as informações necessárias para acompanhamento das condições de saúde das famílias.

4.25 O parágrafo 8º do art. 39 da Lei 8.080/90 destaca a importância da utilização dos sistemas nacionais pelas secretarias municipais e estaduais de saúde:

“§ 8º. O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será



*assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.”*

4.26 Decorre daí a necessidade de que o Ministério da Saúde amplie a discussão com estados e municípios sobre o aperfeiçoamento do SIAB. Recomendar-se-á adiante ao MS que ofereça espaço para melhoria do sistema, de forma que atenda às necessidades das outras esferas de governo.

4.27 Os erros e falhas de alimentação do SIAB dificultam a tomada de decisão com relação a ações de saúde. Um sistema com dados inconsistentes pode levar ao estabelecimento de prioridades equivocadas não só nas três esferas de gerência, como nas próprias USF. Outra consequência da falta de alimentação de dados é a suspensão de recursos para os municípios, que embora possa parecer uma medida extrema, é essencial para a melhoria da qualidade das informações do SIAB.

4.28 Ainda que o SIAB apresente os problemas mencionados, deve ser reconhecido como um instrumento muito bom de monitoramento da saúde. Além de um conjunto bastante completo de marcadores sobre a saúde, contém informações sobre condições da habitação, composição e alfabetização das famílias, situação das habitações e produção das ESF. Um aspecto interessante do SIAB é a possibilidade de coleta de informações, que só o trabalho do ACS permite. Dois professores do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) publicaram trabalho no qual é feita essa análise:

*“Mais do que isso, uma vez que o agente é um morador da comunidade onde trabalha, suas informações realizam-se em determinados contextos; em outras palavras, a produção da informação se processa em contextos de relações contínuas, em um processo dinâmico de recontextualização da realidade das famílias. Fica então relativizada a existência de uma objetividade absoluta na captação dos dados; há, no entanto, uma subjetividade, uma história subjacente à informação, quantitativa ou qualitativa, com a qual a equipe trabalha. Tal fato é muito importante no trabalho do PSF, pois a subjetividade do agente possibilita que se colem dados/informações que, muitas vezes, os instrumentos tradicionais não permitem. Ou seja, a estrutura do PSF concede à equipe identificar quais são as famílias a serem atendidas, quais os principais problemas que acometem a população, quais os determinantes sociais que geram tais problemas e como a população percebe e enfrenta os problemas referidos.”* (“O Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB, como Instrumento de Trabalho da Equipe no PSF: a Especificidade do Enfermeiro” por Lúcia Yasuko Izumi Nichiata e Lislaine Aparecida Fracolli. [http://www.dreamaker.com.br/ids/enfermagem/tema1/texto6\\_1.asp](http://www.dreamaker.com.br/ids/enfermagem/tema1/texto6_1.asp))

4.29 Com o intuito de diminuir o nível de inconsistências no SIAB e adequar o sistema às necessidades de municípios e estados, esta equipe propõe que o TCU recomende ao DAB/MS que, em conjunto com o DATASUS (gestor do SIAB):

- a) promova a conscientização dos gestores municipais e estaduais a respeito da importância da informatização das USF e da realização permanente de treinamentos, quanto à operação e manutenção do SIAB;



- b) produza rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB para uso pelas USF, municípios e estados.
- c) crie oportunidades para que municípios e estados apresentem sugestões para aperfeiçoamento do sistema, implementando-as na medida do possível.

## 5) Indicadores de Desempenho

5.1 Com relação aos indicadores de desempenho, conforme já mencionado no presente Relatório, vale ressaltar o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, que se constitui em instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica (Portaria nº 723, de 20/05/2001). Nesse instrumento, foram definidos indicadores que devem ser pactuados pelos estados (19 indicadores), pelos municípios com menos de 80.000 habitantes (17 indicadores) e pelos municípios com população maior ou igual a 80.000 habitantes (17 indicadores).

5.2 O Pacto serve não só de base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal (de acordo com a NOAS/SUS nº 01/2001), mas também para o processo de avaliação da atenção básica, estabelecido na Portaria GM/MS nº 3.925/98.

5.3 Ademais, em recente avaliação do PSF a Gerente do Programa, Heloiza Machado, sugeriu a criação de mais dois indicadores, no sentido de se medir a redução da mortalidade proporcional por doença diarreica aguda e por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos e/ou de 1 ano, na população coberta por ACS e ESF (vide Relatório Anual de Avaliação – Exercício de 2000, do Plano Plurianual – PPA – Avança Brasil).

5.4 Dessa forma, esta equipe entende ser desnecessária a sugestão de criação de novos indicadores de saúde para acompanhamento da atenção básica e do PSF.

5.5 Entretanto, entendemos que alguns indicadores para avaliação de processo podem ser sugeridos ao PSF, que auxiliarão no monitoramento das recomendações ora propostas. Talvez o cálculo de alguns dos indicadores dependa de modificações nos sistemas de informática, empecilho, possivelmente, contornável a curto prazo. A seguir relacionam-se os indicadores sugeridos:

1- **Tempo médio de permanência dos médicos ( $t_p$ ):** Média do tempo de atuação dos médicos em suas respectivas equipes, em meses. A evolução temporal (mensal, semestral ou anual) desse indicador permitirá aferir se a questão da rotatividade do médico nas ESF foi solucionada. O indicador poderá ser calculado também por unidade de federação ou município para detectar problemas regionais ou experiências positivas. O cálculo desse indicador torna-se viável graças à obrigação de atualização mensal dos dados cadastrais dos profissionais integrantes do PSF (Portaria MS/GM nº 1.013, art. 1º, parágrafo único). Abaixo está a fórmula sugerida para cálculo do indicador:

$$t_p = \frac{\sum_{i=1}^n (dt_{atual} - dt_i)}{n \times 30}$$

Onde:

$t_p$ : é o tempo médio de permanência dos médicos

$dt_{atual}$ : é a data de aferição do indicador;

$dt_i$ : é a data de início do trabalho do médico na equipe;

$n$ : é o nº de ESF;

Obs.: a diferença entre as datas é calculada em dias.



2- **Número médio por equipe de pessoas cadastradas ( $n_c$ ):** O indicador poderá ser calculado periodicamente, por estado e por município, possibilitando o acompanhamento do ritmo com que a expansão do PSF está sendo efetuada de forma a garantir que as ESF possam ser resolutivas. Permitirá também verificar se os parâmetros máximos e mínimos do MS para a população vinculada à ESF estão sendo observados.

$$n_p = \frac{\sum_{i=1}^n (pop_i)}{n}$$

Onde:

$n_p$  é a média do número de pessoas cadastradas por ESF

$pop_i$  é o número de pessoas cadastradas em cada equipe

$n$  é o número de ESF

3- **Número médio de famílias cadastradas, por ACS ( $n_f$ ):** – o indicador, ora proposto, servirá para que o MS acompanhe se a expansão do PSF está sendo efetuada de forma a propiciar ao ACS condições necessárias ao desenvolvimento das ações de sua competência;

$$n_f = \frac{\sum_{i=1}^n \left( \frac{N_{fam_i}}{N_{ACSi}} \right)}{n}$$

Onde:

$n_f$  é o número médio de famílias atendidas por ACS

$N_{fam_i}$  é o número de famílias cadastradas para a ESF

$N_{ACSi}$  é o número de ACS que trabalham na ESF

$n$  é o número de ESF

4- **Número de supervisões estaduais por ano ( $n_{UF}$ ):** É calculado por estado, por ano. Verifica o acompanhamento deste indicador servirá para que o MS acompanhe se o Estado está cumprindo com o seu papel de supervisão do PSF junto aos municípios.

**$n_{UF}$**

é o número de supervisões realizadas pela coordenação estadual em determinado exercício.

## 6) Comentários do Gestor

6.1 Nos termos do item 6.5 do Capítulo VI do Manual de Auditoria de Natureza Operacional, aprovado pela Portaria nº 144/2000 – TCU, a versão preliminar deste Relatório foi remetida à Gestora do Programa e Diretora do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS, com a finalidade de se obter os comentários pertinentes sobre as questões analisadas.

6.2 Em atenção, a Sr<sup>a</sup> Diretora encaminhou, por intermédio do Ofício nº 752/01 – DAB/SPS/MS, de 19/12/2001, fls. 75, seus comentários, fls. 76 a 86, cujo teor examinamos a seguir.

6.3 Inicialmente, a Sr<sup>a</sup> Diretora manifestou o reconhecimento pela qualidade do trabalho desenvolvido pela equipe de auditores, considerando que houve uma adequada compreensão sobre os princípios e diretrizes que norteiam o PSF, apesar do restrito tempo em que a auditoria foi desenvolvida. Ademais, registrou a disponibilidade da equipe em ouvir os técnicos daquele Departamento, de acatar as críticas e sugestões e de pesquisar toda a documentação técnica e normativa existente.



6.4 Por fim, a Sr<sup>a</sup> Diretora afirmou que a atividade de auditoria apresentou-se “*como inovadora na construção de uma nova interação e de uma nova compreensão do processo de avaliação junto ao Tribunal de Contas da União.*”

6.5 Com relação ao item II e subitens a a g do relatório, que trata das recomendações ao DAB/MS, a gestora fez os comentários que a seguir são analisados.

6.5.1 **a)** estude novo parâmetro máximo de cobertura de pessoas para cada ESF e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação;

6.5.1.1 **manifestação da gestora:** a proposta brasileira da atenção básica se difere das de outros países por contar com uma equipe composta por médico e enfermeiro, o que modifica a base de cálculo de profissional/habitante. A tabela 1 do relatório (página 13) não leva em conta essa particularidade. Nos outros países a assistência é centrada na figura do médico o que gera uma demanda maior para esse profissional. Ademais, a carga horária de trabalho desses profissionais nos diversos países é diferente. As ESF devem cumprir uma jornada de 40 horas semanais, o que permite uma maior cobertura populacional. A cobertura por ESF tem um parâmetro referencial médio de 3.450 pessoas, e considerando a meta nacional de 1,5 consultas/hab/ano tem-se uma média de cerca de 450 consultas por médico mês (excluído o mês de férias anuais). Deve ser considerado, ainda, que existe, na maioria dos municípios, um percentual da população coberta que possui planos de saúde privados, o que permitiria a aceitação de até 4.500 pessoas por ESF. Dessa forma, avalia-se que o atual parâmetro proposto não é exagerado, mas deve-se corrigir as distorções de ESF com populações adscritas superiores a 4.500 pessoas, e avaliar a redução da cobertura ao máximo de 4.000 habitantes. O “Guia Prático do Programa Saúde da Família”, publicado em novembro de 2001, traz orientações no sentido de recomendar que “*cada ESF acompanhe entre 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas*”. Outra recomendação: “*a proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. Onde o risco é maior, recomenda-se que a população atendida seja menor, para que a ESF possa se dedicar adequadamente ao seu trabalho*”. Essas recomendações estão sendo inseridas na revisão da regulamentação do Programa, que será brevemente formalizada pela revisão da Portaria nº 1.886.

6.5.1.2 **análise:** ao apresentar a Tabela 1, referente aos indicadores de profissionais médicos (nº de médicos por 1000 habitantes), às fls. 13 do Relatório, a equipe quis mostrar a situação do sistema de atenção básica em outros países sem se olvidar que a proposta brasileira difere dos demais países. Entretanto, foi constatado *in loco* que 62% dos médicos das ESF são responsáveis por mais de 4.500 pessoas, o que vem dificultando, de acordo com os profissionais entrevistados, a realização de atividades de promoção à saúde. A gestora do Programa considera não ser exagerado o parâmetro atual mas, informa que pode ser avaliada a redução para 4.000 pessoas adscritas a cada ESF. A equipe entende que deva ser mantida a recomendação.

6.5.2 **b)** estude a viabilidade de ser instituído adicional na parte variável do PAB para a implementação de equipes de suporte nos municípios com o PSF implantado e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação;

6.5.2.1 **manifestação da gestora:** a implantação de equipes de suporte para as ESF já está indiretamente proposta através da NOAS 2001. Essa norma propõe que seja garantida, através do processo de regionalização, a referência para a média complexidade, incluindo procedimentos de reabilitação (fisioterapia), saúde mental (psicologia e psiquiatria), e de outros profissionais, além de exames de laboratório e de imagem (RX e ultra-som). Dentro de municípios de médio e grande



porte os gestores deverão garantir para suas unidades básicas, onde se inclui as USF, esses serviços de referência.

6.5.2.2 **análise:** não houve comentários em relação à instituição de adicional a parte variável do PAB para implementação de equipes de suporte. Apesar da gerente do Programa informar que, com a implantação da NOAS/2001, a referência para a média complexidade (fisioterapia, psicologia e psiquiatria, e outros profissionais) estará garantida, através do processo de regionalização, esta equipe entende que a efetiva implementação da Norma se dará em um processo que demanda tempo. A necessidade da ESF em contar com estes profissionais é imediata, de acordo com o apurado nas entrevistas realizadas. Portanto, a equipe mantém a recomendação.

6.5.3 c) adote providências no sentido de que sejam desenvolvidas ações educativas de reforço da filosofia PSF junto às ESF, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas e com ampla divulgação das boas práticas apontadas anteriormente nos itens 2.54 a 2.64 do presente Relatório;

6.5.3.1 **manifestação da gestora:** o MS já vem adotando medidas para enfrentamento desta situação. A Revista Saúde da Família (edição semestral) e outros meios de divulgação tem este objetivo. A gestora informou que a recente publicação do Guia Prático do PSF tem como alvo prefeitos, gestores e profissionais que atuam no PSF. Essa publicação foi elaborada com o propósito de contribuir para corrigir as distorções de compreensão do funcionamento do Programa. Mas, o processo é lento e exige mudanças profundas na compreensão do modelo assistencial. A recomendação foi acatada e obteve a concordância da gerência em ampliar as ações educativas e de divulgação das boas práticas, ampliando e aperfeiçoando os métodos e instrumentos já utilizados.

6.5.3.2 **análise:** vale ressaltar que a equipe de auditoria constatou, por intermédio das entrevistas, que as publicações do MS nem sempre chegam às USF (54,4% dos profissionais das ESF informaram que não recebem publicações do Ministério – fonte: dados coletados nos questionários USF aplicados em 26 estados pelas equipes de auditoria do TCU). Portanto, esta equipe mantém a recomendação e inclui ao Relatório o parágrafo mostrando os dados referentes às publicações. Quanto à recomendação de que o Ministério da Saúde encaminhe as publicações diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma, será acrescentada às recomendações dos itens II f), III a) e c), que abordam a elaboração de publicações.

6.5.4 d) estabeleça, via normatização, novos critérios e requisitos para qualificação dos municípios ao incentivo do PSF, procurando assegurar não só a garantia de infra-estrutura adequada às USF, mas também a qualidade de atendimento da população usuária, por parte das ESF, quando for o caso;

6.5.4.1 **manifestação da gestora:** a revisão da Portaria nº 1.886, que instituiu o PSF, está em fase de conclusão e abarca as preocupações colocadas. Deve ser considerado que o município deverá avaliar sua capacidade de expansão baseada na possibilidade de ampliação de sua rede física, incluindo a utilização de espaços comunitários ociosos. Esta consideração estará incorporada à nova portaria do PSF.

6.5.4.2 **análise:** não houve comentário a respeito da garantia de qualidade da população usuária do Programa por parte das ESF. Uma vez que a gerência do Programa informou que a revisão da Portaria nº 1.886, que está em fase de conclusão, está considerando essas questões, a equipe de auditoria mantém a recomendação.



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

6.5.5.1 **manifestação da gestora:** a incorporação de incentivos que considerem aspectos qualitativos e de resultado tem sido preocupação constante em todo processo de implantação do SUS. A própria NOB-96 fez referência a implantação de incentivo de valorização de resultado. No entanto, esta é uma situação que requer banco de dados consistentes, que permitam a utilização de informações confiáveis. A implantação do Pacto de Atenção Básica e de outras medidas, como a vinculação de transferência de recursos federais a alimentação regular do banco de dados oficiais, tem levado ao aperfeiçoamento dos sistemas de informação. No entanto, ainda encontra-se em processo. A recomendação foi acatada pela gerência que apontou a necessidade de aprofundar a discussão e rever as sugestões e critérios apresentados no relatório de auditoria.

6.5.5.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.5.6 f) produza manual (levando-se em consideração a metodologia utilizada por aquele Ministério, quando da realização da Avaliação do PSF, em curso e, ainda, a metodologia utilizada no Estado do Ceará e no Distrito Federal), contendo sistemática de supervisão, acompanhamento e avaliação do PSF 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 USF e à existência das ESF, mas também dos aspectos referentes à qualidade de atendimento das ESF junto à população usuária do Programa;

6.5.6.1 **manifestação da gestora:** o DAB/MS está estruturando o processo de avaliação permanente do PSF, que deve considerar a observação de processo, estrutura e resultados. O monitoramento da implantação e funcionamento das ESF que está sendo coordenado pelo MS, iniciado em junho de 2001, está contribuindo para o desenho da metodologia de acompanhamento permanente, além da incorporação dos dados gerados pelo SIAB e pelo Pacto da Atenção Básica. O manual a ser proposto deverá ser um dos instrumentos que poderão ser utilizados, de forma a obter um padrão mínimo no acompanhamento dos municípios pelas SES. A recomendação de analisar os instrumentos utilizados pelo DF e CE foi acatada pela gerência

6.5.6.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação, alterando a redação, de acordo com o exposto no item 6.5.3.2 da presente instrução, para: f) produza manual e o encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma (levando-se em consideração a metodologia utilizada por aquele Ministério, quando da realização da Avaliação do PSF, em curso e, ainda, a metodologia utilizada no Estado do Ceará e no Distrito Federal), contendo sistemática de supervisão, acompanhamento e avaliação do PSF 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 USF e à existência das ESF, mas também dos aspectos referentes à qualidade de atendimento das ESF junto à população usuária do Programa.

6.5.7 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 para serem investidos no PSF, já que o Programa tem um papel de suma importância dentro do SUS, por se tratar de uma



estratégia que pretende reorganizar o primeiro nível de atenção à saúde. Tal percentual deveria ser discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação, preferencialmente, mediante a criação de dotação orçamentária específica para o PSF nos orçamentos estaduais e municipais.

6.5.7.1 **manifestação da gestora:** a recomendação foi acatada pela gerência com a ressalva de que alguns estados já destinam recursos para incentivar a implantação do Programa.

6.5.7.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.6 Com relação ao item III a a i do relatório, que trata das recomendações ao DAB/MS em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, a gestora fez os comentários que a seguir são analisados.

6.6.1 **a)** elabore material ilustrativo 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;

6.6.1.1 **manifestação da gestora:** a publicação do Guia Prático do PSF vai ajudar no esclarecimento da filosofia do PSF para todos os atores envolvidos no PSF. A gerência considerou pertinente a produção de material específico para uso dos agentes comunitários.

6.6.1.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação, alterando a redação, de acordo com o exposto no item 6.5.3.2 da presente instrução, para: a) elabore material ilustrativo e o encaminhe diretamente às SMS, 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.

6.6.2 **b)** realize trabalho de divulgação, junto à população usuária do Programa, sobre o papel do Agente Comunitário de saúde, enquanto integrante da ESF;

6.6.2.1 **manifestação da gestora:** a recomendação foi acatada pela gerência, sendo registrado que alguns estados e municípios já produziram material de divulgação com esta finalidade, a exemplo de Florianópolis/SC.

6.6.2.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.6.3 **c)** estude a possibilidade de ser elaborado material explicativo acerca dos assuntos abordados pelos ACS a ser utilizado nas visitas domiciliares;

6.6.3.1 **manifestação da gestora:** o MS já publicou materiais com esta finalidade: O Trabalho do Agente Comunitário; Manual de Controle das DSTs/AIDS; Manual de Controle da Tuberculose; e Cartilha sobre Violência intra-familiar. Está em fase de publicação novo manual, voltado às ações de saúde da criança. A gerência entendeu que talvez não fosse pertinente um material específico de visita domiciliar, uma vez que os assuntos abordados deverão atender distintas realidades.

6.6.3.2 **análise:** A equipe entende que podem ser editados materiais explicativos de assuntos comuns às diversas regiões, tais como: desidratação, gravidez, hanseníase, diabetes, hipertensão,



entre outros. Assim, a equipe mantém a recomendação, alterando a redação, de acordo com o exposto no item 6.5.3.2 da presente instrução, para: c) estude a possibilidade de ser elaborado material explicativo e o encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma, acerca dos assuntos abordados pelos ACS a ser utilizado nas visitas domiciliares;

6.6.4 **d)** inclua, no Kit, encaminhado às SES, uniforme mínimo suficiente e protetor solar para os ACS;

6.6.4.1 **manifestação da gestora:** durante o ano de 2001 o Ministério forneceu uniformes para todos os ACS e demais membros das ESF. Cada ACS recebeu 2 camisetas, um colete, um boné e uma mochila. Nas regiões frias receberam também um blusão. Os demais profissionais receberam um jaleco. Quanto à inclusão de protetor solar, consideramos pertinente. No entanto, a gerência entende que poderia ser contrapartida dos Estados ou municípios, uma vez que o MS forneceu o uniforme. Foi sugerido, ainda, que se acrescente à recomendação a obrigatoriedade incondicional de utilização de crachá de identificação.

6.6.4.2 **análise:** ressaltamos que foi verificado, *in loco*, em especial nos municípios visitados nos estados de Alagoas, Pernambuco, Ceará e Paraíba, a insuficiência de uniforme, condição relatada pelos ACS. Quanto à sugestão da gestora em acrescentar à recomendação a obrigatoriedade incondicional de utilização de crachá de identificação e no que concerne à sugestão de que o protetor solar seja contrapartida dos Estados ou municípios, esta equipe concorda e muda a recomendação para: d) adote providências para que seja garantido uniforme mínimo suficiente aos ACS e conscientize as SES e as SMS da importância da utilização de crachá de identificação pelos profissionais das ESF e de ser fornecido protetor solar para os ACS;

6.6.5 **e)** oriente as SMS para que promovam a reterritorialização das áreas das USF, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho dos ACS, readequando o número de famílias a serem atendidas pelos Agentes, quando for o caso;

6.6.5.1 **manifestação da gestora:** esta é uma recomendação que sempre foi adotada pelo programa. Esta questão deverá ser incluída no processo de acompanhamento permanente dos municípios.

6.6.5.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.6.6 **f)** estude a possibilidade de se incorporar às USF um profissional da área administrativa para auxiliar as ESF;

6.6.6.1 **manifestação da gestora:** a gerência entende que esta definição compete ao gestor do município, já que essa necessidade varia de acordo com a população adscrita. Municípios que possuem população inferior a 3000 habitantes, ou trabalhem com adscrições menores podem não apresentar tal necessidade. A recomendação foi considerada pertinente, como uma recomendação para ESF com adscrições de população superiores a 3500 pessoas.

6.6.6.2 **análise:** a equipe altera recomendação para: f) oriente as SMS sobre a necessidade de se incorporar às USF, com adscrições de população superiores a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as ESF;

6.6.7 **g)** uniformize a sistemática de referência nas USF e oriente as SMS, que possuam o PSF implantado, no sentido de que, se possível, sejam criadas centrais de marcação de consultas, inclusive com a reserva preferencial de cotas para pacientes encaminhados pelas USF;



6.6.7.1 **manifestação da gestora:** a discussão da garantia das referências para serviços de maior complexidade para as ESF está contida na NOAS/2001 e é uma preocupação que aflige todo o sistema nacional de saúde. Espera-se que, com a implantação efetiva da mencionada Norma, os fluxos de referência sejam organizados através das centrais de regulação, beneficiando o trabalho de referência. Quanto a proposta de reserva de vagas para as ESF, a gerência avalia ser necessário uma maior discussão e amadurecimento do assunto, já que o SUS preconiza acesso universal sem distinções e o privilégio do usuário do PSF frente a outro de uma unidade básica tradicional pode ser questionado com violação de um direito ao acesso ao serviço público de saúde.

6.6.7.2 **análise:** apesar do comentário da gestora com relação a uma possível violação de um direito ao acesso ao serviço público de saúde, ao ser recomendada a reserva de vagas para os usuários do PSF frente a outro de uma unidade básica tradicional, esta equipe mantém a recomendação alterando a redação para: g) uniformize a sistemática de referência nas USF e oriente as SMS, que possuam o PSF implantado, no sentido de que, se possível, sejam criadas centrais de marcação de consultas, inclusive com a reserva preferencial de cotas para pacientes encaminhados pelas USF, assunto que deve ser, inicialmente, discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

6.6.8 **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 – CIT, com vistas a orientar os municípios quanto às opções legalmente permitidas para contratação dos profissionais daquelas equipes, em especial, dos agentes comunitários de saúde;

6.6.8.1 **manifestação da gestora:** a gerência informa que diversos estudos foram realizados com esta finalidade e o tema tem estado com frequência na pauta das reuniões tripartite. Algumas considerações:

- Médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar podem ser contratados pelas leis vigentes, por concurso público realizado pelo município;
- ACS não devem ser contratados nessa modalidade. A característica “universalista” do concurso público impede a garantia de que o agente comunitário seja um morador da sua própria comunidade. Entende-se que este é um princípio essencial para a manutenção do perfil destes agentes;
- Os municípios que terceirizam suas contratações tem sido, com frequência, punidos pelas instâncias regionais do Ministério Público do Trabalho e do Tribunal de Contas;
- A única modalidade até então aceita pelo MP do Trabalho, após intensa negociação, é a contratação através das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs, regulamentadas pela Lei nº 9.790/99 (Lei do Terceiro Setor);
- O MS, após acordo na CIT, está elaborando uma publicação que orienta os municípios sobre as parcerias com as OSCIPs.

6.6.8.2 **análise:** apesar das informações prestadas pela gestora, que serão incluídas no corpo do Relatório, a equipe mantém a recomendação, uma vez que ainda a publicação mencionada não está concluída.



6.6.9 i) acompanhe os seguintes indicadores de processo: tempo médio de trabalho do médico na ESF, por ano; número médio por equipe de pessoas cadastradas; número médio de famílias cadastradas, por ACS; número de supervisões estaduais, por ano.

6.6.9.1 **manifestação da gestora:** a gerência informou que deve ser aprofundada a análise sobre a pertinência e a relevância dos indicadores propostos.

6.6.9.2 **análise:** como o assunto ainda será objeto de análise pela gerência do Programa, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.7 Quanto ao item IV do relatório, que trata da recomendação à Gerência Técnica do DAB/MS em conjunto com a Diretoria de Programas Estratégicos da Secretaria Executiva/MS (responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos, entre os quais os relativos ao diabetes), para que adote as providências necessárias de modo a não mais faltarem, nas Unidades de Saúde da Família, aqueles medicamentos utilizados na Atenção Básica, especialmente os destinados aos tratamentos de hipertensos e de diabéticos, a gestora fez os comentários que a seguir são analisados.

6.7.1 **manifestação da gestora:** O MS iniciou em 2001 o Programa Farmácia Popular, onde cada equipe do PSF recebe, trimestralmente, um conjunto de 31 medicamentos para atender a população vinculada à equipe. Esses medicamentos são complementares ao incentivo da farmácia básica, que continua sendo transferido aos estados e municípios. A gerência informou que o Ministério está definindo uma estratégia para garantir os medicamentos necessários aos tratamentos da hipertensão e do diabetes.

6.7.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.8 No que tange ao item V do relatório, que trata da recomendação ao DAB/MS em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e os Pólos de Capacitação, para que adote as providências necessárias para a promoção de cursos de capacitação dos coordenadores do PSF nos estados da Paraíba, de Minas Gerais, do Rio Grande do Norte e de Alagoas e em outros estados que, porventura, demonstrem interesse na realização do curso, a gestora fez os comentários que a seguir são analisados.

6.8.1 **manifestação da gestora:** a recomendação será discutida com as coordenações estaduais para esclarecimento da demanda.

6.8.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

9. No que diz respeito ao item VI a a c, que trata das recomendações ao DAB/MS em conjunto com o DATASUS (gestor do SIAB), a gestora fez os comentários que a seguir são analisados.

6.9.1 a) promova a conscientização dos gestores municipais e estaduais a respeito da importância da informatização das USF e da realização permanente de treinamentos, quanto à operação e manutenção do SIAB;

6.9.1.1 **manifestação da gestora:** a gerência informou que esta tem sido uma preocupação constante do DAB. Vários seminários e oficinas foram realizados nos últimos anos com a finalidade de sensibilizar e instrumentalizar os municípios para a utilização dos sistemas de informação. O MS



também tornou a alimentação regular do SIAB condição obrigatória para transferência dos recursos de incentivo. Considerando as limitações apresentadas por alguns municípios, o MS está adquirindo equipamentos de informática que serão doados, o que viabilizará a informatização do SIAB.

6.9.1.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.9.2 **b)** produza rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB para uso pelas USF, municípios e estados;

6.9.2.1 **manifestação da gestora:** a gerência informou que tais rotinas existem, mas o SIAB está em fase de aperfeiçoamento e novas rotinas serão incorporadas.

6.9.2.2 **análise:** ante a concordância da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

6.9.3 **c)** crie oportunidades para que os municípios e estados apresentem sugestões para aperfeiçoamento do sistema, implementado-as na medida do possível.

6.9.3.1 **manifestação da gestora:** o aperfeiçoamento do SIAB está sendo realizado com base nas sugestões e críticas apresentadas ao longo de sua implantação e utilização. A gerência considera que isto é uma rotina incorporada no processo de trabalho. No entanto, muitas vezes espera-se que as sugestões e críticas sejam imediatamente inseridas, o que não é possível em um sistema de âmbito nacional.

6.9.3.2 **análise:** ante a manifestação da gestora, a equipe de auditoria mantém a recomendação.

## **7) Conclusão**

7.1 Embora tenha-se utilizado neste trabalho uma amostra bastante restrita de municípios e unidades, esta equipe considera que os achados e recomendações podem ser estendidos ao Programa como um todo. Um dos elementos que avalia essa assertiva é a reincidência dos problemas verificados nos relatos das 25 coordenações estaduais consultadas. Desse modo, embora a amostra tenha sido reduzida, as informações levantadas junto às secretarias estaduais de saúde, que têm uma visão mais próxima do funcionamento do Programa nos municípios, oferece respaldo à maioria das constatações da equipe.

7.2 No mesmo sentido, vale salientar que a gerência do Programa, ainda nas entrevistas iniciais, demonstrou que o PSF vem ocupando um espaço significativo na pauta de discussões da saúde no âmbito do Ministério. Prova disso são algumas medidas tomadas para resolver os problemas mais graves do Programa, relacionados à contratação dos profissionais, tais como: a criação de comitê de estudos para promover o trabalho voluntário no âmbito da saúde (Portaria GM/MS nº 641/2001); a implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde com o objetivo de apoiar a extensão do PSF (Portaria GM/MS nº 227/2001).

7.3 Ainda que tenha havido queixas, por parte das coordenações municipais do PSF, com relação à insuficiência dos recursos federais, deve-se salientar que o Programa não pretende sustentar as unidades da saúde da família, servindo apenas como incentivo para adoção de novas estratégias. Assim, esta equipe escolheu não recomendar o incremento puro e simples da alocação de recursos, providência essa que tende a melhorar o desempenho de qualquer programa. Além



disso, o PSF está inserido dentro do contexto geral da saúde e há outros programas e parcelas da atenção básica que precisariam ser avaliados para caracterizar a insuficiência de recursos.

7.4 Preferiu-se sugerir a modificação das formas de incentivo, de modo que se leve em conta, não só aspectos quantitativos (cobertura), como qualitativos, de forma que as equipes com desempenhos diferenciados propiciem retribuições financeiras compatíveis com a sua qualificação ao seu município. Espera-se que, dessa forma, os gestores municipais mantenham o foco na reorganização do sistema, mas não necessariamente, na sua expansão.

7.5 Para as deficiências na implementação do Programa, identificadas por esta equipe, foram formuladas recomendações, cujos benefícios, após implementados, possibilitarão: integrar os profissionais das equipes de saúde da família com a filosofia do Programa; maior resolutividade por parte das ESF; maior disponibilidade de tempo para realização de ações de promoção e prevenção à saúde, por parte das ESF; humanização no atendimento à população usuária do Programa; redução da sobrecarga de trabalho das ESF; disponibilização de medicamentos nas USF (em especial quanto aos medicamentos de uso continuado), com a conseqüente melhoria no atendimento e na assistência aos usuários do Programa; credibilidade da população no PSF, com a conseqüente consolidação dos vínculos entre os usuários e as ESF; USF melhor estruturadas; valorização dos profissionais das ESF, com a conseqüente consolidação dos vínculos entre os profissionais e o SUS; confiabilidade na base de dados do SIAB, com o conseqüente acompanhamento dos indicadores de saúde pelos três níveis de governo e melhoria no planejamento e nas ações de supervisão por parte dos gestores estaduais e municipais.

7.6 O PSF estabelece uma nova filosofia de trabalho. Isso implica, certamente, em resistência por parte dos participantes do processo de mudança: gestores, profissionais de saúde e beneficiários. Portanto, não se pode esperar que a assimilação dessa nova estratégia apresente resultados imediatos; é necessário tempo para que as boas práticas sejam disseminadas e que os reflexos sobre os indicadores de saúde se façam mais presentes. Assim, a população, que, em sua maioria, ainda encara o Programa com desconhecimento ou desconfiança, poderá colher os frutos do novo modelo. Nessa linha, Maquiavel, profundo conhecedor do funcionamento dos governos, já registrava ( “O Príncipe”, Capítulo VI):

*“Deve-se ainda considerar que não há coisa mais difícil a tratar, nem mais incerta a alcançar, nem mais arriscada a gerir que a efetiva introdução de uma nova ordem, porquanto aquele que a introduz terá por inimigos todos os que da velha ordem extraíam privilégios e por tímidos defensores todos os que das vantagens da nova poderiam usufruir.”*

## **8) Proposta de encaminhamento**

8.1 Diante do exposto e visando contribuir para a melhoria do desempenho do PSF, submetemos este relatório à consideração superior, com as seguintes propostas:

I. Recomendar ao Ministro de Estado da Saúde que estabeleça um grupo de contato de auditoria, com a participação da gerência do Programa de Saúde da Família 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.

II. Recomendar ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS que:



## TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

- a) estude novo parâmetro máximo de cobertura de pessoas para cada ESF e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação;
- b) estude a viabilidade de ser instituído adicional na parte variável do PAB para a implementação de equipes de suporte nos municípios com o PSF implantado e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação;
- c) adote providências no sentido de que sejam desenvolvidas ações educativas de reforço da filosofia PSF junto às ESF, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas e com ampla divulgação das boas práticas apontadas anteriormente nos itens 2.54 a 2.64 do presente Relatório;
- d) estabeleça, via normatização, novos critérios e requisitos para qualificação dos municípios ao incentivo do PSF, procurando assegurar não só a garantia de infra-estrutura adequada às USF, mas também a qualidade de atendimento da população usuária, por parte das ESF, quando for o caso;
- e) estude a viabilidade de ser modificada a forma de incentivo financeiro federal do PSF (Parte Variável do PAB), levando-se em consideração não apenas o critério de cobertura populacional (quantitativo), mas também aspectos qualitativos, tais como: adicional por tempo de permanência do médico na ESF; adicional por tempo de existência da USF e adicional por desempenho técnico da USF no período anterior e leve a discussão ao fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação;
- f) produza manual e o encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma (levando-se em consideração a metodologia utilizada por aquele Ministério, quando da realização da Avaliação do PSF, em curso e, ainda, a metodologia utilizada no Estado do Ceará e no Distrito Federal), contendo sistemática de supervisão, acompanhamento e avaliação do PSF 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 USF e à existência das ESF, mas também dos aspectos referentes à qualidade de atendimento das ESF junto à população usuária do Programa;
- 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 para serem investidos no PSF, já que o Programa tem um papel de suma importância dentro do SUS, por se tratar de uma estratégia que pretende reorganizar o primeiro nível de atenção à saúde. Tal percentual deveria ser discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, com vistas à apreciação e implementação, preferencialmente, mediante a criação de dotação orçamentária específica para o PSF nos orçamentos estaduais e municipais.

### III. Recomendar ao DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde:

- a) elabore material ilustrativo e o encaminhe diretamente às SMS, 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;
- b) realize trabalho de divulgação, junto à população usuária do Programa, sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde, enquanto integrante da ESF;



## TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

- c) estude a possibilidade de ser elaborado material explicativo e o encaminhe diretamente às SMS, se ainda não for realizado dessa forma, acerca dos assuntos abordados pelos ACS a ser utilizado nas visitas domiciliares;
- d) adote providências para que seja garantido uniforme mínimo suficiente aos ACS e conscientize as SES e as SMS da importância de utilização de crachá de identificação pelos profissionais das ESF e de ser fornecido protetor solar para os ACS;
- e) oriente as SMS para que promovam a reterritorialização das áreas das USF, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho dos ACS, readequando o número de famílias a serem atendidas pelos Agentes, quando for o caso;
- f) oriente as SMS sobre a necessidade de se incorporar às USF, com adscrições de população superiores a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as ESF;
- g) uniformize a sistemática de referência nas USF e oriente as SMS, que possuam o PSF implantado, no sentido de que, se possível, sejam criadas centrais de marcação de consultas, inclusive com a reserva preferencial de cotas para pacientes encaminhados pelas USF, assunto que deve ser, inicialmente, discutido no fórum da Comissão Intergestores Tripartite – CIT;
- 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 – CIT, com vistas a orientar os municípios quanto às opções legalmente permitidas para contratação dos profissionais daquelas equipes, em especial, dos agentes comunitários de saúde;
- i) acompanhe os seguintes indicadores de processo: tempo médio de trabalho do médico na ESF, por ano; número médio por equipe de pessoas cadastradas; número médio de famílias cadastradas, por ACS; número de supervisões estaduais, por ano.

IV. Recomendar à Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do DAB que, em conjunto com a Diretoria de Programas Estratégicos da Secretaria Executiva/MS (responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos, entre os quais os relativos ao diabetes) e com as Secretarias Estaduais de Saúde, adote as providências necessárias de modo a não mais faltarem, nas Unidades de Saúde da Família, aqueles medicamentos utilizados na Atenção Básica, especialmente os destinados aos tratamentos de hipertensos e de diabéticos.

V. Recomendar ao DAB/MS que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e os Pólos de Capacitação, adote as providências necessárias para a promoção de cursos de capacitação dos coordenadores do PSF nos estados da Paraíba, de Minas Gerais, do Rio Grande do Norte e de Alagoas e em outros estados que, porventura, demonstrem interesse na realização do curso.

VI. Recomendar ao DAB/MS, que em conjunto com o DATASUS (gestor do SIAB):

- a) promova a conscientização dos gestores municipais e estaduais a respeito da importância da informatização das USF e da realização permanente de treinamentos, quanto à operação e manutenção do SIAB;
- b) produza rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB para uso pelas USF, municípios e estados;



## TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo  
Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

c) crie oportunidades para que os municípios e estados apresentem sugestões para aperfeiçoamento do sistema, implementando-as na medida do possível.

VII. Recomendar aos Presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde 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 CF por intermédio da Emenda Constitucional nº 29/2000.

VIII. Reiterar, no que toca ao PSF, à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS do Ministério da Saúde/MS, a orientação expedida na Decisão nº 955/1999-Plenário (DOU 10/10/2001), que determinou:

*“8.6.2. promova estudos com o objetivo de acompanhar e avaliar a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família – PSF, bem como o seu impacto sobre os indicadores de saúde e a produção ambulatorial e hospitalar dos municípios beneficiados.”*

IX. Juntar cópia do presente trabalho ao TC 016.983/2000-3, no intuito de auxiliar no exame da Política Nacional de Medicamentos.

X. Determinar ao DAB/MS que remeta a este Tribunal, no prazo de 60 dias, plano de ação, contendo cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das recomendações desta Corte de Contas, com o nome dos respectivos responsáveis pela adoção das providências, bem como o conjunto de indicadores recomendados e respectivas metas, contemplando prazo para seu atingimento, com vistas ao acompanhamento e à avaliação dos resultados obtidos;

XI. Encaminhar cópia da Decisão que vier a ser adotada pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que a fundamentarem, e do inteiro teor do presente relatório para os titulares dos seguintes órgãos e entidades:

- a) Ministro de Estado da Saúde;
- b) Secretaria Federal de Controle Interno;
- c) Departamento de Atenção Básica/DAB/MS;
- d) Coordenações do PSF em todos os estados da federação;
- e) Coordenação do PSF no Distrito Federal;
- f) Coordenações do PSF nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB, Santa Rita/PB, Esperança/PB, Ribeirão das Neves/MG, Fortaleza/CE, Caucaia/CE, Maracanaú/CE, Maranguape/CE, Maceió/AL, Palmeira dos Índios/AL, Maribondo/AL, Messias/AL, Recife/PE, Olinda/PE, Caruaru/PE e Camaragibe/PE;
- g) Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional, das Comissões de Seguridade Social e Família e de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados e das Comissões de Assuntos Sociais e de Fiscalização e Controle do Senado Federal.



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

XII. autorizar a conversão destes autos em acompanhamento e encaminhá-los à 4ª Secex para o monitoramento da implementação das recomendações que vierem a ser exaradas pelo Tribunal.



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

À consideração superior.

Brasília/DF, em                    de                    de 2002.

ALESSANDRA VIEIRA MAGALHÃES  
AFCE – Matr. 4254-4  
4ª Secex

CLÁUDIO GIRÃO BARRETO  
AFCE – Matr. 3099-6  
Secex/RN

JORGE JOSÉ MARTINS JÚNIOR  
AFCE – Matr. 3062-7  
Secex/RS

PATRÍCIA MARIA CORRÊA  
AFCE – Matr. 2485-6  
Coordenadora  
Seprog

RENATO KANEMOTO  
AFCE – Matr. 4591-8  
Seprog



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

**9) APÊNDICES**



**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO**

Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo  
Auditoria de Natureza Operacional no Programa de Saúde da Família - PSF

**Apêndice I – Relatório Fotográfico**

**Apêndice II – Glossário**

**Apêndice III - Siglas**

**Apêndice IV - Referências**

**Apêndice V - Tabelas**

**Apêndice VI - Lista de municípios incluídos na amostra**

**Apêndice VII – Lista de estudos de caso**

**Apêndice VIII – Exemplos de Critérios (Instrumento de Reconhecimento da Qualidade – IRQ)**