



RELATÓRIO DE LEVANTAMENTO

TC nº 024.104/2007-8 **Fiscalis nº 22/2009**

Ministro Relator: a ser sorteado

Modalidade de fiscalização: Relatório de Levantamento

Ato Originário: Autorização da realização da presente fiscalização dentro do TMS 9 – Levantamento em Saúde, nos termos do Despacho datado de 26/08/2008 do Exmo. Ministro-Relator Marcos Vinícios Vilaça, proferido à fl. 73 do TC nº 024.104/2007-8.

Objetivo: Avaliar a efetividade dos serviços de saúde pública prestados no Estado do Amapá.

Atos de designação: Portaria de Fiscalização/Fase Planejamento nº 24, de 19 de janeiro de 2009 e Portaria de Fiscalização/Fase Execução e Relatório nº 62, de 16 de fevereiro de 2009, alterada pela Portaria nº 434, de 27 de abril de 2009.

Período de realização da fiscalização: 04/05/2009 a 22/05/2009

Composição da Equipe:

Analista	Matrícula	Lotação
Ana Lucia Epaminondas (coordenadora)	7637-6	Seprog
Eduardo Favero	2727-8	Seprog
Paulo Gomes Gonçalves (supervisor)	4553-5	Seprog

Unidade (Órgãos auditados): Secretaria Municipal de Saúde de Macapá e Secretaria Estadual de Saúde do Amapá

Vinculação no TCU: SECEX/AP

Responsáveis pelos órgãos auditados:

Nome: Pedro Paulo Dias de Carvalho

Cargo: Secretário de Saúde do Estado do Amapá

Período: desde setembro de 2007 até a presente data

CPF: 092.608.112-87

Nome: Eduardo Monteiro de Jesus

Cargo: Secretário de Saúde do Município de Macapá/AP

Período: desde janeiro de 2009 até a presente data

CPF: 039.523.552-91

RESUMO

O presente trabalho teve por finalidade avaliar a situação das ações e serviços de saúde no Estado do Amapá, para atender à solicitação da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, originada da Proposta de Fiscalização e Controle PFC) nº 19/2007, de autoria do falecido Deputado Jorge Tadeu Mudalen, em razão de denúncia do Movimento “Luto Pela Vida”, organizado pela sociedade de Macapá, Estado do Amapá. A referida denúncia foi formalizada por meio de documento em que foram relatados diversos depoimentos de usuários do SUS, dando conta do mau atendimento prestado à população em hospitais públicos, o que decorreria da carência de pessoal, infraestrutura e outros insumos hospitalares.

A metodologia adotada na presente fiscalização consistiu na análise de dados dos sistemas Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), no estudo dos indicadores de saúde do Estado do Amapá e de seus Municípios e em visitas de estudo às instalações de unidades básicas de saúde e de hospitais públicos situados em Macapá, capital do Amapá, no período de 11 a 15 de maio de 2009. Nessas visitas, foram examinadas as condições das instalações físicas e dos equipamentos, bem como realizadas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e gestores, entre eles os Secretários de Saúde do Município de Macapá/AP e do Estado do Amapá e suas equipes, incluindo a do Serviço Móvel de Urgência – SAMU.

A amostra dos estabelecimentos de saúde visitados correspondeu a 17,6% das unidades básicas de saúde (três) e a 75% dos hospitais públicos (três) situados na capital do estado, onde se concentra a maior capacidade instalada. Com relação às Unidades Básicas de Saúde (UBS), cabe destacar que foram selecionadas as duas únicas que contam com Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como a que possui o maior laboratório de análises clínicas. Cumpre esclarecer que compete à esfera municipal a execução de ações de Atenção Básica em Saúde e à esfera estadual a gestão dos hospitais públicos, assim como a aplicação dos respectivos recursos. Foi realizada consulta ao Tribunal de Contas do Estado do Amapá sobre o cumprimento do Decreto nº 1.651/1995.

Para fazer a análise da situação da Saúde, foram selecionados quatro indicadores, três relacionados à Atenção Básica em Saúde, constantes da Política Nacional de Regulação do SUS e do Pacto pela Saúde, e um relativo à Média e Alta Complexidade, presente no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011.

Com base no exame dos documentos apresentados, na observação direta da equipe de fiscalização e das entrevistas realizadas, foram encontrados os achados a seguir sintetizados:

1. Inexistência de Plano de Saúde (PS) do Estado do Amapá e do Município de Macapá atualizados e devidamente aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
2. Inexistência da regulação do acesso no seu tríptico aspecto (consultas/exames, internações e urgências) e dos respectivos instrumentos de planejamento;

3. Os indicadores da Atenção Básica em Saúde do Estado do Amapá estão muito abaixo dos pactuados.
4. Baixa resolutividade da Atenção Básica em Saúde.
5. O índice de leitos disponibilizados encontra-se abaixo do parâmetro nacional.
6. A infraestrutura dos hospitais estaduais visitados não está plenamente adequada nem é suficiente para garantir o acesso tempestivo da população amapaense às ações de Média e Alta Complexidade.

No que se refere aos instrumentos básicos de planejamento, constatou-se que o Município de Macapá e o Estado do Amapá não possuíam Plano de Saúde, requisito legal para o repasse dos recursos federais. Por conter diagnóstico das necessidades de saúde da população e os objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos, a ausência desse instrumento implica prejuízo para a implementação das ações de saúde e para a alocação eficiente de recursos, inviabilizando avaliação dos resultados alcançados.

Os instrumentos básicos de planejamento da regionalização (PPI, PDI e PPI) encontram-se defasados e não refletem os fluxos reais de referência e contra-referência atuais, tendo em vista que os hospitais estaduais recebem uma grande quantidade de pacientes das ilhas do Pará. Tais instrumentos constituem a base para a instalação do Complexo Regulador Estadual, de acordo com a Política Nacional de Regulação. Não há regulação de internações, consulta e exames no Estado, sendo que apenas a regulação do SAMU referente ao componente estadual está operante.

Constatou-se que os indicadores analisados apresentaram piora no período de 2002 a 2007, apontando para o fato de que os investimentos realizados na saúde não tiveram a eficácia e a efetividade desejadas. A média anual de consultas médicas por habitante está ficando cada vez mais afastada do parâmetro nacional, assim como o índice de leitos por habitantes e a proporção de nascidos vivos cujas mães tiveram acesso a quatro ou mais consultas de pré-natal.

A falta de resolutividade da atenção básica, tanto na Estratégia Saúde da Família como no serviço prestado pelos Postos e Unidades Básicas de Saúde Municipais acarretam o estrangulamento no atendimento e à dificuldade de acesso da população amapaense e das ilhas do Pará próximas a Macapá a um serviço de qualidade na área da saúde pública. Isto porque as UBS e as UPA não dispõem da estrutura adequada para a realização e a entrega de exames de forma tempestiva à população, que prefere se deslocar para o Hospital de Emergência.

Por fim, o atendimento da população nos hospitais estaduais também se encontra prejudicado devido a problemas na manutenção de equipamentos, não cumprimento da carga horária por parte dos profissionais de saúde, ausência de programas efetivos de combate às infecções hospitalares, fluxo inadequado de material contaminado dentro de centros cirúrgicos e falta de um sistema de avaliação da satisfação do usuário.

Visando a contribuir para melhoria da gestão dos serviços de saúde pública prestados no Estado do Amapá e para a solução dos problemas acima expostos, foram elaboradas propostas de determinações e recomendações para a Secretaria de Saúde do Estado do Amapá e para a Secretaria de Saúde do Município de Macapá/AP. Espera-se que o cumprimento das mesmas contribua para reduzir os gargalos e ineficiências que



possam vir a comprometer a qualidade e o acesso da população às ações e serviços de saúde pública.

Lista de siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANOp	Auditoria de Natureza Operacional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde - SUS
NOB	Norma Operacional Básica - SUS
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNBA	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RITCU	Regimento Interno do Tribunal de Contas da União
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
Seprog	Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Amapá
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
Siscolo	Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero
Sisreg	Sistema de Regulação
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TMS	Tema de Maior Significância
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado

Lista de ilustrações

Tabelas

Tabela 1 – Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde Públicos no Estado do Amapá, ..	11
Tabela 2 – Recursos federais destinados à área de saúde para o estado do Amapá, por crédito liquidado, de 2004 a 2008 (em milhões de R\$)	12

Figuras

Figura 1 – Unidade de Suporte Avançado (USA)	17
Figura 2 – Corredor da UBS Congós	25
Figura 3– Autoclaves do laboratório da UBS Marcelo Cândia.	27
Figura 4– Bancada do laboratório da UBS Marcelo Cândia.....	27
Figura 5 – Pacientes “internados” no HE.	32
Figura 6 – Folha de Papel que oficializa o “leito”	32
Figura 7 – Enfermaria do HE.....	32
Figura 8 – Vazamento refletido nas enfermarias do HE.....	32
Figura 9 – Janelas por onde passam os exames de raio-X no HE.....	33
Figura 10 – Enfermaria do Hospital de Clínicas com leitos vagos.....	36
Figura 11 – Enfermaria com espaço subaproveitado	36
Figura 12 – Parte externa da ala antiga do HG	37
Figura 13 – Espera improvisada na ala antiga	37



SUMÁRIO

RESUMO.....	2
1 - INTRODUÇÃO	8
1.1 Contextualização e Identificação do objeto da auditoria.....	8
1.2 Objetivo e escopo da auditoria	9
1.3 Metodologia.....	9
2 - VISÃO GERAL	11
3 - Do Planejamento e Gestão das Ações de Saúde.....	12
4 - Da Atenção Básica em Saúde.....	19
5 - Da Média e Alta Complexidade	27
6 - Da Prestação de Contas dos Fundos de Saúde	37
7 - CONCLUSÃO	38
8 - PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO	39

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Identificação do objeto da auditoria

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados encaminhou a Proposta de Fiscalização e Controle – PFC nº 19/2007, de autoria do Deputado Jorge Tadeu Mudalen, solicitando a realização de “fiscalização sobre a efetividade dos serviços de saúde pública prestados no Estado do Amapá”.

Referida solicitação se fundamenta em denúncia do Movimento “Luto Pela Vida”, formalizada por meio de documento em que foram relatados diversos depoimentos de usuários do SUS, dando conta do mau atendimento prestado à população em hospitais públicos, o que decorreria da carência de pessoal, infraestrutura e outros insumos hospitalares.

Em resposta a um pedido de manifestação quanto à viabilidade, do ponto de vista metodológico, da realização da auditoria requerida, a Seprog propôs à Segecex que o trabalho realizado no Amapá fosse compatibilizado com o levantamento para o Tema de Maior Significância (TMS) Saúde que então iria ser iniciado.

A Secretaria Adjunta de Fiscalização encaminhou a seguinte proposta para o Relator:

- “a) Conhecer da Solicitação formulada pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, conforme exame de admissibilidade elaborado pela Secex-AP, à fls. 11 e 12;
- b) conforme parágrafo 2º do art. 6º da Resolução TCU nº 185/2005, que autorize a realização da fiscalização sobre a efetividade dos serviços de saúde pública prestados no Estado do Amapá, dentro do TMS 9 – Levantamento em Saúde;
- c) autorizar o sobrestamento deste processo até que sejam concluídos os trabalhos do TMS-9, desde que a solicitação contida nesta SCN seja atendida no âmbito deste TMS, lembrando que, de acordo com a Resolução TCU nº 191/2006, art. 19º, § 2º, uma Solicitação do Congresso Nacional não pode ser juntada como peça de outro processo;
- d) autorizar a comunicação desta deliberação à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados;
- e) posteriormente restituir os autos à Adfis para as providências administrativas pertinentes.”

O Ministro Marcos Vilaça, então relator do feito, acolheu a proposta por intermédio de despacho constante à fl. 74.

O presente trabalho foi concluído, conforme autorizado pelo Relator, ao mesmo tempo em que o levantamento de auditoria na área da saúde, atualmente em fase de finalização do relatório.

1.2 Objetivo e escopo da auditoria

Uma vez que o conceito de efetividade de serviços é extremamente complexo foi necessário, com a finalidade de tornar viável o atendimento da solicitação em tela, delimitar a avaliação da efetividade dos serviços em três dimensões ou construtos, que correspondem às questões da auditoria abaixo reproduzidas (planejamento, qualidade e resolutividade dos serviços de saúde), que procuram traduzir os questionamentos suscitados na solicitação da Comissão de Seguridade Social e buscar as causas dos problemas.

1. O planejamento está de acordo com o que preconiza a legislação?
2. A população está tendo acesso tempestivo às ações de média e alta complexidade?
3. Em que medida a atenção básica contribui para resolver os problemas de saúde da população local?

Foi realizada análise dos instrumentos de planejamento das ações de saúde elaborados pelas Secretárias de Saúde do Estado do Amapá e do Município de Macapá/AP, além do exame das condições das instalações físicas e dos equipamentos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de hospitais públicos situados em Macapá, capital do Amapá.

1.3 Metodologia

A estratégia metodológica adotada na execução desta fiscalização consistiu na análise de dados dos sistemas Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), no estudo dos indicadores de saúde do Estado do Amapá e de seus Municípios e em visitas de estudo às instalações de unidades básicas de saúde e de hospitais públicos situados em Macapá, capital do Amapá, no período de 11 a 15 de maio de 2009. Foram examinadas as condições das instalações físicas e dos equipamentos, bem como realizadas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e gestores.

A amostra dos estabelecimentos de saúde visitados correspondeu a 3 das 17 Unidades Básicas de Saúde do Município de Macapá (UBS Marcelo Cândia, UBS Congós e UBS Lélío Silva) e a 3 dos 4 hospitais públicos (Hospital de Emergência, Hospital de Clínicas Doutor Alberto Lima e Hospital da Mulher Mãe Luzia) situados na capital do estado, onde se concentra a maior capacidade instalada. Com relação às UBS, cabe destacar que foram selecionadas as duas únicas que contam com Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como a que possui o maior laboratório de análises clínicas.

Importante ressaltar que compete à esfera municipal a execução de ações de atenção básica e à esfera estadual a gestão dos hospitais públicos. Em função disso, foram



realizadas entrevistas com os Secretários de Saúde do Município de Macapá/AP e do Estado do Amapá e suas equipes, entre as quais a do Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

Para fazer a análise da situação da Saúde, foram selecionados quatro indicadores, três relacionados à Atenção Básica em Saúde, constantes da sua Política Nacional de Regulação e do Pacto pela Saúde, e um relativo à Média e Alta Complexidade, presente no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011.

Foi realizada, também, consulta ao Tribunal de Contas do Estado do Amapá (TCE-AP) sobre o cumprimento do art. 6º do Decreto nº 1.651/1995, que estabelece que a comprovação da aplicação de recursos federais transferidos aos Estados e aos Municípios para a área de Saúde, por meio de transferências fundo a fundo, deve ser feita, para o Ministério da Saúde, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, e para ao Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor.

Os trabalhos desenvolveram-se de acordo com roteiro constante de matriz de planejamento elaborada pela equipe de fiscalização (fls. 2 a 4 do Anexo I).

2 - VISÃO GERAL

O Estado do Amapá possui 142.814 km², 16 municípios e contava com uma população estimada, segundo o IBGE, para 2007, de 587.311 habitantes. Para atender ao seu contingente populacional, segundo dados do CNES, em junho de 2009, havia 211 estabelecimentos de saúde públicos, compreendidos os hospitais estaduais, unidades básicas de saúde, postos de saúde e clínicas especializadas, conforme discriminado na Tabela 1.

Tabela 1 – Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde Públicos no Estado do Amapá, por Municípios, em junho de 2009

Município	Hospitais Públicos	Unidades Básicas/Mistas/Centros de Saúde	Postos de Saúde	Clínicas/Ambulatórios Especializados
Amapá	0	2	2	0
Calcoene	0	2	5	0
Cutias	0	1	3	0
Ferreira Gomes	0	2	2	0
Itaubal	0	2	11	0
Laranjal do Jari	1	5	4	0
Macapá	4	17	34	6
Mazagão	0	2	33	0
Oiapoque	0	7	20	0
Pedra Branca do Amapari	0	4	9	0
Porto Grande	0	1	5	0
Pracuuba	0	4	0	0
Santana	1	10	11	1
Serra do Navio	0	2	3	0
Tartarugalzinho	0	2	13	0
Vitória do Jari	0	1	9	0
TOTAL	6	64	164	7

Fonte: Ministério da Saúde/CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Não se pode olvidar que, desde o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, constituindo-se um sistema único, regido pelos mesmos princípios doutrinários (universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência) e pela mesma forma de organização (descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, rede regionalizada e hierarquizada e participação da comunidade).

Conforme regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90), a descentralização político-administrativa do sistema envolve tanto a transferência de serviços, quanto de responsabilidades e recursos da esfera federal para estadual e municipal.

Relativamente aos recursos federais destinados à área de saúde para o estado do Amapá, a Tabela 2 apresenta a evolução dos gastos, por crédito liquidado, nos exercícios de 2004 a 2008. Nesse período, verifica-se que os dois programas que apresentam o maior volume de recursos executados foram 1220 - Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde e 1214 – Atenção Básica em Saúde.

Tabela 2 – Recursos federais destinados à área de saúde para o estado do Amapá, por crédito liquidado, de 2004 a 2008 (em milhões de R\$)

Programas	Exercícios				
	2004	2005	2006	2007	2008
1220 - Atenção Hospitalar e Ambulatorial no SUS	17,23	19,07	24,39	25,61	32,02
1214 – Atenção Básica em Saúde	29,58	36,91	42,10	45,84	58,46
Demais Ações	17,16	24,89	21,77	9,11	9,36
Total dos recursos federais destinados à saúde no Amapá	63,97	80,87	88,26	80,56	99,84

Fonte: SIAFI Gerencial

No exercício de 2008, o montante executado nesses dois programas totalizou R\$ 90,48 milhões, o que corresponde a 90,6% do total de recursos federais destinados à área de saúde no estado do Amapá (R\$ 99,84 milhões) e 0,22% do total gasto pela União na Função Saúde (R\$ 44,6 bilhões).

Segundo o Plano Plurianual para o período de 2008-2011, o objetivo do programa 1214 – Atenção Básica em Saúde é expandir a estratégia de Saúde da Família e a rede básica de saúde, mediante a efetivação da política de atenção básica: resolutiva, de qualidade, integral e humanizada. Quanto ao programa 1220 - Atenção Hospitalar e Ambulatorial no SUS, este tem por objetivo o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação.

3 - Do Planejamento e Gestão das Ações de Saúde

Achado 1: Ausência de Plano de Saúde do Estado do Amapá e do Município de Macapá

Critérios legais: art. 36 da Lei 8080/90 e art. 4º da Lei 8142/90

1. Constatou-se que não foram elaborados os Planos de Saúde (PS) do Município de Macapá e do Estado de Amapá relativos aos períodos de 2006-2009 (Município) e de 2004-2007 (Estado), contrariando o que preconiza a legislação.

2. A legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) conferiu, desde o advento da Lei nº 8.080/1990, grande importância ao processo de planejamento das ações e serviços de saúde nas três esferas de governo. Estabeleceu, ainda, que o processo de planejamento deve ser “ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos,

compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em Planos de Saúde dos municípios, dos estados, do DF e da União”.

3. O §1º do art. 36 dessa lei estabelece os Planos de Saúde como “a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS” e que seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. O §2º complementa: “é vedada a transferência de recursos para o financiamento das ações não previstas nos Planos de Saúde, salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública”. Além disso, o art. 4º da lei nº 8.142/1990 coloca a existência do Plano de Saúde como condição para que o ente federado receba os repasses fundo a fundo.

4. Esse é o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual de Saúde (PAS), assim como da gestão do SUS. Nele devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera e configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde (Portaria GM/MS nº 3.332/2006).

5. O Plano de Saúde deve contemplar todas as áreas da atenção e a sua inexistência inviabiliza o controle social, bem como a avaliação dos recursos aplicados. Afinal, o instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que é o Relatório Anual de Gestão (RAG), deveria confrontar os resultados alcançados com a execução do Plano de Saúde, o que restou prejudicado.

6. Embora solicitado pela equipe de fiscalização, não foi apresentado o Plano de Saúde do Município de Macapá, referente ao período 2006-2009. A Secretaria de Saúde do Município de Macapá justificou o fato, atribuindo a responsabilidade à gestão anterior que não teria elaborado esse plano. Além disso, examinando o PPA municipal referente ao mesmo período, a equipe verificou que ele não dispõe dos elementos de planejamento (metas e indicadores), nem o detalhamento necessário para se realizar um adequado monitoramento e avaliação da gestão. Diante dos fatos, o Secretário de Saúde informou que o Município está produzindo o diagnóstico das necessidades da população a fim de elaborar o Plano de Saúde do período 2010-2013.

7. Quanto ao Relatório de Gestão do Município de Macapá/AP, referente ao exercício de 2007, verificou-se que este aborda de forma direta as ações, metas propostas e atingidas e as dificuldades encontradas, bem como apresenta os campos necessários para uma adequada prestação de contas dos recursos federais aplicados na saúde. Todavia, a inexistência do Plano de Saúde para o período, contendo o detalhamento das ações de saúde, impossibilita a utilização do RAG como verdadeiro instrumento de gestão. Isto porque o RAG tem o propósito de avaliar o andamento das ações e o cumprimento das metas previstas no PS. Como este não existe, o RAG deixa de ter tal finalidade.

8. Já a Secretaria de Estado de Saúde do Amapá (SESA/AP), por meio do Memorando nº 36/09-NSP/SESA, informou que o Estado não elaborou o Plano de Saúde referente ao período 2004-2007, mas utilizava o Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 para

direcionar suas ações. Comunicou, também, que concluiu os trabalhos de confecção do Plano de Saúde atual (2008-2011), que se encontra pendente da aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde.

9. Da análise do PPA estadual, relativo ao período 2004-2007, verifica-se que o PS contempla a descrição dos programas da área da saúde, mas nem todos apresentam os índices esperados para cada ano e a meta a ser atingida no final do período. Como exemplo, cite-se o programa “Gestão da Atenção à Saúde”, cuja unidade de medida estabelecida é o número de procedimentos ambulatoriais e a média de permanência. Sem o estabelecimento de metas é impossível medir o desempenho do programa, mesmo para aqueles cujas ações possuem caráter continuado. A situação já foi regularizada no PPA 2008-2011, onde estão fixadas as metas e indicadores para os programas e ações.

10. O RAG, referente ao exercício de 2007, ainda não foi concluído, não servindo, portanto, de subsídio para a elaboração do novo Plano de Saúde Estadual. Na minuta do Plano de Saúde 2008-2011, fornecida à equipe de fiscalização, constatou-se que diversas ações de saúde não apresentam metas quantificadas, ou seja, não possuem indicadores nem índices a serem perseguidos.

11. Além disso, não foi possível identificar, na versão preliminar do RAG apresentada à equipe, uma avaliação do atingimento das metas contidas no PPA. É importante que o RAG seja um instrumento objetivo, prático, conformado de modo a facilitar o rápido e adequado entendimento da evolução das ações. Desta forma, constata-se o descolamento entre os dois instrumentos de planejamento, os quais necessitam estar interligados a fim de se tornarem efetivos instrumentos de gestão.

12. A inexistência do Plano de Saúde é evidência de que os gestores desconhecem as reais necessidades de saúde da população e que, por isso, não dispõem dos meios para avaliar se os recursos foram bem aplicados. Portanto, um dos fatores que contribuem para que não haja avanços na saúde pública é a não utilização dos instrumentos básicos de planejamento obrigatórios por lei, tanto pelo Município de Macapá como pelo Estado do Amapá.

13. A Portaria GM/MS nº 3.176/2008, vale destacar, aprovou orientações para a elaboração, aplicação e fluxo do RAG, que deverão ser observadas por Estados e Municípios quando da comprovação da aplicação dos recursos repassados pela União.

Achado 2: Inexistência da regulação do acesso no seu tríplice aspecto (consultas/exames, internações e urgências) e dos respectivos instrumentos de planejamento.

Crítérios legais: Portaria GM/MS nº 2.203/1996 (NOB/SUS 01/1996), Portaria GM/MS nº 373/2002 (NOAS/SUS 01/2002), Portaria GM/MS nº 399/2006 (Pacto pela Saúde), Portaria GM/MS nº 1559/2008 (Política Nacional de Regulação do SUS).

14. Durante os trabalhos constatou-se que os instrumentos de planejamento da regionalização e da regulação do acesso a consultas/exames, internações e urgências encontram-se desatualizados, e não consideram as condições atuais da realidade local. A Central de Regulação implantada pelo Estado do Amapá não realiza a regulação conforme preconizado pela Política Nacional de Regulação do SUS. Quanto às urgências, constatou-se que a central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) não está interligada a do Corpo de Bombeiros, a fim de suprir ambulâncias com suporte básico à vida.

15. A regionalização é uma das principais diretrizes do Pacto pela Saúde - acordo interfederativo que reforça a importância dos instrumentos que operacionalizam as “Regiões de Saúde”, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), tratada na Portaria GM/MS nº 399/2006.

16. O PDR e o PDI foram estabelecidos pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001. O primeiro consiste no instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. O segundo deverá ser parte do primeiro e atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde.

17. A PPI foi instituída pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996 e consiste num instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

18. O PDR e o PDI do Estado do Amapá foram aprovados em 2002. Desde então, não sofreram nenhuma atualização, apesar de a população do Estado ter aumentado em 18% no período de 2002 a 2007 (de 498 mil para 587 mil habitantes). O PDR dividiu o Estado em três microrregiões de saúde, cada uma com dois módulos assistenciais. O documento apresenta a relação dos estabelecimentos de saúde por município, seu nível de referência, a disponibilidade e a necessidade de investimentos. Todavia, como não é atualizado desde 2002, pode-se inferir que se resume a um documento meramente pro forma, destituído de aplicação prática.

19. Já a PPI apresentada à equipe de fiscalização contém dados para o período 2005/2006, com detalhamento, por município, dos valores pactuados relativos à população própria e à referenciada. Está especificado o total de recursos para o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), onde estão incluídos os tratamentos radioterápicos e as cirurgias pediátricas, ainda indisponíveis no Estado, como também o total de recursos a ser transferido à prefeitura de Belém. Este valor, entretanto, de acordo com o Secretário-

Adjunto de Saúde do Estado, está defasado e necessitaria ser atualizado, no mínimo, em três vezes.

20. Observou-se que na PPI não há menção da pactuação para ressarcimento, por parte do Estado do Pará ao Estado do Amapá, dos valores referentes ao atendimento da população oriunda daquele Estado nos hospitais de Macapá, Santana e Laranjal do Jari. O Secretário afirmou que mais de um terço das cirurgias realizadas no Hospital de Emergência são referentes a pacientes residentes em municípios do Pará. A ausência dessa pactuação acarreta a não distribuição correta dos recursos, que resulta na não remuneração pelo Estado do Pará dos atendimentos realizados nos hospitais do Estado do Amapá.

21. Dessa forma, a atualização do PDR, do PDI e da PPI é fundamental para que haja uma compatibilização entre os recursos recebidos e os serviços efetivamente prestados, entre os fluxos de referência e contra-referência, mesmo que interestaduais, a fim de que a Política Nacional de Regulação do SUS possa ser implantada no Estado, nos seus três aspectos: consultas/exames, internações e urgência.

22. A Política Nacional de Regulação do SUS está sustentada em três pilares: a regulação de Sistemas de Saúde, que trata da gestão das 3 esferas de governo; a regulação da Atenção à Saúde, exercida por estados e municípios para garantir a prestação de serviços à população; e a regulação do Acesso à Assistência, que visa à regulação médica da atenção pré-hospitalar, hospitalar e urgências, bem como ao controle de leitos disponíveis, das agendas de consultas, dos procedimentos especializados e do estabelecimento de referências.

23. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Metropolitano do Amapá foi instituído em setembro de 2006, com a finalidade de prestar atendimento pré-hospitalar móvel à população de Macapá, Santana e Comunidades Ribeirinhas, tendo realizado, no ano de 2008, cerca de 21 mil atendimentos, incluindo orientação médica e envio de viaturas. Deste total, aproximadamente 38% refere-se a remoções para o Hospital de Emergência (HE). O Serviço encontra-se bem estruturado e dispõe de protocolos de regulação estabelecidos, tanto para a atenção pré-hospitalar móvel como para remoção inter-hospitalar. Todas as chamadas são registradas em formulário próprio e são levantadas as estatísticas dos atendimentos.

24. Cabe ao SAMU a execução da regulação de urgências, que é realizada por médicos integrantes da parte estadual do SAMU, os quais verificam a real necessidade do emprego de suporte avançado à vida e determinam o deslocamento de uma das duas Unidade de Suporte Avançado (USA) disponíveis no Estado (Figura 1). Em entrevista, os médicos responsáveis pela regulação de urgências informaram que as ambulâncias só devem ser acionadas para atendimento de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e ou de transporte inter-hospitalar que necessitem de cuidados médicos intensivos. Para garantir o uso eficiente das duas USA e evitar o risco da liberação de ambulância para atender casos não emergenciais, muitos pedidos de ambulância são descartados (5.359 em 2008). A equipe informa, no entanto, que nesses casos é fornecida a devida orientação médica.

Figura 1 – Unidade de Suporte Avançado (USA)



Fonte: Equipe de fiscalização

25. Além das duas USA, o serviço de regulação de emergências conta ainda com quatro ambulâncias com suporte básico à vida em Macapá e uma em Santana; uma ambulância; um carro de apoio; e utiliza, ainda, o helicóptero do Grupamento Tático Avançado da Polícia Militar para remoções aéreas.

26. Ocorre, no entanto, que a manutenção e a operação das ambulâncias com suporte básico à vida cabem aos municípios e integram o conjunto de veículos que podem ser acionados pelos médicos reguladores da Central Estadual para atender a comunidade. Contudo, as quatro ambulâncias da prefeitura de Macapá/AP estão inoperantes, desde novembro de 2008, por problemas de manutenção dos veículos, falta de equipamentos para atendimento aos usuários e de proteção individual para as equipes, de acordo com o Memorando nº 030/09-CG/SAMU, item 6 (fl. 46 do Anexo I) apresentado à equipe de fiscalização. Em entrevista com a Comissão de Licitação da SMS de Macapá/AP, constatou-se que o edital de licitação para aquisição dos referidos equipamentos sequer havia sido publicado.

27. Diante da inoperância das ambulâncias de suporte básico do SAMU, a alternativa para a população, quando da necessidade de remoção de paciente, tem sido solicitar ao Corpo de Bombeiros pelo telefone 193, sempre que a Central Estadual do SAMU, telefone 192, descarta o envio da ambulância de suporte avançado. Esse fato tem causado descontentamento entre a população, conforme constatado em entrevistas com os usuários dos hospitais estaduais em Macapá e confirmada pela Coordenadora Geral do SAMU. Como não há integração entre as centrais (telefones 192 e 193), por vezes os usuários ligam para ambas, acarretando o envio de duas ambulâncias para o local, o que configura desperdício de recursos públicos.

28. Quanto à regulação de consultas e exames, assim como das internações (leitos), esta ação depende da interligação entre os hospitais, as unidades básicas de saúde e a Central de Regulação estadual. Para tal, o Ministério da Saúde disponibilizou o Sistema de Regulação (SISREG), informatizado, que permite o gerenciamento de todo o

complexo regulatório desde a rede básica até a internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

29. De acordo com o Chefe da Divisão de Avaliação, Controle e Regulação da SESA/AP, no final de 2006 foi realizada uma capacitação em SISREG para técnicos de cada unidade, a fim de que a integração fosse realizada. Todavia, os técnicos que, à época, eram funcionários terceirizados, não permaneceram à frente de suas atividades, impossibilitando a consolidação desta interligação. Além da dificuldade de mão-de-obra para operacionalizar o SISREG nas unidades, foi apontada, também, a deficiência de infraestrutura, em particular a lentidão da Internet local e a precariedade das linhas telefônicas, como fatores determinantes da fracassada tentativa de se implantar a Central de Regulação no Estado.

30. Assim sendo, a central estadual regula apenas os leitos que o Hospital São Camilo (filantrópico) disponibiliza ao SUS, uma vez que o principal hospital do sistema de saúde, o Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, também chamado de Hospital Geral (HG), ou Hospital de Especialidades, não está interligado ao sistema SISREG. Essa interligação é fundamental para se equacionar o principal problema apontado pelo Diretor do Hospital de Emergência, também denominado Pronto-Socorro Oswaldo Cruz, que é a dificuldade de se transferir pacientes para o Hospital de Clínicas. Haveria, inclusive, o risco de a influência pessoal ser determinante para se conseguir internar um paciente.

31. Tais problemas seriam resolvidos com a implantação efetiva da Central de Regulação. Encontra-se em andamento o projeto para sua implantação, contemplando as Unidades Básicas de Saúde em todos os municípios do Estado. Somente em Macapá, há a previsão de oito unidades solicitantes, as quais seriam as portas de entrada para as consultas e exames de média complexidade. O Estado possui como meta consolidar toda a regulação até o final de 2009.

32. Ainda com relação à regulação de internações, o Hospital da Mulher Mãe Luzia, o Hospital da Criança e o Hospital de Santana estão configurados no sistema SISREG, mas dependem de mão-de-obra capacitada e de equipamentos de informática e comunicação para poderem integrar a rede. Todavia, os dois hospitais em que foram observados os maiores problemas de insuficiência de leitos, o Hospital de Emergência e o Hospital Geral, se encontram muito distantes de terem suas internações reguladas de acordo com a Política estabelecida pelo Ministério da Saúde, gerando piora do atendimento à população que procura o Hospital de Emergência. A transferência é realizada “corpo a corpo”, ou seja, o médico do HE telefona para o médico do HG em busca de uma vaga.

33. Segundo informado por profissionais de saúde e usuários, a transferência do paciente para o HG dependeria da aceitação do médico especialista para ser ultimada. Cada médico, dentro da sua especialidade, é que teria o poder de determinar quem iria ocupar os leitos disponíveis naquele hospital. No caso de ser postergada a transferência do paciente, seria preciso a gestão direta dos acompanhantes junto à Secretaria Estadual de Saúde ou ao Ministério Público Estadual.

34. É fato que somente a instalação da Central de Regulação não irá solucionar o problema de leitos, tendo em vista a necessidade de se ampliar os investimentos na capacidade instalada devido ao crescimento da população. Por isso, o Estado inseriu metas no Plano de Saúde para que, em 2011, possa atingir o índice de 2,5 leitos/mil habitantes. No ano de 2008, o Estado possuía 1,56 leitos/mil habitantes. O Estado está ciente da necessidade de se realizar investimentos para atingir a meta, tanto que divulgou as seguintes intenções: a) construir um novo hospital de emergência e novas maternidades em Macapá/AP e Mazagão/AP; b) reformar e ampliar os hospitais de Serra do Navio/AP, Oiapoque/AP, Laranjal do Jari/AP, Amapá/AP e da Criança (Macapá/AP); c) concluir as obras do Hospital de Santana/AP.

35. No que tange à implantação da Política Nacional de Humanização no Estado, verificou-se que os usuários do SUS ainda não dispõem de sistemas de escuta qualificada, como pesquisa de satisfação elaborada pela SESA/AP ou pelos hospitais. Há apenas uma ouvidoria com atendimento presencial, que não dispõe de um serviço de 0800. A Coordenadora do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) da SESA/AP informou que ainda se encontram no estágio de fortalecer os GTH das unidades hospitalares e que a implantação da pesquisa irá acontecer com a adesão de novos atores no processo. Enquanto isso, os gestores ficam privados de um importante instrumento de medição da qualidade do atendimento prestado nos estabelecimentos de saúde, fundamental para subsidiar o planejamento das ações.

4 - Da Atenção Básica em Saúde

Achado 1: Os indicadores da Atenção Básica em Saúde do Estado do Amapá estão muito abaixo dos pactuados.

Critério legal: Portaria GM/MS nº 399/2006 (Pacto pela Saúde) e Portaria GM/MS 91/2007 (regulamenta a unificação do processo de pactuação dos indicadores).

36. Constatou-se que o Estado do Amapá não atingiu as seguintes metas pactuadas para os indicadores de cobertura previstos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

- Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária.

37. Essa análise foi feita comparando-se o desempenho alcançado pelo Estado ao longo dos anos com a meta por ele pactuada no Pacto pela Saúde. Com efeito, verificou-se que os indicadores ainda estão muito distantes das metas pactuadas.

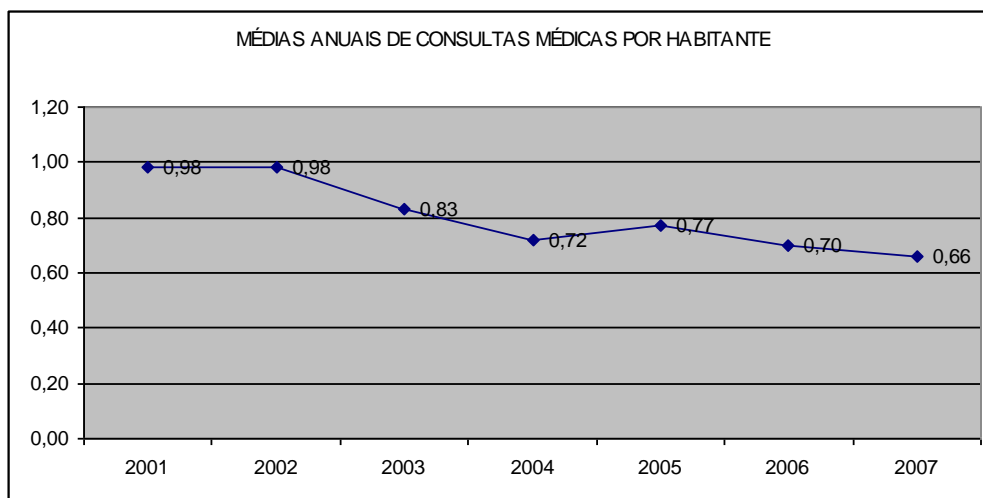
38. No que se refere às responsabilidades de cada esfera de governo, segundo a PNAB, compete às Secretarias Estaduais de Saúde firmar, monitorar e avaliar os

indicadores do Pacto da Atenção Básica em Saúde no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados, além de acompanhar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios e a utilização dos recursos de incentivo transferidos. Quanto aos municípios, deverão executar os serviços e ações de Atenção Básica em Saúde e alimentar mensalmente os sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Média Anual de Consultas Médicas por Habitante

39. Esse indicador foi adotado pelo Ministério da Saúde, desde o ano de 2001, para acompanhamento do número de consultas médicas por habitante ao ano. A fórmula de cálculo é: número de consultas médicas nas especialidades básicas, em determinado local e período, dividido pela população total no mesmo local e período. O parâmetro nacional é 1,5 consulta médica por habitante ao ano. Faz parte do Pacto pela Saúde, sendo que, para o Estado do Amapá, pactuou-se, para 2007, a meta de uma consulta médica ao ano por habitante nas especialidades básicas.

Gráfico 1 – Indicador de Consultas Médicas por Habitante, no Estado do Amapá, de 2001 a 2007.



Fonte: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, 2008, atualizado com os dados extraídos do DATASUS.

40. Como se pode observar no Gráfico 1, o Estado do Amapá não somente está abaixo do parâmetro nacional, de 1,5 consulta por habitante ao ano, como também não atingiu, em 2007, a meta pactuada. Na verdade, desde 2005, quando o resultado alcançado foi de 0,77 consulta médica por habitante ao ano, esse indicador vem se afastando da meta pactuada, atingindo, em 2007, o índice de 0,66 consulta, o pior resultado desde 2001, quando esse indicador passou a ser adotado pelo Ministério da Saúde.

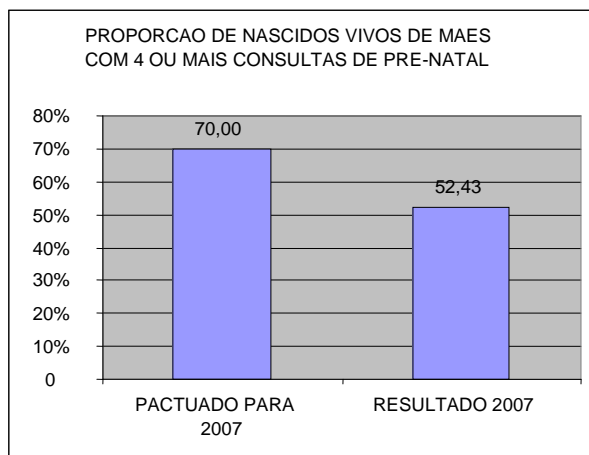
Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal

41. Esse indicador reflete a concentração de consultas de atendimentos pré-natal, a partir da quarta semana. É utilizado para analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais, além de subsidiar o planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para a atenção integral à saúde da mulher, onde está incluído o atendimento pré-natal.

42. Sua fórmula de cálculo é a seguinte: número de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal em determinado local e período x 100, dividido pelo número de nascidos vivos, no mesmo local e período.

43. Considerando a diversidade dos municípios do país e as diferenças de estágios de implantação das ações de atenção ao pré-natal, não foi possível estabelecer um parâmetro nacional para esse indicador. Nesse caso, utilizou-se para comparação a média obtida com os resultados do conjunto dos Estados que, em 2006, correspondeu a 86,7%. A meta pactuada para o Estado do Amapá, para 2007, foi de 70%.

Gráfico 2 – Indicador de Consultas de Pré-Natal, no Estado do Amapá, em 2007.



Fonte: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, 2008, atualizado com os dados extraídos do DATASUS.

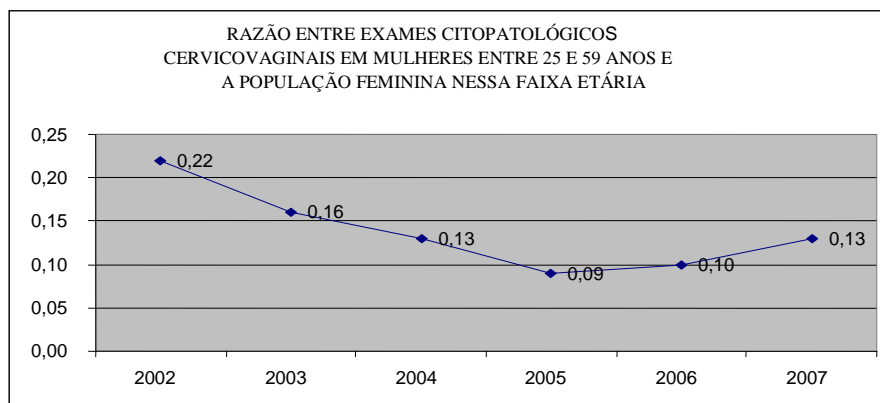
44. De acordo com o Relatório Estadual de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, o resultado do Amapá havia sido de 69,8%, em 2006. Portanto, houve uma sensível piora do indicador em 2007, ano em que o Estado atingiu o índice de 52,43%. Em relação à meta pactuada, esse valor representa 25 % abaixo do pactuado para 2007, como demonstrado no Gráfico 2.

Razão entre exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária

45. Esse parâmetro foi estabelecido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS), que recomenda um exame por mulher na faixa etária de 25 a 59 anos a cada três anos, após dois resultados negativos de exames anuais consecutivos. Objetiva avaliar a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle, educação para a saúde, captação de mulheres e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero.

46. Seu cálculo é feito por meio da fórmula: número de exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres entre 25 e 59 anos dividido pelo número total de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período.

Gráfico 3 – Indicador de Realização de Exames PCCU, no Estado do Amapá, em 2007.



Fonte: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, 2008, atualizado com os dados extraídos do DATASUS.

47. A meta pactuada para o Amapá, em 2007, foi de 0,30, que corresponde, inclusive, ao parâmetro nacional do indicador. Como se pode observar no Gráfico 3, houve uma redução de 59% do indicador no período de 2002 a 2005. Embora tenha havido uma recuperação no período subsequente (2005 a 2007), não foi alcançado o patamar de 2002, ficando 56% aquém da meta pactuada.

Achado 2: Baixa resolutividade da Atenção Básica em Saúde.

Critério Legal: Constituição Federal, art. 198, caput e Portaria GM/MS nº 648/2006 (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB).

48. A Atenção Básica não está resolvendo os maiores problemas de saúde da população local, por isso grande parte dos usuários do SUS prefere buscar diretamente atendimento nos hospitais estaduais a ir aos postos de saúde.

49. Os serviços e ações de Atenção Básica, cuja execução compete à esfera municipal, abrangem, no âmbito individual e coletivo, a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

50. Seu financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão. Os recursos federais são transferidos aos municípios na modalidade fundo a fundo, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa (PAB Fixo) e outra variável (PAB Variável). A primeira é destinada a todos os municípios para o financiamento das ações de atenção básica em geral (valor per capita/ano), enquanto a segunda tem a finalidade de estimular a implantação, nos municípios, da estratégia Saúde da Família (SF).

51. O objetivo da estratégia da Saúde da Família é mudar do modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, de caráter exclusivamente centrado na doença, para estabelecer a atenção básica como primeiro nível de atenção à saúde no SUS, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

52. Esse modelo (Saúde da Família) difere do tradicional de organização da atenção básica, pelo modo que opera, sob a forma de trabalho em equipes multiprofissionais, dirigidas às populações de territórios geograficamente delimitados, pelos quais assumem responsabilidade sanitária. É um modelo de atenção centrado nas famílias, voltado para o atendimento às patologias de maior prevalência.

53. Para que haja a reorientação do modelo assistencial brasileiro, devem estar presentes no trabalho dessas equipes, as quatro características essenciais da Atenção Primária à Saúde: a) primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde); b) longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização); c) integralidade da atenção; d) coordenação do fluxo dos usuários dentro da rede de serviços de saúde, favorecendo que os distintos pontos desta rede tenham as unidades básicas de saúde como elo central de integração e comunicação. Enfim, a Atenção Básica abrange tanto os serviços prestados pela estratégia Saúde da Família quanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

54. Na presente fiscalização, detectaram-se falhas no funcionamento das equipes do Saúde da Família e na infraestrutura das unidades, que contribuem para a baixa resolutividade das atividades de promoção e proteção da saúde e de atendimento das doenças de maior prevalência. Isso aumenta a probabilidade de a população procurar os serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade, os quais demandam a utilização de recursos tecnológicos de alto custo, onerando desnecessariamente o sistema.

55. A seguir serão examinadas as impropriedades detectadas na estratégia da Saúde da Família e nas três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Macapá visitadas: Dr. Marcelo Cândia, Dr. Lélío Silva e Congós.

Estratégia da Saúde da Família

56. Apesar de o Programa Saúde da Família ter sido criado pelo Governo Federal em 1994, somente em outubro de 2007 o Estado do Amapá criou a Gerência Estadual de Atenção Básica, a fim de assessorar, acompanhar, monitorar e avaliar as ações referentes à Atenção Básica. Suas atividades envolvem: a) capacitação das equipes; b) o assessoramento técnico e intercâmbio de experiências para municípios executarem ações de saúde; c) o monitoramento da alimentação dos sistemas de informação (SISVAN, SISPRENATAL e outros); d) operacionalização de várias políticas de Atenção Básica (Saúde da Mulher, Idoso, Hipertensão e Diabetes, Hanseníase, entre outras); e) articulação com a vigilância em saúde.

57. A Gerência Estadual apontou como principais problemas para o cumprimento de suas atribuições as grandes distâncias entre os municípios e as dificuldades relativas à alimentação dos sistemas de informações, que interferem no cumprimento das metas pactuadas pelo Estado do Amapá no Pacto pela Saúde. Os municípios não dispõem de técnicos para alimentar os sistemas, acarretando a baixa qualidade das informações. Treinamentos para a correta alimentação dos sistemas são realizados anualmente, mas há uma alta rotatividade dos servidores dos postos de saúde. Além disso, como não há banda larga nos municípios, fichas em papel são preenchidas nos postos de saúde e UBS e enviadas à Secretaria Municipal de Saúde para lançar os dados nos sistemas, o que aumenta o índice de erros na alimentação dos dados.

58. Em 2008, a Gerência realizou um diagnóstico na estratégia Saúde da Família, quando acompanhou 19 equipes de Macapá. Constataram a resistência dos médicos em se adequar à estratégia, os quais preferem ficar na UBS a ir a campo. Prevalece a visão de medicina curativa em detrimento da preventiva. Há municípios com 100% da população coberta pela estratégia SF e com indicadores epidemiológicos ruins, indicando problemas na implementação da estratégia. O município de Tartarugalzinho não está recebendo o PAB Variável, por terem sido constatadas equipes incompletas e profissionais com duplicidade de vínculo. A Gerência Estadual aguarda o cumprimento, pelo município, das orientações dadas, porém apontam a falta de autonomia do Secretário Municipal de Saúde como uma das causas para a demora na regularização da situação. Isto porque a gestão dos recursos de saúde, da mesma forma que nos demais municípios do Estado, fica a cargo do Secretário de Finanças, contrariando o disposto na Lei 8.080/1990.

59. Destacaram-se três aspectos para que ocorra a reorganização do sistema de saúde e que a Atenção Primária se torne efetivamente a porta de entrada do sistema:

- a. os recursos da saúde devem ser gerenciados pelo Secretário Municipal de Saúde, conforme determina a legislação (artigo 9º, incisos II e III, c/c art.15, inciso II, da Lei 8.080/1990);

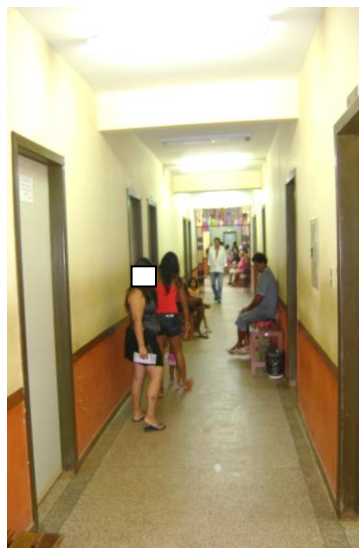
- b. os médicos integrantes da estratégia Saúde da Família devem realizar as visitas domiciliares, conforme preconiza a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria GM nº 648/2006);
- c. as UBS devem satisfazer as necessidades básicas de saúde da população (consulta, exames e medicação), a fim de que o primeiro atendimento seja realizado de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria GM nº 648/2006).

Unidades Básicas de Saúde

60. Conforme já mencionado, a equipe de fiscalização visitou as Unidades Básicas de Saúde Dr. Marcelo Cândia, Dr. Lélío Silva e Congós. As duas primeiras também são Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam 24 horas por dia e possuem a finalidade de atender urgências ambulatoriais e estabilizar pacientes até a chegada do SAMU/192, além de realizar exames laboratoriais e de raio-X na própria unidade ou em laboratórios de apoio diagnóstico. A UBS de Congós é a que possui o maior laboratório do Município.

61. A principal deficiência da UBS Congós é a falta de espaço físico adequado para a espera de atendimento, pelos pacientes, contrariando o princípio do atendimento acolhedor, contido na Política de Humanização do SUS. A espera é se dá em um estreito corredor, com número reduzido de bancos e cadeiras, conforme pode ser observado na Figura 2. Além disso, a Unidade possui apenas três consultórios, comprometendo o atendimento das áreas de fonoaudiologia e psicologia.

Figura 2 – Corredor da UBS Congós



Fonte: Equipe de fiscalização

62. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) possuem instalações adequadas, pois passaram por reformas recentemente. Entretanto, constatou-se que não dispõem de

aparelhos de raio-X, o que diminui a resolutividade da Atenção Básica. Não havendo equipamento para este tipo de exame na UBS a população procura atendimento no Hospital de Emergência, contrariando a lógica do SUS. Em apenas uma das UBS visitadas havia aparelho de ultrassom, porém de propriedade do médico.

63. As UBS visitadas realizam exames de pré-natal e o Preventivo contra Câncer do Colo Uterino (PCCU). Há uma escala de enfermeiros/técnicos de enfermagem para atender nos horários da manhã e da tarde, mas a procura pelo PCCU é considerada baixa. A meta de 300 exame/mês por UBS não é alcançada. A baixa procura pelo exame é imputada à demora da entrega do resultado (3 a 4 meses), uma vez que o material coletado em todos os postos é encaminhado para o laboratório do Estado, o qual só dispõe de um profissional para fazer a análise. Por esta razão, os médicos que atendem nos ambulatorios não aceitam os resultados do PCCU, pois, no interregno entre o exame e a nova consulta, o câncer detectado pode ter evoluído.

64. Para realização dos exames pré-natal, as equipes da Saúde da Família fazem busca ativa para localizar as gestantes em seus territórios. Nas UBS, a gestante necessita agendar a consulta, sendo-lhe orientado que há necessidade de comparecer a quatro, no mínimo. O fato de as UBS não alcançarem as metas estipuladas pelo governo federal é atribuído à deficiência de alimentação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Problemas no preenchimento das fichas na UBS refletem na baixa qualidade dos dados que serão inseridos, posteriormente, na Secretaria Municipal de Saúde.

65. As unidades básicas visitadas dispunham de laboratórios para a realização de exames simples. A maioria desses exames, a exemplo dos hemogramas e sorologia, é realizada pela empresa terceirizada, denominada Clínicas Reunidas do Amapá (CRA). De acordo com os técnicos da UBS Congós, antes da terceirização, as unidades eram responsáveis pela atividade e entregavam o resultado do exame em três dias. O mesmo serviço, prestado pela CRA, leva 10 dias e gera a insatisfação dos usuários.

66. Em função do limitado número de fichas de atendimento para os exames, mesmo com o sistema de agendamento, o usuário do SUS continua formando fila em frente do posto para obter a prestação deste serviço. Técnicos dos laboratórios das UBS alegaram que, para melhorar o atendimento e diminuir a espera da população, seria necessário aumentar a capacidade dos laboratórios, para desafogar a demanda.

67. Os equipamentos do laboratório da UBS Dr. Marcelo Cândia não são suficientes para compor uma unidade de urgência e emergência, como se espera de uma UPA, fazendo com que os usuários do serviço continuem procurando o Hospital de Emergência. A Unidade conta com 1 centrífuga avariada (deveria contar com duas, pelo menos); 1 microscópio novo e em bom estado (outros dois antigos encontram-se em manutenção); uma estufa quebrada há mais de 1 ano, apesar de estar no período de garantia; e duas autoclaves não operadas há mais de 5 anos, porque nunca foram instaladas, como mostra a Figura 3, denotando desperdício de recursos públicos.

68. A equipe observou, também, que a bancada do laboratório da UBS Marcelo Cândia é alta, construída fora do padrão da construção civil, o que impede o apoio dos pés no chão, como pode ser confirmado na Figura 4. Tampouco o banco utilizado nos trabalhos de análise clínica oferece apoio aos pés, fazendo com que os funcionários utilizem mesa imprópria para o trabalho em detrimento à bancada construída para tal finalidade. Como ponto positivo, o laboratório realiza o exame HIV, sendo que a UBS é referência desta área no Estado.

Figura 3– Autoclaves do laboratório da UBS Marcelo Cândia.



Figura 4– Bancada do laboratório da UBS Marcelo Cândia.



Fonte: Equipe de fiscalização

69. O laboratório da UBS Congós possui boas instalações físicas, mas os equipamentos são insuficientes para a demanda, tendo em vista que realizam exames para outras 4 UBS. A centrífuga é antiga, não possui máquina de etiquetas e duas autoclaves também estão paradas por falta de instalação. Segundo os técnicos daquela Unidade, há três anos, a capacidade do laboratório era mais bem aproveitada, pois faziam hemograma completo e atendiam 150 pacientes por dia. Hoje o laboratório processa apenas 50 exames por dia, sendo o restante encaminhado à empresa CRA, a qual apresenta os problemas relatados no item 65.

70. Questionado sobre os fatos relatados, o Secretário Municipal de Saúde de Macapá/AP destacou a dificuldade em se contratar e fixar profissionais especializados, o que seria o principal motivo de as UPA ainda não possuírem o serviço de radiologia. Também apresentou algumas providências tomadas nos cinco meses de sua gestão, como o reajuste do valor dos plantões das UPA para R\$ 900,00 e do salário referente a 20 horas semanais para R\$ 3.220,00. Com isso, o número de atendimentos nas seis maiores UBS do município, incluindo as UPA, passou de 4.582 (NOV/2008) para 15.485 (ABR/2009).

5 - Da Média e Alta Complexidade

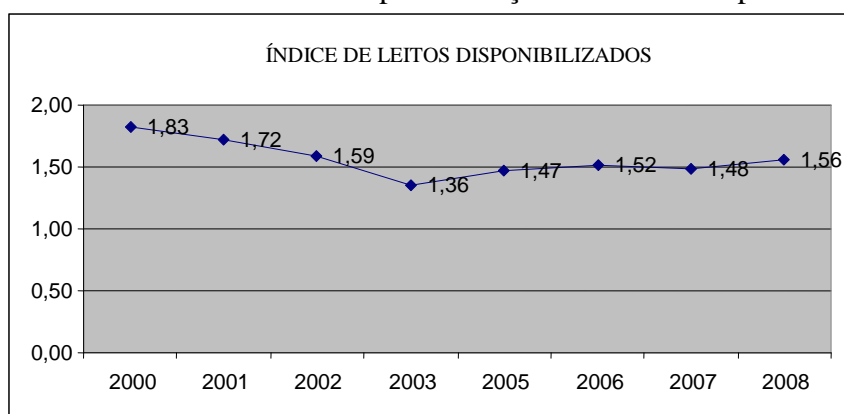
Achado 1: O índice de leitos disponibilizados encontra-se abaixo do parâmetro nacional.

Critério Legal: Lei nº 11.653/2008 (PPA 2008-2011)

71. Constatou-se que o indicador que mede o índice de leitos disponibilizados no Estado encontra-se muito abaixo do índice de referência do PPA 2008-20011 e que não vem acompanhando o ritmo de crescimento da população do Estado.

72. Este indicador é calculado dividindo-se o número de leitos públicos e privados disponibilizados no SUS pela população residente, e multiplicado por 1.000. O índice de referência utilizado no PPA é de 2,66 e a meta estipulada ao final do PPA é de 3,00.

Gráfico 4 – Indicador de Disponibilização de Leitos Hospitalares



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

73. Pela análise do Gráfico 4, pode-se observar que esse indicador sofreu uma piora entre 2000 e 2003. Não há dados para 2004, em função da implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que utiliza critérios diferentes de classificação e cadastramento, o que provocou uma quebra na série histórica, além de introduzir uma nova metodologia de cálculo a partir de 2005.

74. Em 2008, apesar de o Estado do Amapá ter alcançado um índice de 1,56, superior ao obtido em 2007 (1,40), o resultado está bem abaixo do índice de referência do PPA (2,66) e da meta definida para 2011 (3,00).

75. Portanto, é necessário que o Estado inclua no Plano Diretor de Investimentos (PDI) as ações necessárias para aumentar a capacidade instalada, a fim de que este indicador aproxime-se do índice de referência estabelecido no PPA.

Achado 2: A infraestrutura dos hospitais estaduais visitados não está plenamente adequada nem é suficiente para garantir o acesso tempestivo da população amapaense às ações de média e alta complexidade.

Critério legal: Constituição Federal, arts. 198, *caput*, e 37, *caput*.

76. Constatou-se que os hospitais estaduais visitados pela equipe de fiscalização (Hospital da Mulher Mãe Luzia e, principalmente, Hospital de Emergência e Hospital Geral) não possuem infraestrutura adequada nem suficiente para suprir a demanda da população do Estado e das ilhas do norte do Pará, que se deslocam a Macapá a fim de

buscarem atendimento. Nas visitas realizadas, foram constatados problemas nas instalações físicas, nos equipamentos, no planejamento das ações, no atendimento aos pacientes, conforme detalhado nos itens a seguir.

Hospital da Mulher Mãe Luzia (HM)

77. O Hospital da Mulher Mãe Luzia recebe crianças prematuras nascidas em outros hospitais, sejam públicos ou privados. Não possui lista ou fila de espera, tendo em vista que é obrigado a receber e a internar pacientes, mesmo que a capacidade máxima já tenha sido atingida (96 leitos), o que é bastante comum, segundo relatos do Diretor do HM. Atualmente, esta capacidade é insuficiente para atender os casos eletivos. Possui três mesas paralelas de parto e 7 leitos de pré-parto, realizando cerca de 25 partos por dia, sendo 5 cesarianas. Dispõe de um serviço ambulatorial para pacientes de alto risco, um ambulatório de ginecologia cirúrgica e planejamento familiar, além de um banco de leite.

78. O diretor do HM atestou que, em 2006, o hospital encontrava-se com altos índices de mortalidade neonatal. Atualmente, esses índices encontram-se na média da região Norte (14 mortes por 1.000 nascidos vivos), porém acima do parâmetro nacional (8 mortes por 1.000 nascidos vivos, em 2006). O Ministério da Saúde tem como objetivo reduzir o índice da região em 2009.

79. O Hospital da Mulher possui uma programação anual de gestão inserida no RAG. Entretanto, não elaborou um Plano Operativo Anual contendo objetivos, metas e indicadores para a gestão hospitalar, conforme pode ser constatado no RAG constante do sítio da SESA/AP (www.saude.ap.gov.br).

80. O Diretor do Hospital da Mulher Mãe Luiza apontou dificuldades na gestão do estabelecimento por falta de médicos em todas as especialidades, de forma similar ao encontrado no Hospital de Emergência. Citou como exemplo a falta de cirurgões pediátricos, de cirurgões pélvicos especialistas em oncologia ginecológica, de urologistas e neonatologistas. A carência de profissionais está sobrecarregando os médicos em serviço. Além disso, parte da mão-de-obra é alocada no serviço de triagem, pois número elevado de pacientes de baixo risco procura os serviços do HM quando deveria buscar as unidades básicas de saúde.

81. Ao entrevistar diversos pacientes nas enfermarias do HM, a equipe de fiscalização constatou que estão satisfeitos com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde do HM, mesmo com a sobrecarga acima constatada.

82. A equipe constatou que as instalações físicas do Hospital da Mulher necessitam de reformas, principalmente a estrutura hidráulica e elétrica, pois o prédio tem mais de 50 anos. As salas de pré-parto acomodam várias pacientes, mas não oferecem privacidade às parturientes e seus cônjuges, cujo acompanhamento é salutar no trabalho pré-parto. Ressalte-se ser prática comum em hospitais o uso de cortinas para individualizar os leitos, na visão da humanização da saúde. As mesas utilizadas para cirurgias e partos estão velhas e quebradas. Uma médica anestesista relatou que,

recentemente, uma das mesas de cirurgia quebrou durante um procedimento, provocando a queda de uma paciente anestesiada ao chão. Foi necessária a remoção da paciente anestesiada, que felizmente não sofreu ferimento mais grave, para outra mesa e dar prosseguir ao parto.

83. Há insuficiência de equipamentos de alta complexidade para a UTI Neonatal, que não dispõe de um conjunto completo de aquecedor, respirador e monitor multiparamétrico para os seis leitos existentes. Constatou-se que existe apenas um monitor multiparamétrico, de forma que os outros cinco leitos ficam sem monitoramento especializado. Havendo necessidade, quatro novos leitos podem ser agregados, mas não possuem os itens listados anteriormente. O HM mantém, em média, 10 a 12 bebês entubados, que utilizam toda a capacidade da UTI Neonatal. O excesso de demanda é enviado para a UTI Neonatal do Hospital São Camilo (filantrópico), que possui seis leitos, mas nem todos destinados ao SUS.

84. Apesar dos relatos, a direção do hospital informou que houve uma reposição recente de equipamentos: em 2008, recebeu um novo aparelho de ultrassom e, em 2009, monitores multiparamétricos. Contudo, a manutenção dos equipamentos, da mesma forma que no HE, deixa a desejar, ocorrendo somente na modalidade corretiva.

85. O diretor do HM reiterou o fato de que é difícil transferir pacientes para o Hospital Geral. Citou a área de oncologia daquela unidade como uma das mais críticas, relatando que já houve ocasiões em que a paciente aguardou por cinco dias, no HM, por uma avaliação do médico oncologista.

86. Segundo a SESA/AP, está prevista a construção de uma nova maternidade na zona norte do município de Macapá e outra no município de Mazagão. A entrada em operação de novos hospitais maternos permitiria que o HM se concentrasse apenas nos casos de alto risco, os quais constituem sua verdadeira missão e melhorar o atendimento de alta complexidade para tornar-se um centro de excelência. Atualmente, o HM não faz cirurgia cardíaca neonatal, a qual é objeto de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

87. Questionada a respeito da existência de pesquisas de satisfação dos usuários, como preconiza a Política Nacional de Humanização do SUS, a direção do hospital informou que não adota nenhum procedimento desse tipo.

Hospital de Emergência (HE)

88. O Diretor do Hospital de Emergência informou em entrevista que a instituição não fixou metas para o atendimento de urgência e emergência de Média e Alta Complexidade. O RAG do HE contém o objetivo do hospital, a capacidade instalada, a produção de exames e as principais atividades desenvolvidas pelos diversos setores e serviços do hospital, mas não demonstra as comparações necessárias entre o que foi produzido e parâmetros de desempenho preestabelecidos. Isto porque o hospital não possui um Plano Operativo, com metas pactuadas com a SESA/AP e com os profissionais de saúde.

89. É importante ressaltar que o objetivo do HE é atender as demandas de urgência/emergência, clínicas ou cirúrgicas de alta complexidade, realizar as cirurgias de urgência, estabilizar o paciente, eliminando o risco de morte, e encaminhá-lo aos serviços de especialidades, para seguir com o tratamento. Contudo, de acordo com o diretor do HE, o fluxo natural seria a transferência do paciente ao Hospital Geral (HG), o que não acontecendo provoca um estrangulamento no fluxo de entradas do HE. Enquanto esta transferência não ocorre, o paciente permanece ocupando leito no HE, sem receber tratamento especializado, até que os acompanhantes consigam efetivar a internação por meio da Secretaria de Estado da Saúde.

90. Esse fato, aliado à baixa resolutividade da atenção básica no Estado, torna o HE um gargalo no sistema, onde pessoas passam dez ou mais dias internadas, quando a transferência para outro hospital deve ocorrer dentro de, no máximo, 72 horas após a avaliação. O diretor citou o caso de um paciente com HIV positivo que aguardou 22 dias para conseguir ser transferido para um leito de infectologia no Hospital Geral. Há casos de pacientes que chegam a permanecer de 30 a 60 dias, fazendo com que o HE desempenhe a função do Hospital Geral, ao invés de alocar sua mão-de-obra para prestar um adequado atendimento de urgência.

91. Segundo o gestor do hospital, a baixa resolutividade da atenção básica faz com que as pessoas busquem diretamente o pronto-socorro por problemas simples (70% dos atendimentos), tais como febre, diarreia e dores de cabeça, que poderiam ser resolvidos em Postos (PS) ou em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

92. O Hospital conta, também, com Centro de Tratamento de Queimados, a ala mais nova do hospital (inaugurada em 2009), considerado a referência no Estado.

93. Em entrevistas com usuários e com profissionais de saúde, constatou-se que a população não procura os postos e UBS por saber que, no Hospital de Emergência, será atendida e fará o exame apropriado no mesmo dia, enquanto que nas unidades municipais não há todos os exames necessários e a consulta é marcada, no mínimo, para o dia seguinte. Isso contribui para a superlotação do HE, que não comporta mais o número de pacientes que recebe.

94. A equipe de fiscalização, por meio de observação direta, constatou pacientes internados em macas, em bancos de madeira e, inclusive, diretamente no chão, conforme pode ser observado na figura 5. Um paciente relatou à equipe que já estava há três dias internado no chão. Havia uma folha de papel colada na parede com seu nome escrito que oficializava o “local” de sua internação, conforme Figura 6.

Figura 5 – Pacientes “internados” no HE.



Figura 6 – Folha de Papel que oficializa o “leito”



Fonte: Equipe de fiscalização

95. Na clínica cirúrgica há 28 leitos, mas estariam internados 45 pacientes. O diretor do HE argumentou que tem a obrigação de recebê-los, mas que não dispõe da quantidade de leitos necessária. Afirmou também que o HE não tem para onde crescer, e que há a necessidade urgente de se construir um novo pronto-socorro para desafogar o atual.

96. Com relação às instalações físicas, as enfermarias são quentes e não dispõem de ar condicionado ou ventilador para manter a temperatura adequada aos internados. Em razão das temperaturas elevadas, cabe aos acompanhantes dos pacientes (Figura 7) prover o local com ventiladores de propriedade das famílias. Todas as enfermarias são mistas, não havendo distinção entre feminina, masculina e pediátrica, como previsto no CNES. Os banheiros apresentam vazamentos e infiltrações que alagam a enfermaria (Figura 8).

Figura 7 – Enfermaria do HE



Figura 8 – Vazamento refletido nas enfermarias do HE



Fonte: Equipe de fiscalização

97. A equipe constatou que pelas passagens existentes para o Centro Cirúrgico transitam o material contaminado e o esterilizado, colocando os pacientes que por ali circulam em risco de contrair infecções. Não há distinção do fluxo de pacientes a serem submetidos à cirurgia dos que vieram a óbito. Os pacientes, em que pese vestirem roupas esterilizadas, aguardam a cirurgia no corredor, ficando vulneráveis à contaminação. Segundo um dos médicos plantonistas, a UTI é básica, de acordo com as normas do Medical Information Bus (MIB). Na verdade, a sacada do hospital foi adaptada para se transformar em uma UTI. A Central de Esterilização de Materiais apresenta alto risco de contaminação, visto que, pela mesma passagem na parede, recolhe-se o material contaminado e entrega-se o material esterilizado. Apesar de o tempo de espera para cirurgias ortopédicas ser alto, a equipe observou em sua visita que apenas duas das três salas de cirurgia estavam sendo utilizadas.

98. A SESA/AP tem contrato com uma empresa para dar manutenção corretiva nos equipamentos dos hospitais. Segundo funcionários do hospital, o conserto demora muito e só é providenciado quando a prestação do serviço fica muito prejudicada. Citaram o exemplo recente do conserto de uma das autoclaves (aparelho de esterilização), cuja resistência havia queimado e que levou três meses para ser reparado, sobrecarregando a outra existente no hospital. Não há manutenção preventiva dos equipamentos.

99. A equipe constatou que, nas instalações onde se encontra o equipamento de raio-X, a passagem dos exames de uma sala para outra é realizada através de uma janela aberta na parede, cujas portas estão enferrujadas, não fecham, correndo-se o risco da radiação ultrapassá-la e atingir o profissional que irá realizar a revelação das chapas de radiografia (Figura 9). A sala escura de revelação não dispõe de lâmpada de segurança, obrigando os técnicos a trabalharem totalmente no escuro. Os produtos químicos (revelador e fixador) ficam armazenados em recipientes na sala escura aguardando descarte. O cheiro é forte e o exaustor não funciona.

Figura 9 – Janelas por onde passam os exames de raio-X no HE



Fonte: Equipe de fiscalização

100. O aparelho de ultrassom está com seu teclado e impressora inoperantes, o que exige a presença do médico que solicitou o exame durante a sua realização, de modo a realizar o pronto diagnóstico.

101. Quanto ao atendimento, o Diretor afirmou que o tempo de espera máximo para que um paciente que chegue ao HE seja submetido à triagem é de 40 minutos. Esse primeiro atendimento visa avaliar se o paciente corre ou não risco de vida, função precípua do pronto-socorro. Na realização dos demais procedimentos (exames e consultas), o tempo de atendimento varia muito. Há prioridade para idosos, grávidas e casos graves. No caso de fratura exposta com risco de vida, o atendimento é prestado no centro cirúrgico; no caso de fratura fechada sem risco de vida, o atendimento é ambulatorial, pelo médico ortopedista (consulta).

102. Nas entrevistas com os usuários, ficou evidente seu descontentamento com a qualidade do atendimento prestado e com a falta de cortesia dos profissionais de saúde. Além disso, apesar das escalas serem programadas para que não haja interrupção no atendimento, foi relatado que no turno das 11 às 15 horas, há uma paralisação no atendimento em razão do horário de almoço.

103. Durante a visita, a equipe de fiscalização constatou, mais uma vez, descumprimento à política de humanização do SUS: uma senhora internada desacompanhada, não obteve o auxílio da equipe de enfermagem, apesar de solicitado pelos acompanhantes de outros pacientes internados na mesma enfermaria, quando defecou em sua cama. O atendimento à paciente veio desses acompanhantes, que se ocuparam da limpeza, sem o suporte dos profissionais da saúde.

104. Não há demora na realização de exames ambulatoriais, de tomografia computadorizada e de ultra-sonografia, segundo os enfermeiros do hospital. Todavia, o mesmo não ocorre com relação aos exames pré-operatórios que não são realizados no hospital, como o ecocardiograma, a colonoscopia e a ressonância magnética, os quais dependem de solicitação para a SESA/AP ou para o Hospital Geral. Isto também contribui para aumentar o tempo de internação dos pacientes ultrapassando as 72 horas regulamentares.

105. O Diretor informou, relativamente à disponibilidade de profissionais de saúde, que dispõe de apenas um médico radiologista e não há anestesistas nem angiologistas no corpo técnico do hospital. A carga horária dos médicos é de 6 horas corridas diárias, sendo 4 horas no atendimento e 2 horas para a avaliação do retorno. Neste segundo período, o médico tem a obrigação de fiscalizar os pacientes atendidos, direcionando para internação ou alta, para só então passar o turno para outros médicos.

106. Durante a visita ao hospital, a equipe presenciou um paciente em surto psiquiátrico no corredor do HE e não havia ninguém para atendê-lo. Questionados a respeito, os profissionais de saúde informaram que a escala do psiquiatra era das 19 horas às 7 horas, não havendo especialista disponível naquele momento. Eles ressaltaram a dificuldade de acompanhamento desses pacientes em surto psiquiátrico, em função da falta de treinamento específico dos técnicos e de medicamentos para acalmá-los. Além disso, esclareceram que a escala é de sobreaviso, sendo o médico acionado quando necessário, via celular. Há diversas especialidades que funcionam no esquema de sobreaviso, tais como nefrologia, infectologia, psiquiatria, otorrinolaringologia e cirurgia plástica.

107. Outra atividade importante do hospital diz respeito à atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que ainda não consegue cumprir integralmente seu papel, visto que até hoje não realizou nenhuma investigação de infecção hospitalar, como prevista na Portaria GM nº 2.616, de 12 de maio de 1998. De acordo com profissional responsável pelo setor de investigação, há previsão de liberação por 2 horas diárias da sua carga horária de, pelo menos, 1 médico para realizar investigação da infecção hospitalar. Contudo não há médicos atuando junto à CCIH comprometendo o andamento do protocolo antibiótico que visa avaliar os resultados de exames e verificar se o caso ocorreu em consequência de infecção hospitalar.

108. Atualmente, a referida Comissão está trabalhando com o Projeto do Lixo, adequando o armazenamento e recolhimento do lixo comum e do infectante, e com o Protocolo de atendimento de acidentados com material perfurocortante (contaminação HIV e hepatite). Este trabalho é realizado por 3 técnicos e 1 enfermeiro. A CCIH tem o objetivo não somente de prevenir e combater a infecção hospitalar, em prol da população assistida, mas também proteger o hospital e o corpo clínico.

109. Questionada a respeito da existência de pesquisas de satisfação dos usuários, para cumprir a norma do SUS, a direção do hospital informou que pretende reativar a “caixa de sugestões”, a fim de avaliar a limpeza, o atendimento médico, o setor de enfermagem, a recepção e a alimentação.

110. A Secretaria Estadual de Saúde do Amapá informou que possui planos de construir o Hospital Metropolitano de Emergência, para diminuir a pressão existente sobre o HE.

Hospital Geral (HG)

111. O Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, também denominado Hospital de Especialidades ou Hospital Geral (HG), tem a missão de oferecer atendimento especializado aos referenciados pelo SUS, assegurando qualidade, continuidade do atendimento e promovendo a formação técnica do profissional da área da saúde. São oferecidas as especialidades de oncoginecologia, medicina interna, cardiologia, neurologia, pneumologia, proctologia, infectologia, reumatologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, alergologia, endocrinologia, cirurgia geral, plástica e vascular, ortopedia, mastologia, neurocirurgia e cirurgia plástica.

112. Na parte oncológica, o Hospital de Clínicas está credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), ofertando serviço de quimioterapia. Pretende se credenciar como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), quando prestará, necessariamente, serviços de radioterapia.

113. O tempo de espera para a marcação de consultas é elevado (cerca de 30 dias), havendo prioridade para idosos. Este tempo aumenta caso o paciente necessite fazer um exame de eletrocardiograma, por exemplo, quando aguardará cerca de 2 meses, de acordo com informações do administrador do hospital.

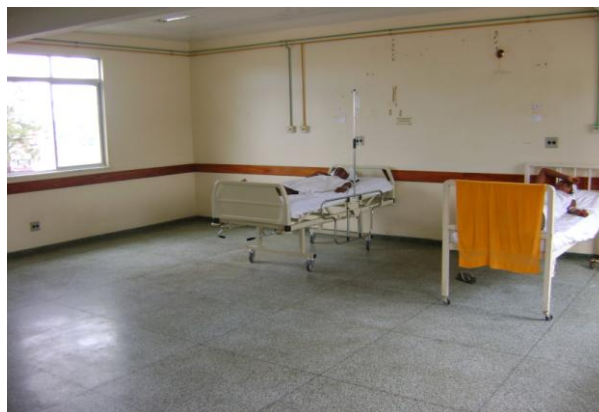
114. Com relação à dificuldade de se obter leitos no HG, como relatado pelos diretores do HE e do HM, o administrador do hospital afirmou que, apesar do aumento da população do Estado, não houve o correspondente aumento da estrutura hospitalar, acarretando déficit entre a oferta e a demanda. Todavia, em várias enfermarias, a equipe constatou a existência de leitos vagos, como retratado na Figura 10.

115. Diariamente, há filas na porta da sala do Diretor do Hospital, com pessoas solicitando leitos para parentes, mas o HG não consegue atender a demanda. Em tese, por não estar implantada a regulação de internações no HG, há o risco de favorecimento de determinados pacientes, por influência pessoal, em detrimento de outros. Diferentemente do HE e do HM, se não há leitos vagos, o HG não interna o paciente, mesmo que haja encaminhamento médico.

Figura 10 – Enfermaria do Hospital de Clínicas com leitos vagos



Figura 11 – Enfermaria com espaço subaproveitado



Fonte: Equipe de fiscalização

116. O HG não aproveita integralmente a capacidade de suas enfermarias. Com base em informações dos técnicos e observação da equipe, as enfermarias, comportam, pelo menos, 5 leitos. Contudo, diversas possuem número inferior de leitos, havendo algumas com apenas dois (Figura 11).

117. Segundo o administrador do Hospital, a ala antiga possui espaço suficiente para abrigar 50 novos leitos, sendo 40 em enfermarias e 10 em UTI, mas sua reforma precisa ser concluída (as obras estão suspensas desde 2004) como demonstra a Figura 12. Acrescentou que foram solicitadas para a Secretaria Estadual de Saúde do Amapá 200 camas e colchões para substituir os antigos e criar novos leitos. No entanto, até a realização da presente auditoria, apenas 12 colchões haviam sido entregues. Outra dificuldade apontada foi a falta de profissionais para atender os novos leitos que serão criados.

118. Quanto às instalações físicas, a equipe constatou que os pacientes aguardam por atendimento em local inadequado (Figura 13). A nova ala, construída em 2004, apresenta problemas, tais como: mofo no ar condicionado da UTI; vazamentos;

rachaduras nas paredes; inoperância do elevador. Como o elevador não está funcionando, os pacientes são encaminhados às salas de cirurgia e à UTI, que ficam no terceiro andar, empurrados em macas por rampas irregulares, expostas à chuva, desde o primeiro andar do prédio, mais uma vez contrariando os princípios de Humanização do SUS.

Figura 12 – Parte externa da ala antiga do HG



Figura 13 – Espera improvisada na ala antiga



Fonte: Equipe de fiscalização

119. Relativamente a equipamentos, o HG apresenta os mesmos problemas que os demais hospitais: ausência de manutenção preventiva e demora na prestação de serviços por parte da empresa contratada. Há apenas um equipamento de raio-X funcionando para atender cerca de 120 pacientes/dia.

120. De forma análoga aos demais hospitais, o HG ainda não realiza pesquisas de satisfação dos usuários, não possui Plano Operativo com objetivos, metas e indicadores claramente definidos e não está integrado à Central de Regulação Estadual.

6 - Da Prestação de Contas dos Fundos de Saúde

121. O Tribunal de Contas do Estado do Amapá (TCE-AP) informou, pelo ofício DAEXT/TCE nº 016/2009, que o Fundo Estadual de Saúde ainda não apresentou a prestação de contas referentes ao ano de 2007, em total descumprimento ao estabelecido na Resolução Normativa nº 118/05/TCE-AP, que estabelece o prazo de sessenta dias após o encerramento do correspondente exercício financeiro para a apresentação das contas.

122. Informou, também, que a regularidade dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde ao Estado do Amapá, nos anos de 2006 e 2007, está sendo verificada, não dispondo aquela Corte de relatório conclusivo acerca de possíveis impropriedades e/ou irregularidades na aplicação dos recursos.

123. O Município de Macapá não enviou ao TCE/AP a Prestação de Contas de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde referente ao exercício de 2007. Para o exercício de 2006, a referida prestação de contas resume-se a uma reprodução das informações repassadas ao Ministério da Saúde através do SIOPS, para consolidação nacional e publicação das aplicações em saúde.

124. De modo análogo, o Município de Santana não enviou ao TCE/AP a prestação de contas de gestão da Secretaria Municipal de Saúde referente aos exercícios de 2006 e de 2007, descumprindo assim o disposto pela Resolução Normativa nº 118/2005-TCE/AP.

125. Percebe-se não haver uma cultura de prestação de contas estabelecidas nos municípios analisados, que são os maiores do Estado. O próprio Estado não cumpre os prazos estabelecidos e até hoje não entregou a prestação de contas da área da saúde referente a 2007. Esse fato prejudica o controle que deve ser exercido pelo TCE-AP.

126. O art. 6º do Decreto nº 1.651/1995 estabelece que a comprovação da aplicação de recursos federais transferidos aos Estados e aos Municípios para a área de Saúde, por meio de transferências fundo a fundo, deve ser feita, para o Ministério da Saúde, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, e para ao Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor.

7 - CONCLUSÃO

127. O presente trabalho teve por finalidade avaliar a situação das ações e serviços de saúde no Estado do Amapá, para atender à solicitação da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, originada da Proposta de Fiscalização e Controle nº 19/2007, de autoria do falecido Deputado Jorge Tadeu Mudalen, em razão de denúncia do Movimento “Luto Pela Vida”, organizado pela sociedade de Macapá/AP.

128. Para cumprir o objetivo desta fiscalização, optou-se por examinar os instrumentos de planejamento do SUS e os principais problemas pertinentes à atenção básica e à qualidade da assistência hospitalar prestada em Macapá, que foram relatados naquela denúncia.

129. Dentre os instrumentos básicos de planejamento, constatou-se que o Município de Macapá e o Estado do Amapá não possuíam Plano de Saúde, requisito legal para o repasse dos recursos federais. Por conter diagnóstico das necessidades de saúde da população e os objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos, a ausência desse instrumento implica prejuízo para a implementação das ações de saúde e para a alocação eficiente de recursos, inviabilizando avaliação dos resultados alcançados.

130. Os instrumentos básicos de planejamento da regionalização (PPI, PDI e PPI) encontram-se defasados e não refletem os fluxos reais de referência e contra-referência atuais, tendo em vista que os hospitais estaduais recebem uma grande quantidade de pacientes das ilhas do Pará. Tais instrumentos constituem a base para a instalação do Complexo Regulador Estadual, de acordo com a Política Nacional de Regulação. Não há regulação de internações, consulta e exames no Estado, sendo que apenas a regulação do SAMU referente ao componente estadual está operante.

131. A falta de resolutividade da atenção básica, tanto na Estratégia Saúde da Família como no serviço prestado pelos Postos e Unidades Básicas de Saúde Municipais

acarretam o estrangulamento no atendimento e à dificuldade de acesso da população amapaense e das ilhas do Pará próximas a Macapá a um serviço de qualidade na área da saúde pública. Isto porque as UBS e as UPA não dispõem da estrutura adequada para a realização e a entrega de exames de forma tempestiva à população, que prefere se deslocar para o Hospital de Emergência.

132. O atendimento da população nos hospitais estaduais também se encontra prejudicado devido a problemas na manutenção de equipamentos, não cumprimento da carga horária por parte dos profissionais de saúde, ausência de programas efetivos de combate às infecções hospitalares, fluxo inadequado de material contaminado dentro de centros cirúrgicos e falta de um sistema de avaliação da satisfação do usuário.

133. Além disso, constatou-se que os indicadores analisados apresentaram piora no período de 2002 a 2007, apontando para o fato de que os investimentos realizados na saúde não tiveram a eficácia e a efetividade desejadas. A média anual de consultas médicas por habitante está ficando cada vez mais afastada do parâmetro nacional, assim como o índice de leitos por habitantes e a proporção de nascidos vivos cujas mães tiveram acesso a quatro ou mais consultas de pré-natal.

134. Desta forma, conclui-se que as ações e serviços de saúde pública no Estado do Amapá necessitam de providências urgentes a fim de resolver os problemas de planejamento, melhorar a resolutividade da Atenção Básica em Saúde e garantir o acesso da população às ações e serviços de Média e Alta Complexidade.

8 - PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto, visando a contribuir para melhoria da gestão dos serviços de saúde pública prestados no Estado do Amapá, com fundamento no art. 250, incisos II e III, do Regimento Interno do TCU, submete-se este Relatório à consideração superior, com as seguintes propostas:

I. Determinar à Secretaria de Saúde do Estado do Amapá e à Secretaria de Saúde do Município de Macapá/AP que: incluam no Plano de Saúde um diagnóstico das necessidades de saúde da população; submetam o Plano à aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde, condição legal para o recebimento de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde nos termos do artigo 36 da Lei nº 8.080/1990 e do artigo 4º da Lei 8.142/1990; e cumpram, quando da elaboração dos próximos Relatórios Anuais de Gestão, os requisitos estabelecidos nos artigos 6, 7 e 8 da Portaria GM/MS nº 3.176/2008, que tratam da elaboração, da aplicação e do fluxo do RAG.

II. Determinar à Secretaria Municipal de Saúde de Macapá/AP que adote providências no sentido de que os médicos da Estratégia Saúde da Família realizem as visitas domiciliares conforme preconiza a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria GM nº 648/2006), de forma que as ações de assistência contribuam para o aumento da resolutividade da atenção básica.

III. Recomendar à Secretaria de Saúde do Estado do Amapá e à Secretaria de Saúde do Município de Macapá/AP que adote providências a fim de que os profissionais de saúde cumpram a carga horária contratada.

IV. Recomendar à Secretaria de Saúde do Estado do Amapá que:

- a. atualize, de forma coordenada com as Secretarias Municipais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado do Pará, o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos e a Programação Pactuada e Integrada, a fim de que tais documentos possam refletir a realidade dos fluxos de referência e contra-referência, incluindo os atendimentos prestados à população paraense, e as reais necessidades de investimentos para atender à demanda de ações e serviços de saúde (item 11.1 do Anexo à Portaria GM/MS nº 2.203/1996 -NOB/SUS 01/1996 e itens 4,5 e 6c do Anexo à Portaria GM/MS nº 373/2002 - NOAS/SUS 01/2002);
- b. execute, de forma coordenada com as Secretarias Municipais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado do Pará, o projeto de implantação de um Complexo Regulador, que regule internações, consultas, exames e atendimentos de urgência (inclusive o SAMU) de acordo com a Política Nacional de Regulação e que abranja todos os municípios do Estado do Amapá, os municípios paraenses cuja população é atendida naquele Estado e todos os Hospitais Estaduais, incluindo o Hospital de Emergência e o Hospital de Clínicas, que atualmente não estão ligados ao SISREG (item 4.3 do Anexo I à Portaria GM/MS nº 399/2006 - Pacto pela Saúde, artigos 5,8,9 e 10 da Portaria GM/MS nº 1559/2008 - Política Nacional de Regulação do SUS);
- c. proceda ao processo de revisão do contrato para prestação de serviço de manutenção dos equipamentos dos hospitais estaduais, instituindo níveis de serviços compatíveis com o conserto dos equipamentos, e entregues de forma tempestiva pela empresa contratada, a fim de evitar a paralisação dos serviços e incluindo a realização da manutenção preventiva desses equipamentos;
- d. proporcione as condições e profissionais de saúde necessários para que as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar dos Hospitais Estaduais cumpram as competências estabelecidas nos itens 3.1 a 3.12 do Anexo da Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998;
- e. adote providências no sentido de aproximar o índice de disponibilização de leitos por habitante no Estado do Amapá com o índice de referência nacional, estabelecido no PPA do Governo Federal;
- f. busque soluções para que, em todos os hospitais estaduais, o fluxo do material contaminado, inclusive o lixo, seja diverso do fluxo do material esterilizado no Centro Cirúrgico e na Central de Esterilização de Materiais, a fim de evitar possível contaminação;



- g. implemente sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde em todos os hospitais estaduais, entre os quais as pesquisas de satisfação, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS.

V. Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Macapá/AP que:

- a. adote providências com vistas a dotar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com os recursos necessários (profissionais e equipamentos) para garantir o atendimento integral à população (consultas, exames e medicação), a fim de diminuir a demanda ao Hospital de Emergência, conforme preconizado na Portaria GM/MS nº 2922/2008;
- b. adote providências para a entrega tempestiva do resultado dos exames laboratoriais realizados nas unidades básicas de saúde, com destaque para os exames de Preventivo contra Câncer do Colo Uterino (PCCU), procedendo ao processo de revisão do contrato para prestação de serviços de análise clínicas dos exames laboratoriais realizados nas UBS do Município, instituindo prazo de entrega de resultados compatíveis com o tipo de exame realizado.

VI. Remeter cópia do Acórdão que vier a ser adotado nos autos, acompanhada dos respectivos Relatório e Voto, e deste Relatório de Auditoria:

- a. ao Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados;
- b. ao Ministro de Estado da Saúde;
- c. ao Presidente do Tribunal de Contas do Estado do Amapá.

VII. Retornar os autos à SECEX-AP para que programe a realização do monitoramento da implementação do Acórdão que vier a ser adotado, nos termos do art. 243 do Regimento Interno c/c art. 14 da Resolução – TCU nº 175/2005;

VIII. Arquivar os presentes autos na SECEX-AP.

Brasília/DF, em 8 de junho de 2009.

Ana Lucia Epaminondas
ACE - Matrícula 2727-8

Eduardo Favero
ACE - Matrícula 7637-6