



# **AUDITORIA OPERACIONAL**

## **IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Processo n° 2009/52761-7**

Maria Lúcia de Oliveira de Lima (monitora – TCU)

Maria Betânia Martins Pinheiro (coordenadora)

Álvaro Alves da Rocha Neto

Cleyce das Graças Cunha de Souza

Francimary de Souza Almeida

**BELÉM  
FEVEREIRO/2010**

**Relatório de Auditoria Operacional**  
**Implementação de Ações da Estratégia Saúde da Família – ESF**

**Processo nº : 2009/52761-7**

**Unidade: DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE - DASE**  
**COORDENAÇÃO ESTADUAL DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA/AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE(ESF/EACS)**

**Responsável/Gerente do Programa:** Maria Goreti Galvão da Rocha. (Coordenadora)

**Vínculo: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO**  
**PARÁ - SESPA**

**Designação da equipe:** Portaria Nº 23.329 de 26 de junho de 2009, publicada no Diário Oficial do Estado de 30 de junho de 2009.

**Objetivo da auditoria:** Verificar se as equipes estão efetivamente constituídas e em condições adequadas de atuação, de modo a viabilizar atendimento aos usuários, bem como se a SESPA dispõe de sistemática de acompanhamento e avaliação da ação.

**Período abrangido pela auditoria:** Exercícios de 2008 a 2009.

**Período de realização da auditoria:** 01/04 a 30/06/09 (levantamento)  
01/07 a 13/08/09 (planejamento)  
14/08 a 24/11/09 (execução)  
30/11 a 10/02/10 (relatório)

**Monitoria:** Maria Lúcia de Oliveira de Lima - TCU

**Equipe de auditoria:** Maria Betânia Martins Pinheiro (coordenadora)  
Álvaro Alves da Rocha Neto  
Cleyce das Graças Cunha de Souza  
Francimary de Souza Almeida

## SUMÁRIO

<b>Resumo .....</b>	<b>04</b>
<b>1. Introdução .....</b>	<b>07</b>
Antecedentes.....	07
Identificação do objeto da auditoria.....	07
Objetivos e escopo da auditoria.....	09
Metodologia.....	10
<b>2. Implantação e Condições de Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – ESF’s.....</b>	<b>11</b>
Insuficiência de Cobertura do Saúde da Família.....	11
Condições de Atendimento.....	14
Horário de Funcionamento das Unidades de Saúde da Família – USF’s e das ESF’s.....	15
Estrutura Física das USF’s .....	16
Equipamentos e Materiais nas USF’s .....	19
Assessoria e Assistência Técnica da SESPA aos Municípios .....	21
Capacitação Introdutória para as ESF’s .....	23
<b>3. Acompanhamento, Supervisão e Avaliação da Estratégia Saúde da Família pela SESPA.....</b>	<b>25</b>
Rotinas Documentadas para Acompanhamento Supervisão e Avaliação .....	25
Mecanismo de Controle Utilizado pela SESPA .....	26
Canais Diretos de Comunicação com os Beneficiários.....	26
Assessoramento da SESPA aos Municípios e Capacitação dos Técnicos dos Centros Regionais de Saúde – CRS’s.....	28
Disponibilidade de Informações para os Beneficiários.....	30
Uso dos Indicadores de Atenção Básica pelos CRS’s como Ferramenta Gerencial.....	30
<b>4. Acesso à Atenção Primária, Vínculo entre a Família e o Agente Comunitário de Saúde – ACS’s e Encaminhamento a Médicos Especializados e Exames Clínicos e Radiológicos Promovidos pelas ESF’s.....</b>	<b>31</b>
Cadastro dos Usuários.....	31
Condições de Trabalho dos ACS’s.....	32
Filosofia da Estratégia Saúde da Família e Ações da Equipe de Saúde da Família.....	33
Dificuldade de Acesso a Médicos Especializados e Exames Laboratoriais e Radiológicos.....	35
<b>5. Análise dos Comentários do Gestor .....</b>	<b>38</b>
<b>6. Conclusão .....</b>	<b>38</b>
<b>7. Proposta de Encaminhamento.....</b>	<b>40</b>
<b>8. APÊNDICES .....</b>	<b>44</b>
APÊNDICE I – GLOSSÁRIO	44
APÊNDICE II - LISTA DE SIGLAS	44
APÊNDICE III - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICE IV - FOTOGRAFIAS	44

## Resumo

1. No Brasil, através do Ministério da Saúde a decisão política de expandir a cobertura das ações básicas de saúde ocorreu por meio do Programa Saúde da Família, que se constitui em uma estratégia que pretende contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

2. Na Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará - SESPA, o setor responsável pelo Programa é a Coordenação Estadual das Estratégias Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde, vinculado ao Departamento de Atenção à Saúde – DASE.

3. A estratégia saúde da família representa a proposição de maior alcance para a organização da atenção primária, pois ao se estabelecer como contato mais próximo, portanto preferencial dos usuários com o Sistema de Saúde, o ponto de partida na organização e estruturação das redes de atenção dos sistemas locais de saúde, se configura como modelo definido para conversão e expansão da atenção básica, visando à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde da população, bem como à responsabilização pela continuidade da assistência, que será referenciada para os demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde.

4. A auditoria objetiva avaliar a implementação da estratégia saúde da família, de maneira a verificar se as equipes estão efetivamente constituídas e em condições adequadas de atuação, de modo a viabilizar atendimento aos usuários, bem como se a SESPA dispõe de sistemática de acompanhamento e avaliação da ação.

5. Dos 143 municípios do Estado, 10 não estão cobertos pela estratégia saúde da família. Isso significa que ela está presente em 93,01% dos municípios paraenses, onde 77 municípios (53,84% do total) possuem cobertura abaixo de 50% e 20 municípios (13,98%) possuem cobertura de 100%. Desta feita, foram selecionados para visitas de estudo 15 municípios do Estado do Pará, tendo como critério de amostragem o intervalo de cobertura <30% e > 70%.

6. Segundo este critério foram escolhidos os seguintes municípios: Abaetetuba, Belterra, Bujaru, Bragança, Capanema, Concórdia do Pará, Capitão-Poço, Conceição do Araguaia, Itaituba, Inhangapi, Ourém, Redenção, Santo Antônio do Tauá, Santarém e Tomé-açu.

7. Com relação à escolha dos municípios visitados, além do critério de percentual de cobertura, foi levado em consideração, também, a localização geográfica dos municípios, haja vista o Estado do Pará apresentar características diferenciadas das demais áreas geográficas brasileiras, com regiões de maior dispersão populacional, menor densidade demográfica e maiores custos para ações e serviços de saúde.

8. O trabalho foi realizado por meio de visita de estudo. Os métodos de coleta de dados usados foram observação direta, entrevistas e questionários. Utilizou-se também pesquisa documental e a banco de dados.

9. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas junto à diretoria técnica da SESPA, coordenação estadual das estratégias saúde da família, diretoria de desenvolvimento e auditoria dos serviços da saúde, com vistas a conhecer a política estadual de saúde do Estado e identificar os problemas recorrentes na atenção primária.

10. Outrossim, foram aplicados 220 questionários nas visitas de estudo junto às unidades de saúde da família/equipes de saúde da família – ESF's, beneficiários, agentes comunitários de saúde - ACS, e 156 questionários enviados às Secretarias Municipais de Saúde e Centros Regionais de Saúde, objetivando identificar possíveis achados de auditoria. No total, foram aplicados 376 questionários, sendo analisados 265, cujos dados encontram-se arquivados neste TCE/PA.

11. Cabe ressaltar que a metodologia aplicada nos municípios paraenses foi suficiente para que a equipe de auditoria pudesse avaliar o funcionamento da Ação Implementação de Ações da Estratégia Saúde da Família, verificando as situações em desacordo com a política nacional de atenção básica e possibilidade de melhoria de desempenho.

12. Como resultado dos trabalhos realizados, os principais problemas encontrados, que vêm prejudicando o desempenho da ação, foram: insuficiência de cobertura do saúde da família; condições inadequadas de atendimento aos usuários pela ESF; descumprimento do horário de funcionamento das unidades de saúde da família - USF's; USF's com estruturas físicas inadequadas; insuficiência de equipamentos e materiais nas USF's; ausência de condições de trabalho para os ACS's, afetando o desempenho de suas atribuições; ações das ESF's incompatíveis com a filosofia da estratégia de saúde da família; ausência de rotinas documentadas para a realização de acompanhamento, supervisão e avaliação; precariedade do mecanismo de controle existente utilizado pela SESPA; ausência de canais diretos de comunicação com os beneficiários da ação estratégia saúde da família e à sociedade civil organizada, disponibilizado pela SESPA, Centros Regionais de Saúde - CRC's e Conselhos de Saúde.

13. Cabe ressaltar que poucos municípios apresentaram resultados positivos em decorrência do conhecimento da filosofia da estratégia saúde da família por parte das equipes de saúde da família – ESF's. Porém constatou-se que muito precisa ser feito para prosperar a ação quanto à infra-estrutura das unidades de saúde da família, e quanto ao treinamento e assessoria das equipes de saúde da família de forma que realizem atividades de promoção e prevenção à saúde.

14. Diante das constatações e análises do relatório de auditoria e no sentido de contribuir para a melhoria da ação Implementação de ações da estratégia saúde da família, considerou-se oportuno recomendar à SESPA a adoção de medidas que possibilitarão reduzir as ameaças à consecução dos objetivos da ação, visando o melhor atendimento à população, aumento da cobertura da estratégia saúde da família nos municípios paraenses com USF's e equipes alinhadas à política de implantação e ampliação da atenção básica (SIAB implantados nas USF's e alimentados pelas equipes, infra-estrutura adequada, com equipamentos e materiais suficientes para desenvolver as ações pertinentes a política).

15. Espera-se ainda, com o implemento das recomendações: fortalecimento dos princípios da política da estratégia de saúde da família desenvolvendo relações de humanização, vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita,

garantindo a continuidade das ações de saúde; fixação e disponibilidade de profissionais médicos para atendimento dos usuários; equipes de saúde da família treinadas e com os procedimentos compatíveis com a filosofia da estratégia saúde da família; maior resolutividade por parte das equipes de saúde da família; disponibilidade, ao usuário, de canais diretos de comunicação para o exercício da participação popular; melhoria no acompanhamento, monitoramento e avaliação por parte da SESPA/CRS's e SMS's.

## **1. Introdução**

### *Antecedentes*

1.1 O Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros - PROMOEX tem como objetivo central o fortalecimento do sistema de controle externo, como instrumento de cidadania e de contribuição para a efetiva, transparente e regular gestão dos recursos públicos, através da integração nacional e da modernização dos tribunais. Para tanto, a realização de auditorias operacionais foi considerada como importante produto para o incremento dos níveis de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade das ações de fiscalização e controle.

1.2 O programa conta com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID como uma das fontes de financiamento. No anexo A, do contrato de empréstimo firmado com o BID é fixada meta nacional de implantação de auditorias operacionais em pelo menos 75% dos tribunais de contas até o exercício de 2009. No III Fórum do PROMOEX, realizado em Recife – PE, entre 28 e 29 de novembro de 2006, foi validada proposta de programa nacional para treinamento dos técnicos que realizam atividades de campo. A capacitação foi realizada nas instalações da Escola de Administração Fazendária – ESAF, durante os meses de outubro a dezembro de 2007. A culminância do treinamento consiste na realização de auditorias-piloto, sendo que foi realizada a primeira na área da educação e esta, a segunda, na área da saúde.

1.3 O Plano Estratégico do Tribunal de Contas do Estado do Pará para o quadriênio 2008-2011 define, como objetivos estratégicos da instituição, entre outros, contribuir para a melhoria contínua da gestão pública, estimular o controle social e a adoção de postura orientadora. O Tribunal de Contas da União - TCU coloca como objetivos da auditoria operacional justamente sua inserção ao processo de gestão, estimulando o controle político e social, fornecendo informações à sociedade e ao parlamento sobre o desempenho dos programas e sobre as organizações governamentais.

1.4 A presente auditoria operacional encontra-se prevista no Plano Anual de Atividades do TCE/PA para o exercício de 2009, aprovada em Plenário, através da Resolução nº 17.627 de 18/12/2008.

### *Identificação do Objeto da Auditoria*

1.5 Os artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988, combinado com os artigos 263 e 265 da Constituição do Estado do Pará, estabelecem que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, bem como é princípio doutrinário do SUS, devendo orientar as ações do Estado, respondendo de forma solidária com os Municípios e a União, pela integridade da atenção à saúde da população.

1.6 O Sistema Único de Saúde - SUS tem se destacado como política pública promotora de inclusão social, baseando-se nos princípios da universalidade, integridade e equidade.

1.7 No Brasil, o Ministério da Saúde - MS, órgão federal norteador da saúde pública, envolveu as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) nessa empreitada de expandir ações básicas de saúde por meio do Programa Saúde da Família - PSF, objetivando a reorganização do modelo assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência que era orientado para a cura de doenças e a busca por hospitais.

1.8 O Plano Plurianual – PPA para o quadriênio de 2008/2011, aprovado pela Lei nº 7.077 de 28/09/2007, traz a ação “ Implementação de Ações da Estratégia Saúde da Família” dentro do Programa Finalístico de Governo “Saúde Essencial”, que objetiva ampliar a cobertura de ações de atenção básica à população. A meta física prevista para o biênio 2008/2009, de pessoas atendidas na atenção básica foi de 5.095.125 pessoas, sendo para o exercício de 2008, 2.513.500 pessoas e no exercício de 2009, o número de 2.581.625 pessoas.

1.9 De acordo com o Plano Estadual de Saúde, verificou-se que estão definidos como compromissos prioritários de atenção básica: a) Instituir incentivo a estratégia saúde da família, através de repasses financeiros estadual aos municípios, sendo esta implementada através do Decreto nº 1.577 de 30/03/2009, publicado no Diário Oficial nº 31.390 de 01/04/2009; b) Implantar unidades de saúde da família em área rural, assentamentos e quilombolas; c) Implantar Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, estabelecendo como metas para o período de 2008-2011 o atendimento de 10.496.733 pessoas através da implementação de ações da estratégia saúde da família.

1.10 Ressalte-se que este plano até 30/07/2009 ainda não tinha sido aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde - CES e que se encontrava até aquela data em fase de atualização.

1.11 O “**Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária**” no Estado do Pará, instituído pelo Decreto nº 1.577 de 30/03/2009, tem por **objetivo geral** fortalecer e valorizar a atenção básica no Estado do Pará, através da ação estratégia saúde da família, mediante repasse de recursos financeiros aos municípios.

1.12 Foram designados como objetivos específicos do plano em questão:

a) Expansão da cobertura da estratégia saúde da família nos municípios paraenses através de co-financiamento estadual com o incremento das equipes de saúde da família e saúde bucal;

b) Melhorar desempenho dos serviços de atenção básica com ênfase na estratégia saúde da família;

c) Alcançar metas definidas nos indicadores do Pacto pela Vida;

d) Acompanhar e avaliar as metas/condicionalidades definidas no plano.



1.13 A ação implementação de ações estratégia saúde da família auditada registrou em 2008 gastos no montante de R\$ 312.947,79 (trezentos e doze mil, novecentos e quarenta e sete reais e setenta e nove centavos). Vale ressaltar, que não foi efetuado repasse aos municípios paraenses, conforme abaixo demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Demonstrativo das despesas executadas por elemento de despesa na ação: 2612- Implementação de Ações da Estratégia Saúde da Família em 2008.

<b>Cód</b>	<b>Elemento de Despesa</b>	<b>Despesa Realizada</b>
334041	CONTRIBUICOES (repasso aos municípios)	0,00
339014	DIARIAS – CIVIL	116.014,50
339030	MATERIAL DE CONSUMO	60.178,01
339033	PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOCAO	38.881,81
339036	OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PESSOA FISICA	39.483,67
339039	OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA	57.807,00
339047	OBRIGACOES TRIBUTARIAS E CONTRIBUTIVAS	582,80
	<b>Total</b>	<b>312.947,79</b>

Fonte: Dados coletados do Sistema Integrado de Administração Financeira dos Estados e Municípios - SIAFEM 2008 através do extrator de dados *Business Objectcs*, em 14/12/2009.

1.14 Em 2009, o montante de recursos repassados pela SESPA, fundo a fundo, aos municípios foi na ordem de R\$ 17.942.786,57 (dezessete milhões, novecentos e quarenta e dois mil, setecentos e oitenta e seis reais e cinquenta e sete centavos), conforme consulta realizada no SIAFEM 2009 de 14/12/2009.

### ***Objetivos e Escopo da Auditoria***

1.15 O objetivo da auditoria é verificar se as equipes de saúde da família estão efetivamente constituídas e em condições adequadas de atuação, de modo a viabilizar o atendimento aos usuários, promovendo o acesso à atenção primária, vínculo entre os profissionais e as famílias, bem como se a SESPA possui mecanismo de avaliação e acompanhamento da ação.

1.16 A atenção primária tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. A estratégia saúde da família estabelece contato mais próximo dos usuários com o sistema de saúde, incorporando em suas rotinas atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

1.17 O Governo do Estado do Pará definiu, como parte de prioridades políticas na área de saúde, o fortalecimento e a valorização da atenção primária, que tem como principais desafios promover a expansão da estratégia saúde da família no Estado e assegurar melhor desempenho das equipes (saúde da família, saúde bucal e agentes comunitários de saúde).

1.18 Na implantação da política de fortalecimento e valorização da atenção básica no Pará, há indícios de perfil inadequado dos profissionais da equipe, insuficiência de controle e monitoramento, além de elevado número de equipes credenciadas, mas com baixo número de implementação. A baixa resolutividade dos serviços básicos de saúde,

o precário atendimento à população local e o baixo índice de cobertura das ESF's (35% no 2º semestre de 2008) são realidades que foram encontradas no Estado do Pará.

1.19 À luz dessa situação, considerou-se oportuno e relevante que a presente auditoria avaliasse nessa ação governamental questões de equidade de acesso, vínculo e atendimento, considerando que residem nessas dimensões os principais riscos para o alcance do objetivo da ação e à boa aplicação dos recursos públicos.

1.20 A partir dos estudos realizados nesta ação, foram elaboradas três questões de auditoria:

1) As equipes de saúde da família estão efetivamente implantadas e dispõem de condições mínimas de funcionamento?

2) A ação estratégia saúde da família está sendo acompanhada, supervisionada e avaliada pela SESPA?

3) As equipes de saúde da família estão promovendo acesso à atenção primária, vínculo entre a família e o agente comunitário e o encaminhamento a médicos especializados e exames (clínicos, laboratoriais e radiológicos)?

### ***Metodologia***

1.21 O trabalho foi realizado por meio de visita de estudo. Os métodos de coleta de dados usados foram observação direta, entrevistas e questionários. Utilizou-se também pesquisa documental e a banco de dados.

1.22 Inicialmente, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores e coordenadores, com o intuito de levantar o diagnóstico dos principais problemas de saúde existentes no Estado do Pará, bem como de conhecer a política estadual de saúde no que se refere à atenção primária.

1.23 Posteriormente, utilizaram-se como critério de seleção para as visitas de estudo, os municípios com percentual de cobertura inferior a 30% e superior a 70%. Sob este critério foram selecionadas 15 cidades dos 143 municípios do Pará: Abaetetuba, Belterra, Bujaru, Bragança, Capanema, Concórdia do Pará, Capitão-Poço, Conceição do Araguaia, Itaituba, Inhangapi, Ourém, Redenção, Santo Antônio do Tauá, Santarém e Tomé-açu. Nessas localidades foram aplicados 220 questionários entre as unidades de saúde da família/equipes de saúde da família, beneficiários e agentes comunitários de saúde.

1.24 Ressalte-se que as informações obtidas, nos municípios visitados, foram suficientes para concluir que a implementação das políticas públicas ainda precisa evoluir para que a política estadual de atenção primária alcance o objetivo de levar cuidados de atenção básica à população do Estado do Pará.

1.25 Foram postados, via correio, 156 questionários para as 143 secretarias municipais de saúde e 13 centros regionais de saúde, com o fim de identificar possíveis achados que foram levantados nos trabalhos de auditoria.

1.26 Dos 376 questionários aplicados, foram analisados 265, que avaliados conjuntamente com os demais instrumentos de coleta de dados, forneceram as evidências e informações necessárias para a consecução deste relatório, bem como das recomendações, que se forem oportunamente adotadas, irão contribuir para o bom andamento da ação de implementações de ações estratégia saúde da família em todos os municípios paraenses.

## **2) Implantação e Condições de Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – ESF**

### *Insuficiência de Cobertura do Saúde da Família*

2.1 Conforme documentos e planilhas fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará - SESPA, referentes à competência de Maio/2009, e respostas dos questionários aplicados junto às Unidades de Saúde da Família - USF's e Secretarias Municipais de Saúde – SMS's, esta equipe constatou que dos 143 municípios do Estado, 10 não estão cobertos pela estratégia saúde da família.

2.2 Isso significa que a estratégia saúde da família está presente em 93,01% dos municípios paraenses, entretanto, 53,84%, que representa 77 municípios do Estado, possui cobertura abaixo de 50% e apenas 13,98% dos municípios possuem cobertura de 100%.

2.3 O plano de fortalecimento e valorização da atenção primária, aprovado pelo Decreto nº 1.577, de 30/03/2009, publicado no Diário Oficial nº 31.390 de 01/04/2009, determinou que as metas de expansão de cobertura têm como referência o mês de outubro de 2008, e prazo de 12 meses a cada ano para seu alcance, que está condicionado à manutenção ou o bloqueio do repasse de recursos aos municípios. Ressalte-se que os municípios aderiram a esse plano mediante pactuação que ocorreu somente a partir de abril de 2009.

2.4 Dentre os municípios visitados, onze possuíam metas de expansão para 2009. Considerando as metas de expansão das equipes de saúde da família (outubro de 2009), verificou-se que 90,90% dos municípios visitados não alcançaram a meta estabelecida. O quadro 1 apresenta as referidas metas.

Quadro 1 – Meta de ESF não alcançada pelos Municípios Paraenses em 2009

<b>METAS DE EXPANSÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF 2009-2011, REFERENTE AOS MUNICÍPIOS VISITADOS COM METAS DE EXPANSÃO PARA 2009</b>						
<b>Municípios Visitados</b>	<b>Qtd. ESF Dez/08 (Dados SESPA)</b>	<b>Qtd. ESF Out/09 (Dados CNES)</b>	<b>Metas ESF 2009</b>	<b>Metas ESF 2010</b>	<b>Metas ESF 2011</b>	<b>Meta ESF não alcançada p/ 2009</b>
<b>Abaetetuba<sup>1</sup></b>	11	12	08	08	08	<b>07</b>
Belterra	03	03	-	01	01	-
<b>Bujaru<sup>1</sup></b>	02	02	01	01	02	<b>01</b>
<b>Bragança<sup>1</sup></b>	09	09	05	06	06	<b>05</b>
<b>Capanema<sup>1</sup></b>	14	15	02	03	03	<b>01</b>
Concórdia do Pará	05	05	-	01	01	-
<b>Capitão Poço<sup>1</sup></b>	02	03	03	04	04	<b>02</b>
<b>Conceição do Araguaia<sup>1</sup></b>	09	10	02	02	03	<b>01</b>
<b>Itaituba<sup>1</sup></b>	10	09	07	07	07	<b>08</b>
Inhangapi	03	03	-	01	-	-
Ourém	04	06	-	01	01	-
Redenção	03	07	04	05	05	-
<b>Sto. Antônio do Tauá<sup>1</sup></b>	06	06	01	01	01	<b>01</b>
<b>Santarém<sup>1</sup></b>	27	27	17	17	18	<b>17</b>
<b>Tomé-açu<sup>1</sup></b>	02	02	03	03	04	<b>03</b>

Fonte: SCNES; SESPA: PLANILHA DE METAS – PACTUAÇÃO E RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS COM NÚMERO DE ESF'S DE DEZ/2009;

<sup>1</sup>Municípios que não alcançaram as metas de expansão das equipes de saúde da família.

2.5 De acordo com as informações apuradas nos questionários das SMS's, alguns fatores que contribuíram para o não atingimento das metas de expansão das equipes de saúde da família, foram a falta de recurso financeiro, falta de profissionais de saúde - médicos, instalações físicas insuficientes, falta de apoio estadual e de assessoramento técnico por parte da SESPA.

2.6 No que diz respeito à carência de profissionais médicos na equipe de saúde da família, constatou-se mediante análise dos questionários encaminhados pelas SMS's, a ausência de médicos nas equipes nos seguintes municípios: Bujaru - carência de um médico, Eldorado dos Carajás - carência de dois médicos, Medicilândia - carência de

cinco médicos, São Félix do Xingu – carência de dois médicos, Senador José Porfírio – carência de um médico.

2.7 Outro fator relevante a ser considerado conforme diagnóstico evidenciado no plano estadual de saúde, pág. 46: “O Programa de Saúde da Família foi negligenciado nos últimos 12 (doze) anos. Houve baixa resolutividade do estado no financiamento da atenção básica, daí as baixas coberturas alcançadas por esta estratégia, atingindo aproximadamente 27% em média no período 2001 – 2006.”

2.8 Diante dos fatos elencados, denota-se que a população-alvo vem sofrendo prejuízos e agravos de doenças nas comunidades, acarretando sobrecarga nos hospitais para o atendimento da atenção básica, tendo em vista a insuficiência de cobertura do saúde da família que visa ações de promoção e prevenção de saúde, propostos pelo novo modelo de atenção primária.

2.9 Observou-se ainda, por ocasião das visitas de estudo, que no município de Ourém que apresenta 100% de cobertura da estratégia saúde da família, conforme documentos e planilhas fornecidos pela SESPA, referente a competência de Maio/2009, parte da população-alvo encontrava-se desassistida da ação, pois desconhecia a existência do programa de saúde da família. Esta situação pode ter sido ocasionada pela insuficiência de divulgação da estratégia saúde da família pelas SMS's e/ou equipes, deficiência na alimentação dos sistemas informatizados, bem como falhas na realização do cadastramento das famílias, da área adstrita.

2.10 Por todo o exposto, esta equipe de auditoria sugere que esta Corte de Contas proponha à SESPA, no intuito de alavancar a cobertura da estratégia saúde da família nos municípios paraenses, e melhorar o atendimento com redução do adoecimento da população, as seguintes recomendações:

- Estudar a viabilidade de fixação dos profissionais médicos nos municípios, levando em consideração as especificidades regionais, e apresentar o assunto para discussão junto à Comissão Intergestores Bipartite - CIB, com vistas à apreciação e implementação;
- Melhorar o assessoramento e apoio técnico por parte da SESPA junto às Secretarias Municipais de Saúde;
- Realizar fiscalização avaliativa, periódica, nos municípios que não atingiram as metas de expansão das equipes, garantindo os instrumentos necessários aos municípios para o alcance das metas de expansão das equipes de saúde da família.
- Apoiar, incentivar e fiscalizar incrementos na política de divulgação da ação “Implementação de ações da estratégia saúde da família”, pelas SMS's e equipes de saúde da família.

## *Condições de Atendimento*

2.11 O capítulo II, item 3 do inciso I da Portaria nº 648/GM de 28/03/2006, prevê que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000. Constatou-se que 54,17% das USF's visitadas atendem mais de 4000 pessoas por equipe, ficando acima do estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, em decorrência do número insuficiente de equipes para atender a demanda populacional. Observou-se, ainda, que 5 unidades de saúde da família não possuem o cadastro das famílias por indivíduo, não sabendo informar o número preciso de pessoas cadastradas na unidade, devido a deficiência na realização do mapeamento da área de abrangência.

2.12 É oportuno dizer que o excesso de famílias atendidas por equipe prejudica os usuários no atendimento realizado pelo médico, tanto nas unidades de saúde da família como nas residências. De acordo com as entrevistas realizadas com os beneficiários, 45,35% responderam que, em média, a duração das consultas médicas não ultrapassam 15 minutos e 72,09% não recebem visita mensal domiciliar do médico.

2.13 Com base nas visitas realizadas nas 29 Unidades de Saúde da Família – USF's, localizadas no Norte e Nordeste do Pará, 27 unidades apresentaram a seguinte composição de equipe de saúde da família: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar/técnico de enfermagem e até 12 ACS's. Duas unidades apresentaram 13 ACS's na equipe, ultrapassando o limite máximo de 12 ACS's por equipe, estabelecido na PNAB.

2.14 Verificou-se nos municípios de Capitão – Poço e Abaetetuba a existência de duas equipes vinculadas à mesma unidade. Apesar da possibilidade de funcionamento de mais de uma equipe na mesma USF, constatou-se que nesse caso não havia condições de atuação das equipes no mesmo espaço físico, tendo em vista, instalações físicas insuficientes e inadequadas, quais sejam: ausência de sala de expurgo, 1 consultório de enfermagem p/ duas equipes, 1 sala p/ armazenar e dispensar p/ duas equipes. Este fato trouxe divergências no gerenciamento das diretrizes de trabalho traçadas pelas enfermeiras, gerando insatisfação dos ACS's, potencializando comparações negativas entre as equipes, interferindo no elo de entrosamento que deve existir entre os membros da equipe de saúde da família.

2.15 Diante dos fatos ficam demonstradas condições inadequadas de trabalho da equipe para atendimento dos usuários nas unidades de saúde da família, prejudicando a formação do vínculo entre o profissional e a comunidade, bem como do tempo disponível da equipe para promover ações educativas suficientes para humanização no atendimento da população, gerando insatisfação dos beneficiários com os serviços oferecidos nas USF's.

2.16 Desta feita, esta equipe de auditoria propõe a este TCE-PA, com o objetivo de melhorar o desempenho das equipes de saúde da família no atendimento ao usuário, que seja recomendado à SESPA:

- Atuar junto às SMS'S e equipes de saúde da família, de forma a viabilizar o remapeamento da população adstrita à área de abrangência, garantindo número de equipes e ACS's compatíveis com a quantidade de beneficiários, conforme estabelecido na PNAB;

- Orientar às SMS's que no funcionamento de duas equipes de saúde da família na mesma unidade, seja trabalhada a harmonização de procedimentos no gerenciamento das atividades, assim como providenciar instalações físicas adequadas.

### ***Horário de Funcionamento das Unidades de Saúde da Família e da ESF***

2.17 Nas visitas de estudo realizadas nas 29 USF's, 44,82% informaram que funcionam apenas pela parte da manhã e 55,17% manhã e tarde. Entretanto, verificou-se que as unidades que funcionam em horário integral não atendem a comunidade com a equipe completa, ficando apenas o enfermeiro e/ou técnico ou auxiliar de enfermagem.

2.18 Ouvindo os beneficiários, detectou-se que 19,77% procuraram a unidade de saúde da família e esta encontrava-se fechada em horário que deveria estar funcionando para atendimento ao público. Além disso, 27,90% sugeriram mais médicos e que o atendimento nas USF's fosse todos os dias, com toda a equipe e horário de funcionamento até o final da tarde.

2.19 Observou-se, ainda, que em nenhuma localidade visitada, o médico cumpre a carga horária de 40h semanais nas USF's, em desacordo com a PNAB. Entretanto da análise da carga horária informada pelas 41 SMS's, apenas 19,51% relataram que o médico não cumpre as 40h semanais.

2.20 A SMS de São João de Pirabas informou que não há cumprimento das 40h semanais nas USF's, por nenhum profissional da equipe (médico, enfermeiro, ACS, odontólogo e Auxiliar de Consultório Dentário - ACD).

2.21 É oportuno frisar que a carência de fiscalização e correção, por parte das SMS's com o apoio da SESPA, junto às unidades de saúde da família, e o precário comprometimento da equipe de saúde da família, concorrem para o funcionamento irregular das USF's e não cumprimento da carga horária pelos profissionais de saúde.

2.22 A indisponibilidade dos profissionais da equipe de saúde da família para atendimento nas USF's potencializa agravos na saúde do beneficiário, além de proporcionar descontentamento do usuário com o atendimento da equipe e com a qualidade dos atendimentos realizados.

2.23 Esta equipe de auditoria propõe a esta Corte de Contas, com o objetivo de melhorar a motivação da equipe de saúde da família, na atuação correta de suas atribuições estabelecidas na PNAB, com maior eficiência no atendimento da população, recomendar à SESPA que em conjunto com as SMS's:

- Fiscalizar o cumprimento do horário de funcionamento das USF's e carga horária da equipe, garantindo o atendimento da população.

### *Estrutura Física das USF's*

2.24 Durante as visitas de estudo, constatou-se que 89,65% das USF's visitadas não possuem espaço físico suficiente e adequado para o desenvolvimento das ações das equipes de saúde da família. Foram observadas salas sem ventilação natural, sem iluminação, salas com espaços insuficientes, salas com paredes infiltradas, mofo, rachaduras e de reboco mal feito, lixo mal acondicionado, medicamentos armazenados inadequadamente, unidades sem revestimentos de cerâmica, estrutura interna e externa precária, e ainda sem água potável para uso, prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família e limpeza da unidade. (fotos nº 01,02,03,04,05,07,09,10,11,12,13,14,15,16,17,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,35,37, 38,39,41,42,43,44,46). Cabe ressaltar que as fotos constantes do Apêndice IV deste relatório, são de caráter exemplificativos, visando contribuir para validação das situações apresentadas durante as visitas de estudo nas USF's.

2.25 Observou-se, ainda, a falta de estabilidade de energia elétrica prejudicando a manutenção das vacinas nas geladeiras e conseqüentemente o desenvolvimento da ação de vacinação na comunidade, estabelecida em política nacional.

2.26 Os quadros 2 e 3 apresentam deficiências na estrutura das 29 unidades visitadas, em desacordo com o padrão mínimo de infra-estrutura definido pelo Ministério da Saúde – MS e com o padrão estabelecido pelo plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária do Estado do Pará:

Quadro 2 – Dependências descobertas nas USF's (padrão MS)

<b>DEPENDÊNCIA AUSENTE NA UNIDADE VISITADA</b>	<b>PERCENTUAIS DESCOBERTOS</b>
salas de vacinas	44,82%
banheiro para o usuário	10,34%
sala de expurgo	100,00%
banheiro para funcionário	37,93%
sala para guardar medicamentos	55,17%
consultório de enfermagem	13,79%
almojarifado	89,65%

Fonte: Questionários aplicados junto as USF's visitadas.



Quadro 3 – Dependências descobertas nas USF's (padrão SESPA)

DEPENDÊNCIA AUSENTE NA UNIDADE VISITADA	PERCENTUAIS DESCOBERTOS
local para esterilização de material	100,00%
consultórios com banheiro	65,51%
copa	13,79%
sala de recepção e espera	13,79%
local para reuniões (fotos nº 31 e 32)	79,31%
local para lixo	79,31%
depósito de material de limpeza	68,96%
procedimentos básicos-curativos	6,89%
consultórios com pias	13,79%
veículo para deslocamento	82,75%
mapa da área de abrangência	82,75%
consultório odontológico	20,68%

Fonte: Questionários aplicados junto as USF's visitadas.

2.27 Das USF's que apresentaram sala de recepção e espera, verificou-se unidades que não ofereciam condições mínimas de atendimento ao público, como: espaço físico precário, assentos insuficientes, ausência de ventilação natural, etc., não garantindo o respeito e conforto mínimo ao usuário/cidadão. (fotos nº 08,18,25,30,40,44,45)

2.28 Algumas unidades de saúde da família utilizam veículos das SMS's para transportar a equipe do município até a USF, quando há possibilidade é utilizado nas visitas domiciliares, a exemplo do município de Santo Antônio do Tauá.

2.29 Os veículos das USF's de Vila Forquilha e Arraial do Caeté, localizadas nos municípios de Tomé-açu e Ourém, respectivamente, encontravam-se em condições precárias para transportar a equipe e/ou usuário.

2.30 Dentre as unidades visitadas, verificou-se também, que a USF de Marupá na cidade de Capitão - Poço (Nordeste do Pará) não existe, conforme fotos nº 33 e 34 de sua construção não concluída. Vale ressaltar que esta unidade, de acordo com o depoimento espontâneo do secretário municipal de saúde, recebia recursos financeiros federais para seu funcionamento. Após visita e questionamento da equipe de auditoria, o registro da unidade foi baixado do SCNES nº 5710669.

2.31 De acordo com as informações obtidas, via questionário, pelas secretarias municipais de saúde, identificou-se que as unidades de saúde apresentaram maiores carências nas dependências listadas no quadro 4.

Quadro 4 – Carência de dependências nas USF's (relatadas pelas SMS's)

<b>DEPENDÊNCIAS COM MAIORES CARÊNCIAS</b>	<b>PERCENTUAIS DE CARÊNCIA</b>
consultório c/ banheiro	67,44%
sala de expurgo	69,77%
local para reuniões (fotos nº 31 e 32)	68,84%
local para lixo	63,26%
depósito de material de limpeza	46,98%
Almoxarifado	61,86%
veículo p/ deslocamento	76,28%
outros – consultório médico e sala de PCCU <sup>1</sup>	89,30%

<sup>1</sup> preventivo de câncer de colo de útero

Fonte: Resposta dos questionários enviados as SMS's.

2.32 Nas entrevistas realizadas nas visitas de estudo, os beneficiários relataram como sugestão de melhoria na estrutura das USF's: reforma e ampliação das USF's e regularidade no abastecimento de energia e de água apropriada para o consumo.

2.33 Observou-se nas visitas de estudo que a maioria das unidades de saúde da família foram implantadas nos mesmos locais onde funcionavam as unidades tradicionais de saúde, sem as devidas adaptações estabelecidas na PNAB e na política de valorização e fortalecimento da atenção primária do Estado do Pará.

2.34 Desta feita, resultando em instalações inadequadas das USF's, comprometendo as ações das equipes de saúde da família e colocando em risco a qualidade de atendimento da população beneficiária, que muitas vezes é atendida pelos médicos e enfermeiros em ambientes insalubres, como salas infiltradas, mofo e sem iluminação e ventilação natural.

2.35 Entende esta equipe de auditoria que para melhorar a infra-estrutura das USF's, adequando-as aos padrões preconizados na PNAB e na política estadual de saúde da família no Estado do Pará, objetivando o bom desenvolvimento das ações das equipes de saúde e qualidade no atendimento ao usuário, que esta Corte de Contas recomende à SESP:

- Fiscalizar e orientar às SMS's quanto à urgência de reforma, adequação e ampliação das USF's para o desenvolvimento das ações da estratégia saúde da família, em conformidade com os padrões estabelecidos no plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária do Estado do Pará.

### *Equipamentos e Materiais nas USF's*

2.36 Nas visitas às USF'S realizadas nos municípios, verificou-se carência significativa de equipamentos e materiais médicos e tecnológicos, prejudicando o desenvolvimento das atividades das equipes de saúde junto à população.

2.37 Constatou-se que 100% das unidades de saúde visitadas não possuem microcomputador, ferramenta que daria maior agilidade e consistência à alimentação do Sistema de Atenção Básica - SIAB. Verificou-se também, em 100% das USF's visitadas, que as equipes de saúde da família não recebem treinamentos acerca da utilização do SIAB. As unidades preenchem, manualmente, os formulários do SIAB e fichas de produção (Boletim de Produção Ambulatorial – BPA), que são encaminhadas às SMS's para alimentação do sistema.

2.38 A ausência de microcomputadores e do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB nas unidades de saúde da família, podem comprometer o adequado acompanhamento da estratégia de saúde da família, tendo em vista que a alimentação do SIAB é realizada pelas SMS's e não diretamente pelas unidades de saúde, podendo ocasionar perda de dados, morosidade na alimentação do SIAB, gerando informações não confiáveis, intempestivas e inconsistentes.

2.39 O quadro 5 contém resumo do levantamento efetuado nas unidades visitadas e suas constatações:

Quadro 5 – Levantamento dos materiais e equipamentos nas USF's.

<b>EQUIPAMENTOS /MATERIAIS</b>	<b>NÃO POSSUI</b>	<b>ESTADO PRECÁRIO</b>	<b>PERTENCE AO MÉDICO</b>
detector de BCF/sonar	55,17%	13,79%	-
geladeira exclusiva p/vacina	37,93%	-	-
geladeira para uso comum	17,24%	10,34%	-
balança infantil	17,24%	13,79%	-
nebulizador/aparelho de aerossol	34,48%	6,89%	-
mesa ginecológica	24,13%	10,34%	-
Glicosímetro	27,58%	6,89%	-
estetoscópio infantil	100,00%	-	-
Otoscópio	79,31 %	-	13,79%
material para pequena cirurgia	37,93%	-	-
esfignomanômetro infantil	100,00%	-	-
esfignomanômetro adulto	68,96%	10,34%	-
antopômetro infantil	79,31%	-	-
refletor para coleta de PCCU	27,58%	10,34%	-

estufa/autoclave	20,68%	17,24%	-
teste do pezinho	58,62%	-	-
armário com chaves para guardar medicamentos	58,62%	10,34%	-

Fonte: Questionário aplicado junto as USF's.

2.40 É importante salientar que a carência desses materiais nas USF's prejudica o desempenho do trabalho da equipe, gerando insatisfação do usuário e impactando negativamente o desenvolvimento das ações estabelecidas na política estadual de atenção básica. As principais constatações com relação aos materiais e equipamentos das USF são:

- a) Precariedade e carência de detector de BCF/sonar, prejudica o desempenho da ação pré-natal;
- b) Ausência de geladeira exclusiva p/vacina, aliada a instabilidade de energia elétrica, verificado na maioria dos municípios visitados, pode ocasionar estrago das vacinas e conseqüente inutilização, prejudicando o bom desenvolvimento da ação de vacinação;
- c) Carência e precariedade de geladeira para uso comum, ocasionando a utilização indevida da geladeira exclusiva para vacina para guardar produtos alimentícios;
- d) Carência e precariedade de balança infantil, nebulizador, estetoscópio infantil, otoscópio, esfignomanômetro infantil, antopômetro infantil e teste do pezinho, trazem prejuízos ao desenvolvimento da ação que acompanha o crescimento da criança;
- e) Carência e precariedade de mesa ginecológica e refletor para coleta de PCCU prejudicam o adequado andamento da ação prevenção de câncer de colo de útero e realização de exames citopatológicos e cervico-vaginais. (foto nº 36)

2.41 Nas unidades de saúde da família de Aramaí e Puraquequarinha, nos municípios de Belterra e Ourém, respectivamente, os enfermeiros afirmam que precisam usar lanternas para realizar a coleta de PCCU, em virtude da inexistência e/ou precariedade do refletor para coleta de PCCU nas USF's.

2.42 Os motivos que levam as unidades de saúde a não estarem devidamente estruturadas, com os equipamentos e materiais necessários e apropriados para o desenvolvimento das ações de saúde, podem ser decorrentes da escassez de recursos somados à deficiência na gestão das SMS's e de controle e fiscalização da SESPA junto às UFS's.

2.43 Com o objetivo de melhorar a eficiência no desenvolvimento das ações da equipe de saúde da família, bem como dar maior celeridade e consistência dos dados na alimentação do SIAB, potencializando o acompanhamento das ações em saúde, esta equipe de auditoria entende que este TCE-Pa deva propor à SESPA a seguinte recomendação:

- Recomendar às SMS's quanto à necessidade de equipar, adequadamente, as USF's, garantindo os padrões estabelecidos no plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária do Estado do Pará.

### *Assessoria e Assistência Técnica da SESPÀ aos Municípios*

2.44 De acordo com os questionários respondidos pelas SMS's, 41,86% informaram que não receberam assessoria por parte da SESPÀ, no que diz respeito ao processo de implantação e/ou implementação da equipe de saúde da família.

2.45 No que diz respeito as visitas de estudo junto às USF's, foi apurado, nos questionários aplicados, que 93,10% das unidades, não receberam assessoria/assistência técnica diretamente prestada a equipe e/ou a unidade, por parte da SESPÀ e/ou Regional de Saúde.

2.46 Das informações coletadas nas unidades de saúde da família, as equipes declararam que, quando ocorre visita por parte da SESPÀ e/ou regional de saúde, estas são apenas de caráter fiscalizador e as USF's ressentem-se de nenhum retorno desta ação, de forma a contribuir para melhoria da unidade e dos trabalhos da equipe de saúde da família.

2.47 Das USF's que responderam ter recebido assistência/assessoria técnica da SESPÀ à equipe de saúde da família e/ou unidade de saúde da família, correspondendo 6,90%, essa assistência deu-se na forma de fornecimento de cartazes educativos e álbuns seriados e apenas a Unidade de Santa Luzia, no município de Capitão-Poço, relatou que recebeu capacitação para a equipe, através da regional de São Miguel do Guamá, demonstrando a insuficiência da assessoria prestada pela SESPÀ.

2.48 Por outro lado, ouvindo a SESPÀ, mediante Comunicado de Auditoria nº 02/2009, esta apresentou relação de 139 municípios, dos 143 existentes no Pará, que receberam assessoria técnica no processo de implantação e ampliação das equipes de saúde da família, informando que as assessorias são realizadas pelas equipes técnicas dos 13 centros regionais de saúde – CRS's e do nível central da SESPÀ mediante as seguintes ações, dentre outras:

a) Sensibilização dos gestores municipais quanto à importância da estratégia de saúde da família;

b) Realização de vistoria técnica para a implantação/expansão da equipe de saúde da família, com o objetivo de avaliar:

1- Estrutura física adequada e compatível com o processo de trabalho da Estratégia Saúde da família;

2- Equipamentos em condições e em número suficiente para o desenvolvimento das ações da Estratégia;

3- Insumos suficientes para a demanda de atendimentos;

4-Recursos humanos exigidos para a composição da equipe, inclusive capacitados para a estratégia.

c) Orientações aos municípios quanto à alimentação dos sistemas de informações SIAB/SIA, para o lançamento das produções.

2.49 Foram enviados questionários aos 13 CRS - Centros Regionais de Saúde, tendo retorno de 46,15%. Dos questionários respondidos, 100% das regionais de saúde informaram prestar assessoria técnica aos municípios quanto à implantação da estratégia saúde da família, entretanto 50% não relacionou as atividades de assessoria técnica concedida aos municípios.

2.50 Nas visitas de estudo junto às USF's e análise das respostas dos questionários das SMS's prevaleceu a ausência de apoio técnico/assessoria da SESPA e/ou centro regionais de saúde, no que diz respeito a implantação e/ou implementação das equipes de saúde da família, bem como implantação e manutenção do SIAB, tendo, neste caso, 27,50% das secretarias afirmado não ter recebido da SESPA assessoramento para implantação do SIAB. Essa situação agrava-se ainda mais, quando da análise das respostas dos questionários aplicados junto às unidades de saúde, em que 100% afirmam que não têm recebido treinamento acerca da utilização do SIAB, bem como, em nenhuma unidade encontrou-se a existência de computador, equipamento imprescindível para implantação e implementação do sistema de atenção básica, desta feita, demonstrando fragilidade na assessoria prestada pela SESPA/CRS's.

2.51 A carência na atuação da SESPA/CRS's tem como resultado: formação de equipes sem realização de curso introdutório e sem médicos, SIAB não implantado nas unidades de saúde da família e equipes de saúde da família implantadas e ampliadas em desacordo com o modelo traçado no plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária do Estado do Pará, como exemplo, estruturas físicas inadequadas, ausência de equipamentos e/ou materiais que prejudicam o desenvolvimento das ações de: PCCU, pré-natal, assistência ao diabético e ao hipertenso, já mencionado anteriormente.

2.52 Esta equipe de auditoria propõe a este TCE-PA, no intuito de que as USF's e equipes de saúde da família estejam alinhadas à política de implantação e ampliação da atenção básica, as seguintes recomendações à SESPA:

- Elaborar e cumprir cronograma de visitas e eventos de capacitação introdutórios e permanentes para as unidades/equipes de saúde da família, conjuntamente com as SMS's;

- Apoiar as SMS's na implantação e manutenção do SIAB nas USF's, visando minimizar as distorções das informações contidas no sistema;

- Fiscalizar de forma efetiva às SMS's, USF's/ESF's, identificando situações em desacordo com a política de atenção básica, no que se refere a implantação e ampliação das equipes de saúde da família, com adoção de medidas corretivas, garantindo suporte às adequações que se fizerem necessárias.

### ***Capacitação Introdutória para as Equipes de Saúde da Família***

2.53 Constatou-se, em 68,97% das USF's visitadas, que os profissionais das equipes de saúde da família não receberam capacitação introdutória para desenvolver suas atividades. Em 65,51% das unidades de saúde visitadas os profissionais das equipes de saúde da família não receberam capacitação em saúde da família de instituições de ensino.

2.54 Das nove unidades de saúde que responderam ter recebido capacitação introdutória, quatro afirmaram que os médicos não participaram dos treinamentos realizados.

2.55 De acordo com as informações obtidas dos questionários respondidos pelas SMS's, verificou-se que 64,10% não receberam apoio da SESPA para realização de curso introdutório e educação permanente para a equipe de saúde da família, e, 50% das SMS'S não realizaram curso introdutório para formação das equipes de saúde da família.

2.56 Destaque-se que a PNAB, no inciso II do Item 05 – DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES, estabelece que a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes de saúde da família, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, é da SESPA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Para municípios com mais de 100 mil habitantes, a responsabilidade é da Secretaria Municipal de Saúde, com apoio da SESPA.

2.57 Foi solicitado à SESPA, mediante CA nº 02/09, relacionar, por município, os cursos introdutórios realizados para todos os membros das equipes e os cursos de educação permanente, especificando o conteúdo, carga horária, local e número de alunos participantes. Em sua resposta, a SESPA elencou dois treinamentos introdutórios realizados em 2005, mediante convênio com a Universidade do Estado do Pará – UEPa, alcançando 1.305 profissionais dos municípios dos 13 CRS's, não informando quais os municípios efetivamente alcançados, quais as categorias profissionais participantes, o conteúdo do curso ministrado, carga horária e local.

2.58 A SESPA mencionou ainda, que o cronograma de execução dos cursos introdutórios e educação permanente previsto no plano estadual de fortalecimento e valorização de atenção primária do Estado do Pará está em vias de conclusão, demonstrando precariedade no planejamento para execução da ação capacitação e educação permanente das equipes de saúde da família, para municípios com população inferior a 100 mil habitantes.

2.59 Desta feita, observa-se que os cursos de educação introdutórios não estão sendo realizados conforme o que dispõe a PNAB, determinando o prazo de até 3 meses após a implantação da equipe de saúde da família.

2.60 Vale ressaltar que 93% dos municípios paraenses têm população inferior a 100 mil habitantes (fonte: IBGE-2007/população recenseada e estimada), portanto, a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, nesses municípios é de iniciativa da SESPA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

2.61 Outrossim, a SESPA informou que realizou convênio com a Universidade Federal do Estado do Pará - UFPa, Universidade do Estado do Pará - UEPa, Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa do Pará – FADESP-Pa, para promover capacitação para todos os profissionais de saúde da família extensiva a todos os 143 municípios. Mencionou ainda, que este processo está na fase de seleção de tutores e facilitadores que vão viabilizar a referida capacitação num sistema semi-presencial.

2.62 Outro aspecto verificado é que nos municípios em que foram realizadas as capacitações introdutórias, não houve participação de todos os membros da equipe de saúde da família. Os treinamentos ministrados foram pontuais, e não alcançavam todos os membros das ESF's, pois tinham número limitados de vagas.

2.63 Nas unidades de saúde da família de Ourém e Capitão-Poço, verificou-se que os cursos de capacitação foram realizados por meio de palestras pela própria enfermeira da equipe, que dedica parte do seu tempo, já escasso, para suprir as deficiências de atualizações na área da saúde.

2.64 Por todo o exposto, os problemas decorrentes da insuficiência de capacitação introdutória para as equipes de saúde da família, implicam em profissionais das equipes não treinados para atender à população, gerando procedimentos incompatíveis com a filosofia da estratégia de saúde da família, ensejando na permanência do antigo modelo assistencial e curativo de saúde.

2.65 Como proposta de solução do problema, de forma que as equipes de saúde da família sejam treinadas e tenham seus procedimentos compatíveis com a filosofia da estratégia da saúde da família, esta equipe de auditoria sugere a esta Corte de Contas que recomende à SESPA:

- Realizar cursos introdutórios e capacitação permanente para as equipes de saúde da família dos municípios com população inferior a 100 mil habitantes, conforme a regulamentação da PNAB.



### **3) Acompanhamento, Supervisão e Avaliação da Estratégia Saúde da Família pela SESPA**

#### *Rotinas Documentadas para Acompanhamento, Supervisão e Avaliação*

3.1 Por meio da resposta à Comunicação de Auditoria- CA nº 03/2009, identificou-se que a SESPA não formalizou descrição sistêmica de rotinas específicas quanto às atribuições de acompanhamento, supervisão e avaliação realizadas pelos técnicos dos centros regionais e pelos coordenadores estaduais do departamento de atenção primária, definindo de forma objetiva quem, o que, como e quando realizar as referidas atividades.

3.2 A SESPA informou, ainda, que as atribuições da área técnica e regionais estão atualmente voltadas à execução do plano de fortalecimento e valorização da atenção primária, onde os técnicos das coordenações responsáveis pelos seus indicadores específicos avaliam os dados oriundos das SMS's, repassando-os ao Departamento de Atenção à Saúde - DASE que transcreve para o Sistema de Indicadores - SISIND, e que os normativos existentes são o plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária, a Portaria SESPA nº 321( art. 5º- não define quem da SESPA irá acompanhar) e a Portaria MS nº 648.

3.3 A execução do controle se dá através da ficha de certificação municipal do plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária em saúde do Estado do Pará, constante do anexo 3, sendo composta de quatro eixos: infra-estrutura, atenção à saúde, gestão da saúde e controle social, objetivando identificar a existência de condições básicas necessárias ao bom funcionamento das USF's.

3.4 Para cada eixo, existem metas anuais a serem cumpridas, sendo emitidos relatórios com comparativos entre o projetado e o alcançado. Quando as metas não são alcançadas, cada município é informado, recebe orientações e é acordado prazo para sua adequação.

3.5 Questionados os treze Centros Regionais de Saúde – CRS's, acerca das atribuições de acompanhamento, supervisão e avaliação, seis (46,15%) responderam ao questionário. Apesar de cinco CRS's responderem afirmativamente ao questionamento, nenhum deles apresentou critérios e rotinas documentadas quanto à realização rotineira das ações de acompanhamento, supervisão e avaliação junto às SMS's e USF's. Houve, também, muitas sugestões dos CRS's no que diz respeito a realização de treinamento para o setor técnico, na área de monitoramento, assim como maior apoio do nível central da SESPA para liberação de diárias, veículos e cumprimento de cronogramas de visitas. Estes fatos corroboram a ocorrência de fragilidades nas ações de supervisão, impossibilitando levantamentos adequados e confiáveis das informações oriundas das USF's e SMS's, assunto melhor visualizado no item a seguir.

3.6 Esta equipe de auditoria visando melhorar a consolidação das informações oriundas das SMS's e USF's de forma sistemática e padronizada, possibilitando assim informações disponíveis confiáveis e adequadas, propõe a este TCE-PA que recomende à SESPA:

- Desenvolver e implementar rotinas descritivas e documentadas referentes à operacionalização das ações de acompanhamento, supervisão e avaliação, para os técnicos dos centros regionais de saúde e para os coordenadores estaduais do departamento de atenção primária, de forma sistêmica, planejando inclusive a frequência e/ou periodicidade que essas ações deverão ocorrer de forma a dar cobertura de acompanhamento, monitoramento e avaliação, “in loco”, aos 143 municípios.

### ***Mecanismo de Controle Utilizado pela SESPA***

3.7 O controle atualmente adotado pela SESPA se dá através da ficha de certificação municipal, constante do anexo 3, do plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária em saúde do Estado do Pará, utilizado nas avaliações, quando das certificações dos municípios, para adesão dos municípios ao pacto pela saúde com o Estado.

3.8 Verificou-se através de comunicações de auditoria, de visitas de estudo, entrevistas e questionários que o acompanhamento, supervisão e avaliação das ações da estratégia saúde da família não se dá de forma rotineira e sistemática, em decorrência da baixa frequência das visitas nas SMS's e USF's e do não cumprimento dos cronogramas planejados pelos CRS's. Essa situação deve-se, principalmente a falta de diárias e inexistência de veículos exclusivos para essa atividade.

3.9 A carência do acompanhamento, supervisão e avaliação das ações da estratégia saúde da família por parte da SESPA e dos CRS's dificulta a identificação das problemáticas existentes nas USF's e SMS's e a orientação das medidas corretivas necessárias.

3.10 Objetivando contribuir para a execução efetiva dos mecanismos de controle, a adoção de medidas corretivas e seu monitoramento e a consolidação tempestiva e confiável das informações referentes ao resultado das atividades de fiscalização, esta equipe de auditoria sugere a esta Corte de Contas que recomende à SESPA:

- Priorizar a disponibilidade de diárias e veículos adequados a cada região (camionetes, canoas, motos) para as equipes de supervisão e que os cronogramas para acompanhamento e avaliação, quando planejados pelos centros regionais, sejam cumpridos.

### ***Canais Diretos de Comunicação com os Beneficiários***

3.11 A SESPA, os CRS's e os Conselhos de Saúde não demonstraram possuir canais diretos de comunicação com os beneficiários e a sociedade civil, referentes às sugestões, críticas e denúncias relacionadas à estratégia saúde da família.

3.12 A SESPA informou que o canal de comunicação junto à sociedade civil acontece através do Conselho Estadual de Saúde - CES, do Colegiado de Secretários Municipais - COSEM e dos Conselhos Municipais de Saúde - CMS, que são responsáveis pelos mecanismos de execução do controle social. Já as denúncias são efetuadas através da

Ouvidoria do Estado e do Ministério da Saúde, que se encarregam da comunicação à pessoa interessada.

3.13 O Conselho Estadual de Saúde - CES, através da CA nº 04/2009, informou que os mecanismos legais de ação do plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária em saúde do Estado do Pará, foram amplamente divulgados através de publicação no DOE. Informou ainda, que uma das ações desenvolvidas por ele para estimular o controle social nos últimos quatro anos foi a criação de duas comissões para acompanhar o Plano de Ação: uma para Gestão Estadual de Saúde e outra para o Controle Social. É oportuno dizer que a resolução nº 057 de 18/08/2009 instituindo a Comissão de Controle Social foi criada após o questionamento por esta equipe de auditoria mediante CA nº 04/2009 de 10/08/2009.

3.14 Quanto à informação aos beneficiários e à sociedade civil da adoção de providências confiáveis e tempestivas com relação às sugestões, críticas e denúncias relacionadas à estratégia saúde da família, os CRS's informaram que se reúnem com o CMS e gestor municipal, enviando posteriormente relatório técnico conforme a especificidade de cada unidade de saúde à assessoria estadual para parecer sobre a situação.

3.15 Já o CES, quando questionado acerca de medidas confiáveis e tempestivas com relação às sugestões, críticas e denúncias oriundas dos beneficiários e sociedade civil, nada informou, limitando-se a descrever a atuação da SESPA quanto ao acompanhamento e supervisão: "a SESPA acompanhará e supervisionará a execução das ações de saúde para cada município". O CES remete o que é de sua competência à SESPA.

3.16 Verificou-se, diante do exposto, que nem a SESPA, os CRS's e o Conselho Estadual de Saúde demonstraram possuir canais de comunicação direto com os beneficiários da estratégia saúde da família e a sociedade civil como: disque denúncia, zero oitocentos, etc. buscando robustecer o controle social e a participação popular no programa saúde da família, preconizado como VI fundamento da atenção básica, constante da PNAB.

3.17 Esta perceptiva foi corroborada com as visitas de estudo realizadas em 41 USF's, localizadas em 15 municípios pertencentes às regiões norte, oeste e sul do Estado, onde constatou-se que: a) 68,97% das unidades visitadas não desenvolvem parcerias com conselhos locais/movimentos sociais; b) 79,32% das unidades visitadas não realizam reunião com a comunidade; c) em 82,76% das unidades visitadas não ocorre reunião da equipe com o conselho de saúde local e d) 65,52% das unidades visitadas não têm grupo gestor na unidade de saúde da família.

3.18 A ausência de canais diretos de comunicação com os beneficiários da estratégia saúde da família e a sociedade civil organizada, aliada à carência de divulgação do exercício da intervenção popular nas questões da execução do programa saúde da família, limita o conhecimento das possíveis críticas e denúncias, assim como gera a falta de adoção de providências confiáveis e tempestivas com relação às sugestões, críticas e denúncias apresentadas.

3.19 Esta equipe visando ampliação do conhecimento das problemáticas da ação e a disponibilidade de canais diretos de comunicação, aos usuários, para o exercício da participação popular, dessa maneira estimulando o controle social preconizado na PNAB e tão importante fator de democracia e cidadania, propõe a este TCE-PA que recomende à SESPÁ que em conjunto com as SMS's:

- Criar e implementar canais compatíveis e diretos de comunicação, como por exemplo "fale conosco" ou 0800, para recepção de críticas, sugestões e denúncias, tanto oriundas dos beneficiários do programa saúde da família quanto da sociedade civil organizada;
- Estabelecer mecanismos de divulgação (cartilhas, veiculação na mídia) da estratégia saúde da família para o beneficiário e a sociedade civil organizada, objetivando o fomento da participação popular na política da saúde.

#### *Assessoramento da SESPÁ aos Municípios e Capacitação dos Técnicos dos CRS's*

3.20 Segundo informações da SESPÁ, o SIAB encontra-se implantado nos 143 municípios e sua atualização é feita através do banco de dados nacional – o DATASUS, via internet, pelo próprio município.

3.21 O questionário enviado aos CRS's solicitava que fossem especificados os tipos de assessoria concedida aos municípios. Apenas dois responderam a este item: um CRS informou que o digitador da Regional de Saúde alimenta os dados oriundos das SMS's e faz as orientações solicitadas. O outro CRS informou que a assessoria é realizada "através de capacitação/monitoramento", porém não foi entregue nenhum documento comprovando a execução de cursos ou capacitação.

3.22 Foi perguntado às SMS's se elas têm recebido assessoramento da SESPÁ para a implantação e alimentação do SIAB. Das 43 SMS's que responderam aos questionários, 71,79% informaram que sim e 28,20% que não, sendo que quatro SMS's não opinaram. Os apoios relatados foram: atualização de cadastros, organização de equipes para cadastros, operacionalização do sistema, atualização de base de dados do sistema e assessoramento técnico.

3.23 No que tange à capacitação dos técnicos das regionais e demais servidores da SESPÁ, habilitando-os a prestar apoio aos municípios, informando quantidade de cursos, conteúdo programático, carga horária, período, local e regionais participantes, a SESPÁ nada informou. Contraopondo essa assertiva com os CRS's, apenas dois informaram ter os técnicos das regionais de saúde recebido capacitação para acompanhar, supervisionar e avaliar a execução dessa estratégia pelos municípios, quais sejam: Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica - PROGRAB e Sistema de Pactuação de Indicadores de Atenção Básica - SISPACTO.

3.24 A capacitação insuficiente dos técnicos dos centros regionais é constatada, também, através dos relatos no questionário aplicado aos CRS's, onde houve sugestões de:

- a) Capacitação específica em acompanhamento e monitoramento de forma contínua, e capacitação dos técnicos no SIAB;

b) Melhores condições de trabalho, que permitam ao profissional técnico deslocar-se até os municípios, como: transporte exclusivo à diretoria técnica para realizar a assessoria, diárias, garantia de execução do planejamento das vistorias técnicas elaborados pelos CRS's;

c) Reuniões com as equipes de saúde da família para discussão das metas;

d) Realização de pelo menos duas reuniões/ano de avaliação entre a coordenação estadual da estratégia saúde da família e as regionais.

3.25 Considerando as visitas de estudo, as respostas oriundas da SESPA e dos CRS's aliados às suas sugestões, conclui-se que a SESPA não está exercendo efetivamente a competência descrita no tópico 2, item 2.2 da PNAB que trata de suas responsabilidades quanto ao assessoramento às SMS's, assim como não está dando suporte necessário aos CRS's para executarem suas atividades de apoio aos municípios sob sua jurisdição.

3.26 Colaborando com esta assertiva, foi verificado que 100% das unidades de saúde da família visitadas não receberam treinamento e nem alimentam diretamente o SIAB, e que 93,10% delas, não receberam assessoria/assistência técnica diretamente da SESPA e/ou dos CRS's.

3.27 A insuficiência de suporte material e técnico para os profissionais dos CRS's exercerem as atividades de acompanhamento, monitoramento e avaliação da ação gera insegurança dos profissionais dos CRS's e dificulta o desempenho de suas atribuições, ficando municípios desassistidos da ação de controle e avaliação.

3.28 Vale dizer que as responsabilidades da SESPA vão além de assessoramento, pois também deve acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia saúde da família, já que é o ator responsável dentro do Estado do Pará em alavancar esta ação nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

3.29 Visando garantir a ação do Estado na atenção primária, quanto a expansão, operacionalização e consolidação da estratégia saúde da família, assim como a efetivação do assessoramento prestado aos municípios pela SESPA e capacitação aos profissionais responsáveis pelo monitoramento, esta equipe de auditoria sugere a este TCE-PA, que recomende à SESPA:

-Atuar de forma efetiva junto às SMS's no assessoramento, monitoramento e avaliação da estratégia saúde da família, visando garantir sua operacionalização, ampliação e consolidação;

-Providenciar capacitação específica, de forma contínua, em acompanhamento, monitoramento e avaliação para os técnicos dos CRS's;

-Proporcionar aos técnicos dos CRS's melhores condições de trabalho, garantindo aquisição de veículo exclusivo para a área técnica, diárias e cumprimento do cronograma de visitas;

-Realizar, através da coordenação regional do programa saúde da família, pelo menos duas reuniões/ano de avaliação junto aos CRS's, objetivando avaliar o seu desempenho frente à estratégia saúde da família, nos municípios sob sua jurisdição.

### ***Disponibilidade de Informações para os Beneficiários***

3.30 Quanto aos mecanismos utilizados pela SESPA (panfletos, cartilhas, jornais, internet e outros) para divulgar os resultados alcançados pelos municípios, especificando, entre outros, os indicadores relativos às metas alcançadas de forma geral e, em particular, quanto aos indicadores de atenção básica, apresentando documentação comprobatória, foi informado que a divulgação e discussão dos resultados dos indicadores ocorre durante os monitoramentos e avaliações, onde são realizadas reuniões com a equipe técnica, CRS's e gestores municipais. Além disso, as informações estão disponíveis nos sites do Ministério da Saúde/SISPACTO e no portal da Saúde Pública no Pará.

3.31 Diante do exposto, verificou-se que os mecanismos de divulgação utilizados pela SESPA e pelos CRS's não alcançam os beneficiários, impossibilitando o exercício do controle social de forma fundamentada.

3.32 Objetivando dar conhecimento dos resultados alcançados pelos municípios, esta equipe de auditoria sugere a este TCE-PA que recomende à SESPA e CRS's:

- Adotar mecanismos de divulgação capazes de alcançar os beneficiários, como por exemplo: panfletos, cartilhas e palestras junto às comunidades, possibilitando o exercício do controle social com fundamento em informações e dados concretos.

### ***Uso dos Indicadores de Atenção Básica pelo CRS's como Ferramenta Gerencial***

3.33 Todos os CRS's questionados acerca do acompanhamento da evolução dos indicadores de atenção básica relacionando sua evolução por município, no período de janeiro de 2006 a agosto de 2009, afirmaram que executam o referido acompanhamento, contudo, verificou-se, pelos documentos anexados, que não houve comprovação da realização de análise desses indicadores pelos Centros Regionais.

3.34 Nas informações oriundas dos questionários aplicados junto aos CRS's, verificou-se que os indicadores de atenção básica e sua comparação com as metas pactuadas não são utilizados como ferramentas de planejamento de ações que permitam a melhoria da realidade traduzida por esses indicadores. Confirmam estas percepções a informação do responsável da Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde – DDASS de que há carência de pessoal capacitado, de forma contínua, em acompanhamento e monitoramento nos Centros Regionais.

3.35 Com intuito de aprimorar o planejamento de ações que permitam a melhoria dos indicadores de atenção básica com a utilização da evolução, por município, desses indicadores e sua comparação com as metas pactuadas, esta equipe de auditoria propõe a este TCE-PA que recomende à SESPA:

-Promover capacitação de forma específica em acompanhamento e monitoramento para os técnicos responsáveis por essas atividades, de forma contínua, com ênfase na utilização dos dados disponíveis no SIAB;

-Viabilizar condições de trabalho para facilitar a presença do profissional técnico junto aos municípios: transporte exclusivo, diárias e cumprimento de cronograma, garantia de execução do planejamento das vistorias técnicas elaborados pelos CRS's.

#### **4) Acesso à Atenção Primária, Vínculo entre a Família e o Agente Comunitário e o Encaminhamento a Médicos Especializados e Exames Clínicos e Radiológicos Promovidos pelas Equipes de Saúde da Família.**

##### *Cadastro dos Usuários*

4.1 Nas respostas dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS's, quando da aplicação dos questionários nas visitas de estudo, 65,95% relataram que atendem de 350 a 750 pessoas e 17,03% acima de 750 pessoas. Portanto, a maioria dos agentes de saúde está dentro do limite máximo previsto no Item 3, inciso II do capítulo III da Portaria 648/GM/2006 – PNAB: “II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Entretanto, percebeu-se, nas entrevistas, insegurança dos ACS's quanto ao número exato de beneficiários sob sua responsabilidade, denotando que não há o cadastramento e atualização precisa dos usuários adstritos à área de abrangência.

4.2 Observou-se contra-senso das respostas dos ACS's quando analisadas em conjunto com as respostas dos questionários aplicados junto às USF's, ficando evidenciado que 54,17% das unidades de saúde atendem mais de 4.000 mil pessoas por equipe, ocasionando número excessivo de famílias, além do limite máximo preconizado pela portaria nº 648/GM/2006.

4.3 Cabe mencionar ainda, que os enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem, durante as entrevistas nas USF's, demonstraram, com grande frequência, insegurança nas respostas sobre o número exato de pessoas cobertas pela equipe de saúde da família, atribuindo aos ACS's a responsabilidade do conhecimento preciso de pessoas cadastradas.

4.4 Algumas famílias que residiam nas redondezas das USF's responderam à equipe de auditoria que não receberam visita dos ACS's em seu domicílio. Esta constatação também leva ao entendimento que há fragilidade da atuação dos ACS's no que diz respeito ao cadastro dos usuários adstritos à área de abrangência e às visitas que devem ser realizadas.

4.5 A deficiência na atuação da enfermeira da equipe de saúde da família no que diz respeito à coordenação e ao gerenciamento das ações desenvolvidas pelos ACS's, concorre para o cadastramento impreciso dos usuários e para incerteza quanto à realização das visitas domiciliares.

4.6 Esta situação ocasiona distorção da cobertura da estratégia de saúde da família, existência de famílias não cobertas pela ação, prejuízos à promoção da população ao acesso à atenção primária e no estabelecimento do vínculo do usuário com o ACS.

4.7 Com o objetivo de atingir maior número de famílias cobertas pela ação, com exatidão na cobertura da estratégia de saúde da família, promovendo vínculo e acesso à atenção primária, esta equipe de auditoria entende que esta Corte de Contas deva propor à SESP a seguintes recomendações:

- Orientar as SMS's quanto à atuação das enfermeiras das equipes de saúde da família, no que tange a coordenação e o gerenciamento das ações desenvolvidas pelos ACS's, tais como: precisão e atualização do cadastro das pessoas e controle das visitas domiciliares;

- Orientar as SMS's que determine às USF's que promovam o cadastro preciso das pessoas da sua área de abrangência, bem como sua atualização, nas unidades que se fizerem necessárias.

### *Condições de Trabalho dos ACS's*

4.8 Verificou-se nas visitas de estudos que as SMS's não estão fornecendo materiais suficientes e adequados para as USF's, de forma a garantir que os ACS's tenham condições de exercer com maior desempenho suas atividades.

4.9 Os ACS's relataram condições inadequadas de trabalho para o bom desempenho das suas atribuições, tais como: ausência de medicamentos e insumos básicos nas USF's (preservativos, hipoclorito, remédios para diabéticos e hipertensos, termômetro, balança cegonha ou portátil, bolsas para carregar materiais de trabalho, materiais de expediente), ausência de locais para reuniões, ausência de uniformes, carência de meios de transporte ou manutenção dos existentes para realização das visitas domiciliares, exposição ao sol e chuva sem proteção adequada, ausência e/ou insuficiência de materiais de divulgação para ser utilizado nas visitas domiciliares, ausência de material para contato com grupos de risco (máscaras, luvas e álcool gel).

4.10 Outro ponto abordado na realização das entrevistas foi sobre a segurança dos ACS's, a quando da realização de suas visitas domiciliares, em que 34,69% informaram já ter sofrido ameaças durante a execução de seu trabalho, alegando diversos motivos, tais como: presença de pessoas perigosas/criminosas, com problemas mentais, alcoolizadas e agressão verbal. Esse fato contribui para que os ACS's tenham suas ações inibidas, prejudicando a rotina das visitas domiciliares e o alcance das metas planejadas nas unidades de saúde da família.

4.11 Ressalte-se ainda, que outro problema relatado pelos ACS's diz respeito a sua participação na realização do cadastramento das famílias para o programa bolsa família, por ocasião das visitas domiciliares. Os ACS's se queixaram do volume de informações



que o cadastro do bolsa família requer para ser preenchido, alegando prejuízo no desempenho de outras atividades que são inerentes às ações de atenção primária.

4.12 Os ACS's apontaram ainda, que as famílias vinculam a eles o indeferimento dos cadastros para receber o benefício do bolsa família, e conseqüentemente, não aceitam mais as suas visitas domiciliares, prejudicando a formação do vínculo, princípio da política de saúde da família.

4.13 É oportuno dizer, ainda, que foram mencionadas pelos ACS's, voluntariamente, como proposta de melhoria para o desempenho de suas funções, as seguintes sugestões: material de apoio ilustrado com explicações acerca dos assuntos abordados; hipoclorito; treinamentos; adicional de insalubridade; auxílios para locomoção de acordo com as necessidades da localidade; suficiência de medicamentos da farmácia básica nas USF's; vestuário e calçados apropriados (uniforme); capa de chuva, protetor solar e bonés para proteção do sol e chuvas, que são abundantes na região; bolsas para carregar materiais, etc.

4.14 Para melhor desempenho, por parte dos ACS's, na execução de suas atividades, bem como conhecimento por parte da população da suas atuações e funções na equipe de saúde da família, gerando credibilidade e fortalecendo o vínculo com os usuários, esta equipe de auditoria propõe a esta Corte de Contas que recomende à SESPÁ em conjunto com às SMS's:

- Realizar ações de divulgação, voltadas à população usuária do saúde da família, sobre o papel do ACS enquanto integrante da equipe de saúde da família;

- Enviar e orientar às SMS's sobre a elaboração de materiais educativos e explicativos, acerca das ações de saúde da família, para serem utilizados pelos ACS's nas visitas domiciliares;

- Fiscalizar e orientar às SMS's a providência de materiais suficientes e adequados, de acordo com as especificidades de cada município, para o desenvolvimento das atividades dos ACS's, tais como: meio de transporte (bicicletas, motos, canoas, etc.), uniformes, bonés, filtro solar, guarda-chuva e capa de chuva, bolsas para transportar materiais, hipoclorito, material de expediente, máscaras, luvas, álcool gel, disponibilidade de medicamentos básicos nas unidades de saúde da família, termômetro, balança cegonha ou portátil, etc.

#### ***Filosofia da Estratégia Saúde da Família e Ações da Equipe de Saúde da Família***

4.15 Nas visitas de estudo, observou-se a frequência de procedimentos, do modelo tradicional de saúde básica, incompatíveis com a filosofia do novo modelo instituído pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.

4.16 Após as entrevistas e os relatos espontâneos dos beneficiários, ficaram evidentes situações como:

a) marcação de consultas por fichas, com distribuição limitada, exigindo da população que compareça cedo, muitas vezes de madrugada à USF, tendo o usuário, mediante sacrifício e exposição de riscos, como assaltos, que permanecer longos períodos em filas para garantir o atendimento de saúde;

b) número significativo de usuários que não recebem visita domiciliar do médico;

c) precariedade no acolhimento e humanização no atendimento nas USF's;

d) não cumprimento da carga horária pelo médico de 40h semanais.

4.17 De acordo com as entrevistas realizadas com os beneficiários, constatou-se, ainda:

a) 72,09% responderam que nunca receberam visita do médico em sua residência;

b) 44,18% disseram que passam esperando, de uma e/ou mais de duas horas, em média, para serem atendidos nas USF's;

c) 45,30% afirmaram que o médico gasta com o seu atendimento, em média, 15 minutos;

d) 81,39% informaram que precisaram de medicamentos básicos e que não estavam disponíveis nas unidades de saúde da família (aspirina, AS, anticoncepcional, preservativo, dipirona etc.), sendo esta fragilidade, também observada nas visitas de estudos nas USF's;

e) 67,48% informaram que a forma de marcar consultas nas USF's é pessoalmente e/ou por ordem de chegada.

4.18 Apesar de 80%, em média, das SMS's terem informado que os profissionais da equipe cumprem a carga horária de 40h semanais, observou-se na maioria das USF's visitadas, as seguintes situações:

a) a presença de médico apenas três vezes por semana, com horário de atendimento ao público de duas a quatro horas;

b) 44,82% das USF's só funcionavam pela parte da manhã e as que funcionavam pela manhã e tarde, não estavam com a equipe completa e quase sempre apenas com o técnico de enfermagem.

4.19 As sugestões mais frequentes apresentadas pelos beneficiários para melhorar o atendimento nas USF's foram:

a) horário de funcionamento das unidades até o final da tarde com toda equipe;

b) disponibilidade de médicos, todos os dias, para atendimento nas unidades;

c) que os médicos realizem visitas domiciliares;

d) melhoria de atendimento, pelos profissionais da equipe, nas USF's – humanização e acolhimento.

4.20 Desta feita, infere-se que as constatações elencadas são incompatíveis com o novo modelo de atenção básica, idealizado para atuar na promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo como princípios responsabilização e humanização, dentre outros.

4.21 A insuficiência de treinamento da equipe de saúde da família, conforme evidenciado nos questionários aplicados junto às USF's visitadas, em que 68,97% informaram que não receberam capacitação introdutória para exercer suas atividades profissionais, aliada as informações das SMS's em que 50% confirmaram esta situação, apontam como parte do problema em questão.

4.22 Outro fator que coopera na manutenção do modelo tradicional de saúde é a deficiência na divulgação da filosofia da estratégia de saúde da família à população, que de acordo com os dados levantados nos questionários aplicados juntos aos usuários das USF's, 67,48% afirmaram que procuram a unidade de saúde sem estar com consulta marcada.

4.23 Os prejuízos decorrentes de tais práticas geram descrédito da população-alvo com relação ao novo modelo de atenção básica, e ausência de vínculo do usuário com a equipe de saúde da família.

4.24 Com objetivo de proporcionar credibilidade da população-alvo na estratégia saúde da família e incentivar sua participação social, esta equipe de auditoria propõe a este TCE/Pa que faça as seguintes recomendações à SESPA:

- Desenvolver conjuntamente com as SMS's ações educativas de reforço da filosofia da política de saúde da família, junto às equipes de saúde da família, para que os profissionais atuem conforme os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização e da humanização;

- Atuar junto às SMS's no sentido de garantir as seguintes ações: marcação de consultas por agendamento, realizada pelos ACS's para todos os usuários, e não apenas para grupos de risco; realização de visitas domiciliares pelos médicos; disponibilidade de médico todos os dias nas USF's; atendimento nas USF's com a equipe de saúde da família completa; disponibilidade de insumos e medicamentos básicos nas USF's para atendimento dos usuários.

#### ***Dificuldade de Acesso a Médicos Especializados e Exames Laboratoriais e Radiológicos***

4.25 De acordo com as entrevistas realizadas junto aos beneficiários e USF's, nas visitas de estudo, esta equipe de auditoria constatou que há deficiência de mecanismos

facilitadores de acesso aos usuários da estratégia de saúde da família a médicos especializados e exames laboratoriais e radiológicos.

4.26 Dos beneficiários entrevistados, 97,10% responderam que não há mecanismos facilitadores para marcação de consultas e 98,79% afirmaram que não há procedimentos que facilitem a realização de exames clínicos, laboratoriais e radiológicos, tais como: raio-X, tomografia, ultra-som, exames de urina, fezes, sangue etc.

4.27 Das USF's visitadas, 79,31% declararam que não há mecanismos capazes de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de referência, ou seja, encaminhamento a médicos especializados e exames laboratoriais e radiológicos.

4.28 Houve poucos ou raríssimos casos de marcação de consultas pela equipe de saúde da família quando referenciada pelo médico da equipe, mediante formulário de referência ou receita, de modo a facilitar o acesso do usuário a médicos especialistas quando necessário, em que a equipe de saúde da família providenciou a marcação da consulta e o beneficiário só foi no dia agendado.

4.29 Encontraram-se, também, casos em que o encaminhamento (formulário) é feito pelo médico e o usuário leva para a assistente social que atua na própria USF, ou na SMS. A Assistente Social marca a consulta e o usuário vai apenas no dia agendado.

4.30 Ocorreu, ainda, que algumas consultas especializadas (referenciadas) são marcadas pelos próprios ACS's nas unidades básicas de saúde do município.

4.31 Entretanto, o que se observou com maior frequência, conforme evidenciado anteriormente, é que a marcação de consultas e exames especializados é realizada da seguinte forma: o médico da USF encaminha o usuário, mediante formulário de referência ou receita médica, para a consulta ou exame especializado, e o beneficiário é o responsável por marcar sua consulta na SMS ou direto no hospital/UBS - Unidade Básica de Saúde do município.

4.32 Alguns usuários apesar de não terem suas consultas de referência marcadas pela equipe de saúde da família, conseguiram atendimento, da seguinte forma: pela rede particular, mediante recursos próprios; pessoalmente, procurando outro centro de saúde; pela influência de parentes que trabalham em hospitais públicos.

4.33 Na USF de Ajuruteua, em Bragança e na USF de Puraquequarinha, em Ourém, a técnica de enfermagem e a enfermeira, respectivamente, são as facilitadoras do acesso aos serviços de referência. Elas levam as guias de referência e marcam na central de regulação do município, as consultas para os usuários. O usuário só vai no dia marcado da consulta ou do exame. Esta prática adotada é isolada à política da Secretaria Municipal de Saúde. É uma ação voluntária das próprias profissionais. Ressalte-se ainda, a ocorrência desta prática na USF Josino Tavares em Conceição do Araguaia, em que a equipe de saúde da família é o facilitador do agendamento de consulta e exames especializados no centro de regulação da SMS.

4.34 Na USF do TABOM, em Tomé-açu, a assistente social da unidade de saúde da família marca as consultas e exames especializados que são referenciados pelo médico,

no próprio município, ou em Belém. O usuário só vai no dia agendado. Entretanto, foi informado na USF que há um grande número de demanda reprimida (fila de espera).

4.35 No que diz respeito às regiões oeste e sul do Pará, embora alguns dos beneficiários responderem positivamente, verificou-se durante as entrevistas, a respeito do encaminhamento a médicos especialistas, exames clínicos e radiológicos, que eles não tinham a compreensão do que seria os mecanismos facilitadores, pois se referiam meramente a entrega da guia de encaminhamento pelo médico, e não da viabilização do agendamento de consultas a especialistas e/ou exames clínicos e radiológicos promovido pela USF.

4.36 Nos municípios visitados no Oeste (Itaituba e Belterra) e Sul do Pará (Conceição do Araguaia e Redenção), observou-se que não há por parte dos gestores das SMS's uma ação conjunta e uniforme capaz de garantir as referências a serviços de saúde fora do âmbito das USF's, mas foram encontradas ações facilitadoras, sendo que de forma isolada, a exemplo da USF Bela Terra em Belterra, onde a enfermeira coordenadora viabilizou junto à SMS a coleta na própria unidade de exames laboratoriais, uma vez por semana, e da USF Josino Tavares em Conceição do Araguaia que procede da mesma forma.

4.37 A ausência dessas medidas facilitadoras proporcionam a ocorrência de situações antagônicas dentro de um mesmo município, como o de Belterra, que possui mais duas USF's (Aramanaí e São Jorge), distantes cerca de 20km e 55km, respectivamente, da sede do município e ficam excluídos das referidas ações. Da mesma forma em Conceição do Araguaia, onde a USF de Alacilândia, distante 55 Km da sede do município, fica excluída de ações facilitadoras.

4.38 Diante de todos os relatos, constatou-se que a população tem dificuldade no acesso as redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS, tanto de média quanto de alta complexidade, sendo mais grave e desrespeitosa a situação da população na zona rural, que tem que enfrentar outros fatores, como: precariedade de transportes e estradas; baixa condição financeira; desconhecimento e compreensão de seus direitos.

4.39 Portanto, quem deve desempenhar o papel facilitador no que tange aos serviços de referência para o beneficiário da ação é o gestor da SMS, conjuntamente com equipe de saúde da família de cada unidade, no esforço de respeitar os princípios e fundamentos da PNAB, entre os quais pautam-se no da acessibilidade, da coordenação e do cuidado, buscando a promoção da saúde de cada indivíduo de forma singular.

4.40 A morosidade por parte da SESPA na implantação do complexo regulador estadual, conforme informação obtida na entrevista, realizada em 13/04/2009, com o Diretor do DDASS - Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços da Saúde, bem como a deficiência das SMS's na política de implantação da estratégia saúde da família nos municípios, são fatores que contribuem para a carência nas USF's de mecanismos facilitadores disponibilizados aos usuários, de acesso a médicos especializados e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos, quando se fizerem necessários.

4.41 A ausência ou insuficiência de referência produz repercussões negativas, tais como: usuários sem o acesso aos serviços médicos especializados e/ou exames mais complexos; agravamento de doenças nos usuários, que necessitam de tratamento especializado e/ou exames clínicos, laboratoriais e radiológicos; descrédito da população no novo modelo de atenção primária.

4.42 No intuito de propiciar acesso dos usuários aos serviços médicos especializados e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos referenciados pelas USF's, assim como fortalecer a filosofia da estratégia de saúde da família e credibilidade na política estadual de atenção primária, como novo modelo de atenção à saúde, esta equipe de auditoria, entende, ser oportuno que esta Corte de Contas recomende à SESPÁ:

- Atuar em conjunto com as SMS's, no sentido de garantir aos usuários as referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica/USF, uniformizando a sistemática de referência nas USF's, criando mecanismos facilitadores a médicos especializados e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos, quando se fizerem necessários.

## **5) Análise dos Comentários do Gestor**

5.1 Com vistas à implementação do monitoramento que é a última etapa da metodologia da auditoria operacional, foi entregue à Secretaria de Estado de Saúde Pública a versão preliminar deste relatório, mediante Ofício nº 00238/2010/DCE/CAOP, de 18/01/2010, em reunião realizada neste TCE/PA, com a finalidade de obter seus comentários e sugestões.

5.2 A SESPÁ pronunciou-se mediante ofício nº 48/2010/GAB/DASE/SESPA em 04/02/2010 tecendo algumas observações, que foram consideradas à quando da elaboração final deste relatório.

5.3 Vale registrar que a SESPÁ ressaltou a importância do trabalho realizado por este TCE/PA na estratégia saúde da família: "...que com excelência demonstrou entendimento de toda a complexidade que abarca ações em Atenção Primária na Estratégia Saúde da Família."

## **6) Conclusão**

6.1 O Ministério da Saúde, em 2006, através da Secretaria Nacional de Atenção à Saúde e do Departamento Nacional de Atenção Básica, redesenhou e revitalizou a política nacional de atenção básica, redefinindo princípios e responsabilidades de cada esfera de governo, visando consolidar e qualificar a estratégia saúde da família como modelo de atenção básica, na qual deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde - SUS.

6.2 Desta feita, o Governo do Estado, mediante a SESPA, a partir de 2008 vem implementando ações, objetivando atender as diretrizes contidas na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB no que tange às responsabilidades das secretarias estaduais. Assim, em 30/03/2009 foi instituído o Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária em Saúde no Pará, mediante Decreto nº 1.577/09 e Portaria 321/09/SESPA, que trata dos critérios de adesão ao incentivo estadual da estratégia saúde da família, bem como sua operacionalização, firmando instrumentos jurídicos específicos com os municípios (pactuação).

6.3 A partir dessa perspectiva, o presente trabalho objetivou verificar se as equipes da estratégia saúde da família estão efetivamente constituídas e em condições adequadas de atuação, de modo a viabilizar o atendimento aos usuários, promovendo o acesso à atenção primária, vínculo entre os profissionais e as famílias, bem como se a SESPA possui mecanismo de avaliação e acompanhamento da ação.

6.4 Como síntese das conclusões expostas ao longo deste relatório, constataram-se algumas problemáticas que vêm prejudicando a expansão, operacionalização e o desempenho da ação estratégia saúde da família: a insuficiência de cobertura do saúde da família; condições inadequadas de atendimento aos usuários pela ESF; horário de funcionamento e estruturas físicas inadequadas das USF's; precariedade e insuficiência de equipamentos e materiais nas USF's; condições inadequadas de trabalho para os ACS; ações da ESF incompatíveis com a filosofia da estratégia de saúde da família; ausência de rotinas documentadas para a realização de acompanhamento, supervisão e avaliação; precariedade do mecanismo de controle existente, os quais não são executados rotineiramente; ausência de canais diretos de comunicação com os beneficiários e a sociedade civil organizada; vulnerabilidades na execução das atividades de assessoramento aos municípios; dificuldade de acesso, dos usuários, a médicos especializados e exames laboratoriais e radiológicos.

6.5 Observou-se, ainda, que os indicadores de atenção básica e sua comparação com as metas pactuadas não são utilizados como ferramentas de planejamento de ações que permitam a melhoria da realidade traduzida por esses indicadores, aliado a estas percepções foi informado que há carência de pessoal capacitado, de forma contínua, em acompanhamento e monitoramento nos centros regionais.

6.6 Embora tenha-se utilizado neste trabalho uma amostra restrita de municípios e unidades, cerca de 10% dos municípios paraenses, abrangendo 41 unidades de saúde da família nas regiões norte/nordeste, sul e oeste, esta equipe de auditoria considera que os achados e recomendações podem ser estendidos a todos os municípios que aderiram à ação implementação de ações da estratégia saúde da família. Um dos elementos que avaliza essa assertiva é a reincidência dos problemas verificados quando das visitas de estudos e questionários aplicados junto às unidades de saúde/ESF e secretarias municipais de saúde.

6.7 Finalmente, espera-se que esta auditoria possa contribuir, a partir das recomendações propostas, para o melhoramento dos processos de expansão, operacionalização, assessoramento, controle e monitoramento da estratégia saúde da família, bem como o fortalecimento e ampliação do exercício da participação popular, na política da saúde, dessa maneira estimulando o controle social, fator importante de

democracia e cidadania, além de ser um instrumento de suporte à tomada de decisões para as autoridades na área da saúde.

## **7) Proposta de Encaminhamento**

7.1 Por todo o exposto e objetivando contribuir de forma efetiva para operacionalização da ação “Implementação de Ações da Estratégia Saúde da Família”, submete-se o presente relatório de auditoria à apreciação superior, com as seguintes propostas:

7.2 Recomendar à Secretaria de Estado de Saúde Pública, a adoção das seguintes medidas:

1- Estudar a viabilidade de fixação dos profissionais médicos nos municípios, levando em consideração as especificidades regionais, e apresentar o assunto para discussão junto à Comissão Intergestores Bipartite - CIB, com vistas à apreciação e implementação;

2- Melhorar o assessoramento e apoio técnico por parte da SESPA junto às Secretarias Municipais de Saúde;

3- Realizar fiscalização avaliativa, periódica, nos municípios que não atingiram as metas de expansão das equipes, garantindo os instrumentos necessários aos municípios para o alcance das metas de expansão das equipes de saúde da família;

4- Apoiar, incentivar e fiscalizar incremento na política de divulgação da ação “Implementação de ações da estratégia saúde da família”, pelas SMS’s e equipes de saúde da família;

5- Atuar junto às SMS’S e equipes de saúde da família, de forma a viabilizar o remapeamento da população adstrita à área de abrangência, garantindo número de equipes e ACS’s compatíveis com a quantidade de beneficiários, conforme estabelecido na PNAB;

6- Orientar às SMS’s que no funcionamento de duas equipes de saúde da família na mesma unidade, seja trabalhada a harmonização de procedimentos no gerenciamento das atividades, assim como providenciar instalações físicas adequadas;

7- Fiscalizar o cumprimento do horário de funcionamento das USF’s e carga horária da equipe, garantindo o atendimento da população;

8- Fiscalizar e orientar às SMS’s quanto à urgência de reforma, adequação e ampliação das USF’s para o desenvolvimento das ações da estratégia saúde da família, em conformidade com os padrões estabelecidos no plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária do Estado do Pará;



9- Recomendar às SMS's quanto à necessidade de equipar, adequadamente, as USF's, garantindo os padrões estabelecidos no plano estadual de fortalecimento e valorização da atenção primária do Estado do Pará;

10- Elaborar e cumprir cronograma de visitas e eventos de capacitação introdutórios e permanentes para as unidades/equipes de saúde da família, conjuntamente com as SMS's;

11- Apoiar as SMS's na implantação e manutenção do SIAB nas USF's, visando minimizar as distorções das informações contidas no sistema;

12- Fiscalizar de forma efetiva às SMS's, USF's/ESF's, identificando situações em desacordo com a política de atenção básica, no que se refere a implantação e ampliação das equipes de saúde da família, com adoção de medidas corretivas, garantindo suporte às adequações que se fizerem necessárias;

13- Realizar cursos introdutórios e capacitação permanente para as equipes de saúde da família dos municípios com população inferior a 100 mil habitantes, conforme a regulamentação da PNAB;

14- Desenvolver e implementar rotinas descritivas e documentadas referentes à operacionalização das ações de acompanhamento, supervisão e avaliação, para os técnicos dos centros regionais de saúde e para os coordenadores estaduais do departamento de atenção primária, de forma sistêmica, planejando inclusive a frequência e/ou periodicidade que essas ações deverão ocorrer de forma a dar cobertura de acompanhamento, monitoramento e avaliação, "in loco", aos 143 municípios;

15- Priorizar a disponibilidade de diárias e veículos adequados a cada região (camionetes, canoas, motos) para as equipes de supervisão e que os cronogramas para acompanhamento e avaliação, quando planejados pelos centros regionais, sejam cumpridos;

16- Criar e implementar canais compatíveis e diretos de comunicação, como por exemplo "fale conosco" ou 0800, para recepção de críticas, sugestões e denúncias, tanto oriundas dos beneficiários do programa saúde da família quanto da sociedade civil organizada;

17- Estabelecer mecanismos de divulgação (cartilhas, veiculação na mídia) da estratégia saúde da família para o beneficiário e a sociedade civil organizada, objetivando o fomento da participação popular na política da saúde;

18- Atuar de forma efetiva junto às SMS's no assessoramento, monitoramento e avaliação da estratégia saúde da família, visando garantir sua operacionalização, ampliação e consolidação;

19- Providenciar capacitação específica, de forma contínua, em acompanhamento, monitoramento e avaliação para os técnicos dos CRS's;

20- Proporcionar aos técnicos dos CRS's melhores condições de trabalho, garantindo aquisição de veículo exclusivo para a área técnica, diárias e cumprimento do cronograma de visitas;

21- Realizar, através da coordenação regional do programa saúde da família, pelo menos duas reuniões/ano de avaliação junto aos CRS's, objetivando avaliar o seu desempenho frente à estratégia saúde da família, nos municípios sob sua jurisdição;

22- Adotar mecanismos de divulgação capazes de alcançar os beneficiários, como por exemplo: panfletos, cartilhas e palestras junto às comunidades, possibilitando o exercício do controle social com fundamento em informações e dados concretos;

23- Promover capacitação de forma específica em acompanhamento e monitoramento para os técnicos responsáveis por essas atividades, de forma contínua, com ênfase na utilização dos dados disponíveis no SIAB;

24- Viabilizar condições de trabalho para facilitar a presença do profissional técnico junto aos municípios: transporte exclusivo, diárias e cumprimento de cronograma, garantia de execução do planejamento das vistorias técnicas elaborados pelos CRS's;

25- Orientar as SMS's quanto à atuação das enfermeiras das equipes de saúde da família, no que tange a coordenação e o gerenciamento das ações desenvolvidas pelos ACS's, tais como: precisão e atualização do cadastro das pessoas e controle das visitas domiciliares;

26- Orientar as SMS's que determine às USF's que promovam o cadastro preciso das pessoas da sua área de abrangência, bem como sua atualização, nas unidades que se fizerem necessárias;

27- Realizar ações de divulgação, voltadas à população usuária do saúde da família, sobre o papel do ACS enquanto integrante da equipe de saúde da família;

28- Enviar e orientar às SMS's sobre a elaboração de materiais educativos e explicativos, acerca das ações de saúde da família, para serem utilizados pelos ACS's nas visitas domiciliares;

29- Fiscalizar e orientar às SMS's a providência de materiais suficientes e adequados, de acordo com as especificidades de cada município, para o desenvolvimento das atividades dos ACS's, tais como: meio de transporte (bicicletas, motos, canoas, etc.), uniformes, bonés, filtro solar, guarda-chuva e capa de chuva, bolsas para transportar materiais, hipoclorito, material de expediente, máscaras, luvas, álcool gel, disponibilidade de medicamentos básicos nas unidades de saúde da família, termômetro, balança cegonha ou portátil, etc;

30- Desenvolver conjuntamente com as SMS's ações educativas de reforço da filosofia da política de saúde da família, junto às equipes de saúde da família, para que os profissionais atuem conforme os princípios da universalidade, da acessibilidade e da

coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização e da humanização;

31- Atuar junto às SMS's no sentido de garantir as seguintes ações: marcação de consultas por agendamento, realizada pelos ACS's para todos os usuários, e não apenas para grupos de risco; realização de visitas domiciliares pelos médicos; disponibilidade de médico todos os dias nas USF's; atendimento nas USF's com a equipe de saúde da família completa; disponibilidade de insumos e medicamentos básicos nas USF's para atendimento dos usuários;

32- Atuar em conjunto com as SMS's, no sentido de garantir aos usuários as referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica/USF, uniformizando a sistemática de referência nas USF's, criando mecanismos facilitadores a médicos especializados e exames clínicos, laboratoriais e radiológicos, quando se fizerem necessários.

7.3 Determinar à SESP A que:

a) elabore e encaminhe ao Tribunal, no prazo de 60 dias, plano de ação contendo cronograma das ações a serem desenvolvidas e implementadas por esse órgão, estabelecendo prazos, atividades e os responsáveis pela execução das ações, nos termos das recomendações acima relacionadas.

b) indique os servidores que irão compor grupo de contato de auditoria que deverá contar com a participação de representantes das diversas áreas e atuar como canal de comunicação com o Tribunal durante a fase de monitoramento.

7.4 Encaminhar cópia da Decisão a ser adotada pelo Tribunal, do Relatório e do Voto que a fundamentarem, bem como, do inteiro teor deste Relatório Final de Auditoria Operacional para os seguintes destinatários: à Secretária de Estado de Saúde – Secretário(a), ao responsável pelo Departamento de Atenção à Saúde da SESP A – DASE, à Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços da Saúde – DDASS, à Auditora Geral do Estado, ao Presidente da Assembleia Legislativa, ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde, à Controladoria da 3ª CCE, a qual se vincula a clientela da função saúde.

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

Belém (PA), 11 de fevereiro de 2010.

Maria Betânia Martins Pinheiro  
AACE – mat. 0100423 - Coordenadora

Álvaro Alves da Rocha Neto  
ACE – mat. 0100458

Cleyce das Graças Cunha de Souza  
AACE – mat. 0100441

Francimary de Souza Almeida  
AACE – mat. 0100326

## **8) APÊNDICES**

## APÊNDICE I - GLOSSÁRIO

**1- Antopômetro Infantil** – Aparelho para medir comprimento de bebês.

**2- Detector de BCF:** detector de presença de batimentos cardíacos fetal; o Detector Fetal Portátil é um equipamento não invasivo destinado a Clínicas Obstétricas, Salas de Parto em Hospitais/Maternidades e Consultórios médicos. Este produto é indicado para ausculta dos batimentos cardíaco fetal e fluxo sanguíneo do cordão umbilical, além auxiliar na localização da placenta a partir da 10ª semana de gestação. A finalidade é avaliar, a partir da ausculta, a vitalidade fetal, sofrimento fetal, número de fetos e posição fetal (local onde os batimentos cardíacos fetais são mais intensos).

**3- Estetoscópio** - aparelho utilizado para amplificar sons corporais, como os sons cardíacos e os sons dos pulmões.

**4- Esfigmomanômetro Infantil e Adulto** - aparelho de pressão utilizado por diversos profissionais, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas. Consiste num sistema para compressão arterial composto por uma bolsa inflável de borracha de formato laminar, a qual é envolvida por uma capa de tecido inelástico (braçadeira, cuff com manguito = bladder) e conectada por um tubo de borracha a um manômetro e por outro tubo, que contém uma válvula controlada pelo operador,conectado a uma pêra, que tem a finalidade de insuflar a bolsa pneumática. Usado para medida indireta da pressão arterial.

**5 - Estufa/Autoclave** - são estruturas com o objetivo de acumular e conter o calor no seu interior, mantendo assim uma temperatura maior no seu interior que ao seu redor. Normalmente composta de uma caixa e uma fonte de calor. Aparelho para esterilização.

**6- Glicosímetro** - dispositivo usado para medir a concentração de [glicose](#) no [sangue](#). (tirar o azul e o sublinhado).

**7- Otoscópio** - equipamento médico utilizado para observar o interior da orelha. Os médicos utilizam o otoscópio para procurar por doenças durante consultas regulares e também para investigar algum sintoma que envolva a orelha.

**8- Refletor para coleta de PCCU** - Aparelho para iluminar e possibilitar a coleta do preventivo.(talvez seja melhor explicar o que é preventivo). Coleta do material necessário para a realização de exame para prevenção de câncer de colo do útero. (Não sei se é isso mesmo, tem que confirmar).

**9- Referência** – serviço, ao qual é encaminhado o beneficiário da USF, para atendimento de maior complexidade e para apoio diagnóstico.

**10- Resolutividade:** percentual de casos resolvidos na esfera de atuação da própria USF, sem necessidade de encaminhamento aos serviços de referência. Ação ou cuidado que consiga suprimir, minorar ou abreviar o período de manifestação dos sintomas, promover a remissão ou a cura do processo mórbido no menor tempo possível, limitar a incapacidade superveniente e evitar a evolução para o desfecho letal.

**11 - Teste do Pezinho** - Consiste na obtenção de uma amostra de sangue através de uma picada no "pezinho" do recém-nascido, durante os primeiros dias de vida. O sangue é armazenado sob a forma de pequenas manchas num papel de filtro contido no [cartão de Guthrie](#), que é posteriormente utilizado para os testes laboratoriais, para diagnóstico de doenças congênitas, entre elas o [hipotireoidismo](#) (que se não diagnosticado pode levar a graus de demência extremas além de outras disfunções múltiplas) e [fenilcetonúria](#) (pode provocar retardo mental). (tirar o azul e o sublinhado).

## APÊNDICE II - LISTA DE SIGLAS

AOP	Auditoria Operacional
ACS's	Agentes Comunitários de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CA	Comunicação de Auditoria
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COSEM	Colegiado de Secretários Municipais
CRS	Centro Regional de Saúde
DASE	Departamento de Atenção à Saúde
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DDASS	Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde
ESAF	Escola de Administração Fazendária
ESF	Equipe de Saúde da Família
FASESP-Pa	Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa do Pará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA:	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO:	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS:	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PROMOEX:	Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros
PROGRAB	Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SEPROG:	Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo
SIAFEM:	Sistema Integrado de Administração Financeira dos Estados e Municípios
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Pará
SMS's	Secretaria Municipal de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISIND	Sistema de Indicadores
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Indicadores de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE/PA	Tribunal de Contas do Estado do Pará
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPa	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
USF's	Unidades de Saúde da Família

### APÊNDICE III - Referências Bibliográficas

**Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise nº 16 – IPEA - 2008, disponível em [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps\\_16/06\\_Saude.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_16/06_Saude.pdf). Acesso em 20/10/2009.**

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Manual de Elaboração: plano plurianual 2008-2011**. Brasília: MP, 2007.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Roteiro de Verificação de Controles Internos em Avaliação de Programas de Governo**. Brasília, 2006. Mimeo.

BRASIL. BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco, **POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DIAGNÓSTICO E PERSPECTIVAS** – Texto para discussão nº 401. IPEA. Brasília, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. DF: 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em 08 abr. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

**Fortalecimento e Valorização da Atenção Básica - Plano Operativo**- Belém/Setembro de 2008.

FERTONANI, Hosanna Patrig; PIRES, Denise Elvira Pires de, **ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: Mudanças ou continuidade do modelo assistencial em saúde hegemônico?** Arq. Apadec, 8(supl.): Mai, 2004.

**O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

PARÁ. **Constituição do Estado do Pará**. Belém. PA: 2001. Atualizada pela Emenda Constitucional nº 18 de 29/03/2001.

PARÁ. Gabinete da Governadora do Estado do Pará, Lei nº 7.077, de 28 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2008/2011 e dá outras providências**.

PARÁ. Gabinete da Governadora do Estado do Pará, Decreto nº 1.577, de 30 de março de 2009. **Institui o Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da Atenção Primária em Saúde no Estado do Pará**, dispondo quanto ao incentivo financeiro à



estratégia saúde da família, e dá outras providências. Publicado no DOE nº 31.390, de 01 de abril de 2009.

PARÁ. Gabinete da Governadora do Estado do Pará, *Portaria nº 321/ SESP- Anexos ao Plano Estadual de Fortalecimento e Valorização da da Atenção Primária em Saúde*. Publicado no DOE nº 31.392, de 03 de abril de 2009.

Portaria nº 648/GM/MS de 28 de março de 2006, que aprova a *Política Nacional de Atenção Básica*.

UNITED STATES GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE (GAO). *Normas de Auditoria Governamental*. Edição em Português. Série Traduções n.º 12. Tribunal de Contas do Estado da Bahia, 2005.

#### **APÊNDICE IV- FOTOGRAFIAS**