

10. Ata nº 31/2005 – Plenário

11. Data da Sessão: 17/8/2005 – Ordinária

12. Especificação do quórum:

12.1. Ministros presentes: Adylson Motta (Presidente), Marcos Vinícios Vilaça (Relator), Valmir Campelo, Guilherme Palmeira, Ubiratan Aguiar e Benjamin Zymler.

12.2. Auditores convocados: Lincoln Magalhães da Rocha, Augusto Sherman Cavalcanti e Marcos Bemquerer Costa.

ADYLSON MOTTA

Presidente

MARCOS VINÍCIOS VILAÇA

Relator

Fui presente:

LUCAS ROCHA FURTADO

Procurador-Geral

GRUPO I - CLASSE V - PLENÁRIO

TC-015.347/2004-2

Natureza: Auditoria de Natureza Operacional

Unidade: Departamento de Atenção Básica-DAB da Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Responsável: Jorge José Santos Pereira Solla (Secretário)

Ementa: Auditoria de natureza operacional. Programa Saúde da Família. Acompanhamento de recomendações feitas em auditoria de 2001. Descontinuidade de implementação. Oportunidades de melhoria no desempenho do PSF. Novas recomendações e determinações. Ciência a diversos órgãos. Juntada aos autos do TC-012.653/2001-8.

RELATÓRIO

Trata-se de acompanhamento da implementação de recomendações feitas pelo Tribunal em auditoria de natureza operacional realizada no Programa Saúde da Família, criado em 1994 no âmbito do Ministério da Saúde. O PSF visa a reorganização das ações de saúde no primeiro nível de atendimento, a atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico, orientado para a cura de doenças. O Programa busca criar novos vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários do Programa, procurando a humanização do atendimento.

2. O Programa Saúde da Família foi objeto de auditoria de natureza operacional no segundo semestre de 2001. O principal objetivo foi verificar se havia evidências de alteração nos vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos usuários do Programa. O TC-012.653/201-8, de minha relatoria, foi submetido ao Plenário na sessão de 19/6/2002, quando foi proferida a Decisão n.º 649/2002-P. Os principais achados de auditoria podem ser assim resumidos:

a) elevada rotatividade e dificuldade na contratação dos médicos das equipes de saúde da família – ESF;

b) as ESF são responsáveis por um número excessivo de famílias, além do limite máximo de 4.500 pessoas preconizado pelo Ministério da Saúde – MS, situação que ocorre também com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS;

c) necessidade de incorporação de outros profissionais às ESF;

d) elevada demanda espontânea às Unidades de Saúde da Família – USF, prejudicando as ações de promoção e prevenção à saúde;

e) inadequação no sistema de referência (serviço, ao qual é encaminhado o beneficiário do Programa, para atendimento mais complexo e apoio diagnóstico) para os níveis de média e alta complexidades;

f) falta sistemática de medicamentos, especialmente os destinados ao controle de diabetes e hipertensão;

g) dificuldade no entendimento da filosofia do PSF por parte dos beneficiários, bem como dos profissionais das ESF;

h) expansão acelerada do Programa em detrimento da garantia de infra-estrutura adequada das USF por parte dos municípios;

i) ausência de ações de fiscalização, monitoramento e avaliação, de forma rotineira e sistemática, por parte das coordenações do Programa nos estados e municípios;

j) inconsistências no Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB.

3.Com base nos achados de auditoria, o Tribunal emitiu recomendações destinadas ao aprimoramento do Programa. Na mesma Decisão n.º 649/2002-P, a Corte determinou o acompanhamento da implementação das recomendações.

4.Em conseqüência, foram realizados dois monitoramentos no ano de 2003, nos autos do TC-012.653/2001-8. O presente trabalho consiste na terceira etapa do acompanhamento. A Unidade Técnica, por ocasião do segundo monitoramento, constatou descontinuidade no processo de implementação das recomendações, provocada, entre outros motivos, pela mudança de governo e a conseqüente mudança de política e prioridades com relação ao Programa. Acolhendo proposta da Unidade Técnica, o Tribunal decidiu (Acórdão n.º 530/2004, Relação n.º 16/2004 do Plenário, TC-012.635/2001-8) que o presente acompanhamento se desse por meio de uma nova auditoria de natureza operacional de âmbito nacional, nos moldes do primeiro trabalho.

5.A Unidade Técnica identificou a necessidade de examinar os principais fatores que afetam a formação do vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais das ESF e a população beneficiária. Foram elaboradas duas questões de auditoria:

1)As unidades de saúde da família – USF oferecem ambiente de atendimento aos beneficiários favorável à consolidação do vínculo?;

2)As equipes de saúde da família – ESF desempenham suas atribuições de forma a concorrer para o fortalecimento do vínculo?

6.Os trabalhos de auditoria, desenvolvidos no segundo semestre de 2004, envolveram a realização de pesquisas eletrônicas e *in loco*, pesquisa documental, consulta a banco de dados, teste piloto em Formosa/GO e visitas de estudo nos estados de Alagoas, Paraíba, Ceará e Maranhão e nos seguintes municípios: Maceió, Palmeira dos Índios e Messias (AL); João Pessoa, Santa Rita e Campina Grande (PB); Fortaleza, Caucaia e Maranguape (CE); São Luís, Santa Rita e Rosário (MA).

7.O trabalho desenvolvido pela equipe da Seprog, coordenada pelo ACE Renato Kanemoto e composta dos ACEs Cláudia Gonçalves Mancebo, Renato Tomiyassu Obata e Sandro Henrique Maciel Bernardes resultou no relatório de fls. 16/98, do qual transcrevo, a seguir, o capítulo relativo às conclusões:

“Conclusão

8.1. O processo de reestruturação da atenção básica em saúde no Brasil tem no Programa Saúde da Família – PSF a sua estratégia central, fundamentada em diversos princípios, dentre os quais se inclui a consolidação dos vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e famílias assistidas, que se traduzem em humanização do atendimento, maior resolubilidade dos problemas de saúde e continuidade da assistência.

8.2. A presente auditoria teve por objetivo inicial avaliar o impacto da implementação das recomendações da Decisão n.º 649/2002-P (TC – 012.653/2001-8) sobre o desempenho do Programa, entretanto, tendo em conta os dez anos de existência do Programa e a sua importância estratégica na agenda política governamental, buscou-se ampliar o escopo do trabalho, incluindo-se, portanto, novas análises.

8.3. Além de atualizar os achados da auditoria realizada em 2001, complementando-os, ampliando o seu alcance e introduzindo novos elementos, pôde-se avaliar o impacto das recomendações e construir um panorama capaz de fornecer indicativos sobre a consolidação ou não do vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais do PSF.

8.4. Foram acrescentados ao trabalho estudos de cunho estatístico, idealizados sob a óptica da efetividade, que evidenciaram o crescimento do número de consultas médicas nas USF, em contraposição à queda nas visitas domiciliares feitas pelos médicos, a despeito do crescimento da cobertura do Programa ocorrido nos últimos anos.

8.5. Esta constatação, conquanto não permita conclusões definitivas, serve de alerta aos gestores, especialmente quando se admite que a situação desejada deveria ser oposta, ou seja, o aumento (ou manutenção) da média de visitas médicas por ESF ocasionando maior resolubilidade, que, por sua vez, tenderia a desacelerar o crescimento da média de consultas nas USF. Por isso, propõe-se a criação de mecanismos para incentivo e controle das visitas médicas domiciliares.

8.6. Igualmente, realizou-se análise comparativa da evolução da taxa de internação por diarreia (menores de 5 anos) nos municípios do Nordeste que forneceu indícios de que a implantação do PSF é responsável por um efeito potencializador das ações desenvolvidas pelo PACS – Programa Agentes Comunitários da Saúde nas ações de prevenção e controle da diarreia.

8.7. Por outro lado, embora não se pretenda estabelecer correlação de causa e efeito entre as ações do PSF e os resultados obtidos, verificou-se possível tendência à manutenção ou elevação das taxas de internação nos municípios com PSF/PACS implantados, fato que preocupa, já que a população infantil é a mais atingida pelas síndromes diarréicas.

8.8. Em relação ao ambiente de atendimento aos beneficiários do Programa, existe descompasso entre a expansão de cobertura do PSF e o provimento de infra-estrutura às USF. Além da falta de microcomputadores nas USF e de mecanismos facilitadores do deslocamento dos médicos na realização das visitas domiciliares, observou-se que a instalação de USF em locais em que funcionavam (ou ainda funcionam) unidades básicas tradicionais segue-se, freqüentemente, de dificuldades de compreensão e assimilação da estratégia do PSF, além de conflitos entre os profissionais novos e os remanescentes. Em decorrência, propõe-se recomendar que as Secretarias Municipais de Saúde sejam orientadas a buscar meios de facilitar o deslocamento dos médicos e enfermeiras na realização das visitas domiciliares e a ponderar, com cautela, o aproveitamento da estrutura existente (posto de saúde tradicional) por ocasião da implantação das USF.

8.9. Ainda, com respeito ao ambiente de atendimento, constatou-se que pequena parcela das USF dispõe de centrais de marcação que facilitem o acesso dos beneficiários aos serviços de referência para consultas e exames de maior complexidade, de forma a se concluir que a garantia de referência ainda deve levar tempo para se concretizar, vez que depende de uma sistemática uniformizada.

8.10. No caso da falta sistemática de medicamentos (especialmente nos casos de hipertensão e diabetes) relatada anteriormente, o MS vem implementando o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus – Hiperdia, que fornece medicamentos aos pacientes cadastrados, para fazer frente a essa demanda.

8.11. No que condiz à força de trabalho das USF, os municípios apresentam dificuldades para incorporar, às ESF, profissionais médicos que detenham perfil compatível com o esperado. Tal situação, cercada de algumas particularidades, como a incorporação habitual de médicos aposentados e recém-formados e a não adequação dos currículos das escolas de medicina, requer a proposição de recomendações visando ao estabelecimento de pré-requisitos ou critérios condizentes com o perfil desejado, a serem aplicados no processo de contratação dos médicos, e à articulação mais efetiva entre os Ministérios da Saúde e da Educação, no sentido de viabilizar as mudanças curriculares.

8.12. Quanto à possível necessidade de incorporação de outros profissionais às ESF, destaca-se a iniciativa do MS no sentido de criar o Núcleo de Saúde Integral, para fornecer suporte técnico especializado às ESF, conquanto não se trate de incorporação, e sim, de apoio. Ao contrário, a insuficiência de apoio administrativo ainda é generalizada, razão por que se propõe a reiteração de recomendação para que as SMS sejam orientadas sobre a necessidade de profissional da área administrativa para auxiliar as ESF.

8.13. Em relação às atribuições dos ACS, há indicativos de que eles se encontram, de uma maneira geral, responsáveis por um número de pessoas dentro dos limites preconizados pelo MS, contrariando a situação verificada anteriormente, que identificou sobrecarga.

8.14. Sobre a percepção da Estratégia Saúde da Família, verificou-se que os beneficiários não estão sendo suficientemente informados sobre a utilização dos serviços das USF, dificultando a

compreensão e assimilação da filosofia do Programa. No caso dos profissionais das ESF, a disponibilização de publicações de reforço à filosofia do PSF não vem ocorrendo a contento, daí propor-se determinação para o desenvolvimento de ações educativas de reforço da filosofia PSF junto às equipes.

8.15. Com a implementação das recomendações propostas, espera-se contribuir para a redução da demanda espontânea, com o correspondente aumento da demanda direcionada, mediante agendamento de consultas; o provimento de infra-estrutura mais adequada às USF; o fortalecimento do apoio administrativo às USF; a formação de ESF compostas por profissionais médicos com perfil mais adequado; a maior compreensão da população e dos profissionais do PSF acerca da filosofia do Programa; e, por fim, a consolidação do vínculo de co-responsabilidade com a comunidade.

8.16. Após a consolidação dos dados e das informações obtidos em todas as etapas de monitoramento, a situação geral de implementação das recomendações da Decisão n.º 649/2002-P, Ata n.º 21/2002, Sessão de 19/06/2002 (TC – 012.653/2001-8) está representada na tabela 12.

Tabela 12 - Situação de implementação das recomendações

Recomendações	Situação 2º monitoramento	Situação no impacto
8.1	Não implementada	Implementada
8.2 a	Implementada parcialmente	Implementada
8.2 b	Implementada parcialmente	Implementada
8.2 c	Não implementada	Implementada parcialmente
8.2 d	Implementada parcialmente	Implementada parcialmente
8.2 e	Implementada parcialmente	Implementada parcialmente
8.2 f	Implementada parcialmente	Implementada
8.2 g	Implementada parcialmente	Implementada
8.3 a	Implementada parcialmente	Implementada
8.3 b	Não implementada	Não implementada
8.3 c	Implementada parcialmente	Implementada
8.3 d	Implementada parcialmente	Implementada parcialmente
8.3 e	Implementada parcialmente	Implementada
8.3 f	Não implementada	Não implementada
8.3 g	Implementada parcialmente	Implementada parcialmente
8.3 h	Implementada parcialmente	Implementada
8.3 i	Implementada parcialmente	Não implementada
8.4	Implementada parcialmente	Implementada
8.5	Implementada	Implementada
8.6 a	Implementada parcialmente	Implementada
8.6 b	Implementada	Implementada
8.6 c	Implementada parcialmente	Implementada
8.7	Implementada parcialmente	Implementada parcialmente
8.8	Implementada	Implementada
8.9	Não aplicável	Não aplicável
8.10	Implementada	Implementada

8.17. A comparação entre os percentuais da situação de implementação das recomendações está representada na tabela 13.

Tabela 13 - Situação percentual de implementação das recomendações.

Situação de implementação das recomendações	Segundo monitoramento (outubro/2003)	Impacto (novembro/2004)
Não implementada	15,38 %	11,54 %
Implementada parcialmente	65,38 %	23,07 %
Implementada	15,38 %	61,54 %
Não aplicável	3,84 %	3,84 %
Total	100 %	100 %

8.18. Cotejando as conclusões obtidas no presente trabalho (Impacto das recomendações) e as contidas no relatório do segundo monitoramento, verificou-se a seguinte situação, conforme demonstrado na tabela 13:

a) o número de recomendações não implementadas reduziu em cerca de 25%;

b) o número de recomendações parcialmente implementadas reduziu em cerca de 64,7%;

c) o número de recomendações consideradas implementadas **quadruplicou**;

d) o número de recomendações não aplicáveis se manteve.

8.19. O aumento expressivo do número de recomendações implementadas, bem como a queda acentuada do número das recomendações parcialmente implementadas, demonstra o empenho do gestor do Programa no sentido de atender às recomendações do Tribunal contidas na Decisão n.º 649/2002-P (TC – 012.653/2001-8).

8.20. Apesar do aumento significativo no número de recomendações implementadas, observou-se que persistiram grande parte dos problemas detectados na auditoria realizada em 2001. Em consequência, foi proposta a reiteração das recomendações 8.3 'd' e 8.3 'f', visando à tomada de medidas que, respectivamente, garantam uniforme mínimo aos ACS e supram a falta de apoio administrativo. Além disso, considera-se pertinente converter em determinação as recomendações 8.2, 'c' e 8.3, 'b', dada a importância de ações educativas direcionadas tanto às ESF quanto à comunidade.

8.21. Dentre os possíveis fatores relacionados com essa situação, encontra-se a implementação de estratégias, programas e ações pelo MS que vêm modificando o rumo inicial adotado no Programa, elegendo, com frequência, outras prioridades, ao mesmo tempo em que procuram dar continuidade e fortalecer as diretrizes do Programa. Para exemplificar, podem ser citados: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF; Núcleos de Saúde Integral e incentivo financeiro à equidade.

8.22. Dois outros fatores devem ser destacados: a mudança de governo na área federal no segundo ano que sucedeu a realização da primeira auditoria, ocasionando mudança na política e nas prioridades com relação a este Programa, e as alterações da estrutura regimental do MS em 2003, criando a Secretaria de Atenção à Saúde e transferindo competências.

8.23. Todas essas modificações decerto contribuíram para o atraso na implementação das recomendações e, por conseguinte, para a limitação a um maior aprimoramento do Programa.

8.24. No que concerne à consolidação do vínculo de co-responsabilidade entre profissionais e beneficiários, concluiu-se que as dificuldades a serem vencidas constituem barreiras de difícil transposição a curto e médio prazos, pois envolvem mudanças de cultura e de hábitos da comunidade, quase sempre fortemente enraizados.

8.25. A título de exemplo, têm-se a dificuldade que a comunidade enfrenta para entender a diferença entre a USF e o posto de saúde tradicional, não só em razão da falta de informação, mas também por causa do modelo consolidado e resistente a mudanças que, em geral, prevalece no juízo dos usuários do SUS. Outro exemplo é a provável correlação entre a improvisação do perfil do profissional médico das ESF e a não adequação dos currículos das escolas de medicina.

8.26. Assim, o Programa Saúde da Família se propõe a ser uma estratégia estruturante da atenção básica em saúde no País, todavia tem enfrentado mudanças de rumo em sua trajetória, bem como alguns impasses causados pelos antigos problemas, cuja resolução torna-se imperiosa para o alcance da consolidação das bases propostas.”

8. A proposta de encaminhamento, aprovada pelos dirigentes da Unidade Técnica, é a seguinte:

“9. Proposta de encaminhamento

9.1. Diante do exposto e visando a contribuir para o aprimoramento do desempenho do Programa Saúde da Família, submete-se este relatório à consideração superior, com as propostas que se seguem.

9.2. Recomendar ao Ministério da Saúde que busque articulação mais efetiva junto ao Ministério da Educação, de acordo com o que preconiza o AprenderSUS, no sentido de viabilizar não só as mudanças curriculares nos cursos de graduação em medicina, como também incentivar as universidades a promoverem cursos de especialização na área da Saúde da Família.

9.3. Recomendar ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS em conjunto com as secretarias estaduais de saúde – SES que:

a) expeçam orientações aos municípios para que procurem meios de facilitar o deslocamento dos médicos e enfermeiras das ESF na realização das visitas domiciliares;

b) orientem as SMS no sentido de observar a adequação da estrutura física em que será instalada a USF, ponderando, com cautela, o aproveitamento da estrutura existente (posto de saúde tradicional) na implantação das USF;

c)criem mecanismos capazes de incentivar e controlar as visitas médicas domiciliares, no intuito de incrementar a média dessas visitas, de forma consonante com a expansão da cobertura populacional do PSF;

d)estabeleçam pré-requisitos ou critérios condizentes com o perfil desejado, por ocasião dos processos de seleção para contratação dos médicos. Essa recomendação aplica-se principalmente aos municípios com população superior a 100 mil habitantes abrangidos pelo PROESF, vez que se tratam de maiores centros urbanos onde a oferta desses profissionais, em geral, é menos deficitária;

e)orientem as SMS a acessar as publicações e os materiais ilustrativos relativos ao PSF disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio eletrônico (site da internet: www.saude.gov.br; caminho: saude.gov.br/bvs/pub_assunto/atencao_bas.htm), os quais podem servir de apoio aos gestores municipais para fins de divulgação do Programa e conscientização da população pelos Agentes Comunitários de Saúde.

9.4Reiterar as recomendações ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS em conjunto com as secretarias estaduais de saúde - SES, a seguir citadas:

a)orientem as SMS sobre a necessidade de se incorporar às USF, com adscrição de população superior a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as ESF;

b)adotem providências para que seja garantido uniforme mínimo suficiente aos ACS e conscientize as SES e as SMS da importância de utilização de crachá de identificação pelos profissionais das ESF e de ser fornecido protetor solar para os ACS.

9.5Determinar ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS que adote providências no sentido de que sejam desenvolvidas ações educativas de reforço da filosofia PSF junto às ESF, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas.

9.6Determinar ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS que, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde – SES, realize trabalho de divulgação, junto à população usuária do Programa, sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde, enquanto integrante da ESF.

9.7Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde, que informe, na oportunidade de encaminhamento ao TCU do relatório de gestão que acompanhará as contas referentes ao exercício de 2005, sobre a efetiva adoção das medidas mencionadas nos subitens 9.2, 9.3, 9.4, 9.5 e 9.6 deste relatório.

9.8Encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que a fundamentarem, e do inteiro teor do presente relatório para os seguintes destinatários:

a)Ministro de Estado da Saúde;

b)Controladoria Geral da União;

c)Departamento de Atenção Básica/DAB/MS;

d)Coordenações do PSF em todos os estados da federação;

e)Coordenações do PSF nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB, Santa Rita/PB, Fortaleza/CE, Caucaia/CE, Maranguape/CE, Maceió/AL, Palmeira dos Índios/AL, Messias/AL, São Luís/MA, Santa Rita/MA, Rosário/MA e Formosa/GO; e

f)Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional, das Comissões de Seguridade Social e Família e de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados e das Comissões de Assuntos Sociais e de Fiscalização e Controle do Senado Federal.

9.9Juntar o presente processo ao TC – 012.653/2001-8, que trata do Relatório de Auditoria realizada no PSF, em 2001, bem como dos primeiro e segundo monitoramentos, realizados para acompanhar a implementação das recomendações então exaradas pelo TCU na Decisão n.º 649/2002 – Plenário.”

É o Relatório.

VOTO

Antes de mais nada, tenho por obrigação externar minhas congratulações pelo trabalho desenvolvido pela equipe da Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo –

Seprog. Bem conduzida, a auditoria, cumprindo com folga o objetivo de acompanhar a implementação das recomendações da Decisão n.º 649/2002-Plenário, aponta deficiências no Programa Saúde da Família e sugere medidas para eliminá-las.

2. Alguns pontos merecem destaque.

3. O Programa Saúde da Família experimentou, desde a sua criação em 1994, forte crescimento em sua cobertura populacional. Naquele ano, foram cobertos 55 municípios. Em 2001, contava com 11.285 equipes em 3.584 cidades. Em 2004, 4.464 municípios foram atendidos por 21.180 equipes de saúde da família – ESF.

4. Ocorre que, ao que parece, o aumento da cobertura do programa não foi acompanhado de medidas que garantissem o que é considerado um dos sustentáculos do PSF: o estabelecimento do vínculo de co-responsabilidade entre os integrantes das ESF e a população beneficiária.

5. Contrariando expectativas, no período de 2001 a 2004, caiu a média de visitas médicas domiciliares por equipe do saúde da família, ao mesmo tempo em que cresceu a média de consultas realizadas por médicos nas Unidades de Saúde da Família – USF. (A visita domiciliar é fundamental na estratégia do PSF. Ela contribui para o estabelecimento do vínculo entre o profissional e o usuário, além de permitir a diminuição da demanda por consultas nas Unidades, na medida em que atua em caráter preventivo.)

6. Interessante é a observação da Unidade Técnica de que existe tendência de incorporação de profissionais médicos sem perfil adequado ao modelo do Programa Saúde da Família. O Tribunal de Contas da União já examinou esta questão no TC-016.108/2001-3, gerando recomendação ao Ministério da Saúde (item 9.5.3 do Acórdão n.º 914/2003-2ª Câmara).

7. A equipe de auditoria identificou a presença, em número significativo, de médicos recém-formados ou aposentados. Aqueles se utilizam do PSF como emprego provisório até o aparecimento de outra oportunidade. Pela condição temporária de sua atividade, acabam por não criar vínculo de co-responsabilidade com os usuários. Quanto aos médicos aposentados, o problema reside na dificuldade de atuarem como generalistas, como seria desejado, devido às características do Programa Saúde da Família.

8. A alta rotatividade dos médicos contratados pelo PSF é outra questão examinada na presente auditoria. A equipe aponta uma diminuição do problema quando se compara os dados de 2004 aos anos passados. Em 2001, 54% dos médicos estava há mais de um ano na mesma equipe de saúde da família. Em 2004, o percentual passou para 65,2%.

9. A proposta da Unidade Técnica de recomendar atuação mais efetiva no sentido de implantar alterações curriculares e de promover cursos de especialização é pertinente e deverá atenuar o problema, pelo menos a médio prazo.

10. Também merece destaque a deficiência no entendimento da concepção do Programa Saúde da Família pelos beneficiários, que identificam a USF como mais um posto de saúde tradicional. O mesmo ocorre com parte dos profissionais das ESF. A falha já havia sido detectada na primeira auditoria, realizada em 2001, gerando as seguintes recomendações ao Ministério da Saúde (Decisão n.º 649/2002-Plenário, itens 8.3.a e 8.2.c):

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

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

11. A equipe de auditoria aponta como causa para o problema a atuação deficiente das secretarias municipais de saúde na divulgação dos objetivos e da filosofia do Programa.

12. Apesar de o Ministério da Saúde ter garantido à equipe de auditoria que o Governo vem adotando providências (disponibilização de publicações sobre a importância das ações educativas e atualização do cadastro de endereços das secretarias municipais de saúde), observou-se, com base em entrevistas, que a maioria dos coordenadores do PSF nos municípios não vem recebendo informações acerca da filosofia do Programa.

13. A equipe de auditoria identificou a baixa efetividade da atuação das secretarias municipais de saúde, no que diz respeito a esclarecimentos junto às ESF e aos beneficiários como, por exemplo, para coibir o hábito de se procurar o atendimento e adquirir medicamentos em USF situadas em localidades diversas daquela pertencente à área de residência. Além disso, persiste uma forte demanda por atendimento na USF, principalmente em áreas mais densamente povoadas. A partir de entrevistas realizadas pela equipe, levantou-se que 77% dos beneficiários procura pela USF sem consulta marcada ou sem ser encaminhado pelo agente comunitário de saúde.

14. Por fim, registro que das recomendações feitas por ocasião da primeira auditoria, 61,5% foram implementadas, contra apenas 15,4% no segundo monitoramento, de outubro de 2003. As recomendações parcialmente implementadas caíram de 65,4% para 23,7% no mesmo período.

15. Os dados demonstram o empenho da administração em observar as recomendações emanadas deste Tribunal.

16. Ao finalizar, renovo minhas considerações acerca da qualidade do trabalho desenvolvido e proponho, na forma prevista no art. 4º da Resolução TCU n.º 081/97, que o relatório seja incluído na publicação Auditorias do Tribunal de Contas da União, ante a relevância da matéria.

Diante do exposto, voto por que o Tribunal adote o Acórdão que ora submeto ao Plenário.

TCU, Sala das Sessões, em 17 de agosto de 2005.

MARCOS VINÍCIOS VILAÇA
Ministro-Relator

ACÓRDÃO Nº 1.175/2005 - TCU - PLENÁRIO

1. Processo nº TC-015.347/2004-2
2. Grupo I, Classe de Assunto: V – Auditoria de Natureza Operacional
3. Unidade: Departamento de Atenção Básica/DAB da Secretaria de Atenção à Saúde/MS
4. Responsável: Jorge José Santos Pereira Solla (Secretário), CPF n.º 195.307.735-87
5. Relator: Ministro Marcos Vinícios Vilaça
6. Representante do Ministério Público: não atuou
7. Unidade Técnica: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – Seprog
8. Advogado constituído nos autos: não consta

9. Acórdão

VISTOS, relatados e discutidos este Relatório de Auditoria de Natureza Operacional realizada pela Seprog com o objetivo de acompanhar a implementação de recomendações relativas ao Programa Saúde da Família – PSF.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, diante das razões expostas pelo Relator, em:

9.1. recomendar ao Ministério da Saúde que busque articulação mais efetiva junto ao Ministério da Educação, de acordo com o que preconiza o AprenderSUS, no sentido de viabilizar não só as mudanças curriculares nos cursos de graduação em medicina, como também incentivar as universidades a promoverem cursos de especialização na área da Saúde da Família;

9.2. recomendar ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS em conjunto com as secretarias estaduais de saúde – SES que:

a) expeçam orientações aos municípios para que procurem meios de facilitar o deslocamento dos médicos e enfermeiras das ESF na realização das visitas domiciliares;

b) orientem as SMS no sentido de observar a adequação da estrutura física em que será instalada a USF, ponderando, com cautela, o aproveitamento da estrutura existente (posto de saúde tradicional) na implantação das USF;

c) criem mecanismos capazes de incentivar e controlar as visitas médicas domiciliares, no intuito de incrementar a média dessas visitas, de forma consonante com a expansão da cobertura populacional do PSF;

d) estabeleçam pré-requisitos ou critérios condizentes com o perfil desejado, por ocasião dos processos de seleção para contratação dos médicos. Essa recomendação aplica-se principalmente aos municípios com população superior a 100 mil habitantes abrangidos pelo PROESF, vez que se tratam de maiores centros urbanos onde a oferta desses profissionais, em geral, é menos deficitária;

e) orientem as SMS a acessar as publicações e os materiais ilustrativos relativos ao PSF disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio eletrônico (site da internet: www.saude.gov.br; caminho: saude.gov.br/bvs/pub_assunto/atencao_bas.htm), os quais podem servir de apoio aos gestores municipais para fins de divulgação do Programa e conscientização da população pelos Agentes Comunitários de Saúde;

9.3. reiterar as recomendações ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS em conjunto com as secretarias estaduais de saúde - SES, a seguir citadas:

a) orientem as SMS sobre a necessidade de se incorporar às USF, com adscrição de população superior a 3.500 pessoas, um profissional da área administrativa para auxiliar as ESF;

b) adotem providências para que seja garantido uniforme mínimo suficiente aos ACS e conscientize as SES e as SMS da importância de utilização de crachá de identificação pelos profissionais das ESF e de ser fornecido protetor solar para os ACS;

9.4. determinar ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS que adote providências no sentido de que sejam desenvolvidas ações educativas de reforço da filosofia PSF junto às ESF, com especial ênfase na supressão da marcação de consultas mediante fichas;

9.5. determinar ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS que, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde – SES, realize trabalho de divulgação, junto à população usuária do Programa, sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde, enquanto integrante da ESF;

9.6. determinar à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, do Ministério da Saúde, que informe, na oportunidade de encaminhamento ao TCU do relatório de gestão que acompanhará as contas referentes ao exercício de 2005, sobre a efetiva adoção das medidas mencionadas nos subitens 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 e 9.5 deste Acórdão;

9.7. encaminhar cópia do presente Acórdão, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentam, e do inteiro teor do relatório de auditoria para os seguintes destinatários:

a) Ministro de Estado da Saúde;

b) Controladoria Geral da União;

c) Departamento de Atenção Básica/DAB/MS;

d) Coordenações do PSF em todos os estados da federação;

e) Coordenações do PSF nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB, Santa Rita/PB, Fortaleza/CE, Caucaia/CE, Maranguape/CE, Maceió/AL, Palmeira dos Índios/AL, Messias/AL, São Luís/MA, Santa Rita/MA, Rosário/MA e Formosa/GO; e

f) Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional, das Comissões de Seguridade Social e Família e de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados e das Comissões de Assuntos Sociais e de Fiscalização e Controle do Senado Federal;

9.8. aprovar a inclusão do presente trabalho na publicação Auditorias do Tribunal de Contas da União;

9.9. juntar o presente processo ao TC – 012.653/2001-8, que trata do Relatório de Auditoria realizada no PSF, em 2001, bem como dos primeiro e segundo monitoramentos, realizados para acompanhar a implementação das recomendações então exaradas pelo TCU na Decisão n.º 649/2002 – Plenário.

10. Ata nº 31/2005 – Plenário

11. Data da Sessão: 17/8/2005 – Ordinária

12. Especificação do quórum:

12.1. Ministros presentes: Adylson Motta (Presidente), Marcos Vinícios Vilaça (Relator), Valmir Campelo, Guilherme Palmeira, Ubiratan Aguiar e Benjamin Zymler.

12.2. Auditores convocados: Lincoln Magalhães da Rocha, Augusto Sherman Cavalcanti e Marcos Bemquerer Costa.

ADYLSO MOTT