

## INFORMAÇÃO Nº 48/2011

Brasília, 15 de julho de 2011.

**Processo nº:** 15.282/2009 (apensos: 27.877/2007 e 40.202/2007)

**Jurisdicionada:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF

**Assunto:** Levantamento preliminar de Auditoria Integrada, a ser realizada na Atenção Básica de Saúde, conhecida na literatura internacional como Atenção Primária à Saúde (APS).

**Ementa:** Encaminhamento do Levantamento Preliminar. Apresentação do Plano de Auditoria com cronograma dos trabalhos.

Senhor Diretor,

Para dar início à Auditoria Integrada n.º 2.0002.09, Plano Geral de Ação - PGA 2009, aprovado pela Decisão nº 59/2008, apresenta-se, para fins de análise e aprovação, o Relatório do Levantamento Preliminar de Auditoria e o respectivo Plano da Auditoria a ser realizada na Atenção Básica de Saúde, conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS).

2. Este documento constitui-se de três tópicos básicos, assim descritos:

### 1. LEVANTAMENTO PRELIMINAR DE AUDITORIA

- 1.1. Apresentação
- 1.2. Objeto da Auditoria e da Atenção Básica
- 1.3. Atenção Básica
- 1.4. Identificação das Áreas Significantes

### 2. PLANO DE AUDITORIA

- 2.1. Destinatários do Relatório de Auditoria
- 2.2. Legislação Aplicada
- 2.3. Avaliação dos Controles Internos
- 2.4. Objetivos da Auditoria
- 2.5. Técnicas a Serem Adotadas
- 2.6. Valor da Auditoria
- 2.7. Processos Relacionados
- 2.8. Considerações

**2.9. Cronograma**  
**2.10. Matriz de Planejamento**

**3. CONCLUSÕES/SUGESTÕES**

**1. LEVANTAMENTO PRELIMINAR DE AUDITORIA**

**1.1. Apresentação**

3. Segundo orientações do DENASUS, no manual Orientações para Proceder Auditoria na Atenção Básica<sup>1</sup>, ao abordar a Atenção Primária, a auditoria deverá, dentre outros, avaliar a cobertura assistencial alcançada e a capacidade instalada das Unidades de Saúde.

**1.2. Objeto da auditoria e da Atenção Básica**

4. Seguindo as orientações do DENASUS, no referido manual de Orientações, o objetivo desta auditoria é diagnosticar a situação da rede de atenção básica, nos seguintes aspectos:

- ✓ estrutura da rede de serviços básicos (número de unidades de saúde), condições de área física e equipamentos dessas unidades, como número de consultórios e equipamentos, número de profissionais de saúde, com respectiva disponibilidade de carga horária semanal, o que permite calcular a oferta potencial de serviços na atenção básica (potencial produtivo das unidades de saúde);
- ✓ programação físico-orçamentária das ações básicas de saúde, para verificar a adequação dessa programação às metas de oferta de serviços estabelecidas no Pacto da Atenção Básica;
- ✓ produção da rede de serviços básicos, para verificar o quantitativo de ações básicas realmente ofertadas à população, a eficiência na utilização dos recursos (análise de produtividade) e a adequação dos serviços produzidos à programação;
- ✓ análise dos indicadores de cobertura das ações básicas de saúde.

**1.3. Atenção Básica**

**a) Conceito**

---

<sup>1</sup> <http://sna.saude.gov.br/download/ORIENTACOES%20ATENCAO%20BASICA%20ULTIMA%20VERSAO170904.doc>

5. Segundo o Manual para Organização da Atenção Básica, aprovado pela Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998<sup>2</sup>, a Atenção Básica é:

um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

6. Com base na Lei nº 8080/90<sup>3</sup>, a organização da Atenção Básica tem por fundamento os princípios do SUS, a seguir transcritos:

**Saúde como direito** – a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

**Integralidade da assistência** – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

**Universalidade** – acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

**Equidade** – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

**Resolutividade** – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais a população está exposta.

---

<sup>2</sup> [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog\\_pab\\_geral/GM\\_P3925\\_98prog\\_pab.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pab_geral/GM_P3925_98prog_pab.doc)

<sup>3</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

**Intersetorialidade** – desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

**Humanização do atendimento** – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

**Participação** – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, na gestão do sistema. (grifos acrescentados)

#### b) Contexto Histórico do Programa Saúde da Família

7. Da Tese *Análise da Política de Atenção Primária à Saúde Desenvolvida no Distrito Federal*<sup>4</sup>, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração pela Doutora Leila B. D. Göttems, extrai-se que:

*O PSF foi criado na década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países, tais como Cuba, Inglaterra e Canadá, cuja saúde pública alcançara níveis de qualidade com investimento na promoção da saúde e na prevenção de doenças, tendo sido precedido da criação do Programa Agentes de Saúde (PAS) (Ceará-1987) e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 1991).*

*Os princípios que norteiam o PSF são originários de propostas de diferentes grupos e articulações, tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). A ênfase na implantação do PSF inicia-se em 1994(...), justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial, historicamente, centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção, incorporando e reafirmando os princípios do SUS. Além disso, teve como princípios básicos ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico, trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela e realizar vigilância à saúde. O Programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos,*

---

<sup>4</sup> [http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010\\_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf](http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7013/1/2010_LeilaBernardaDonatoGotttems.pdf).

Consultada em 06/07/2011

*quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (SCHERER et al., 2005; GÖTTEMS e PIRES, 2009; GÖTTEMS et. al., 2008).*

*PACS é um antecessor do PSF, pois foi o primeiro a introduzir um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O PACS também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se assim em instrumento real de reorganização da demanda, além das concepções práticas sobre a integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.*

*PACS foi formulado com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste, por meio da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Porém, a partir da experiência acumulada, com a implantação do PACS no estado do Ceará, o próprio Ministério da Saúde percebeu que os agentes poderiam, também, ser peça importante para a organização do serviço básico de saúde no município (VIANNA e DAL POSS, 2005). A partir de 1996, o PSF começa a ter melhor integração com o PACS, o que aponta para uma fusão dos dois programas, pois suas operações podiam ser combinadas, já que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário.*

*A ampliação da oferta de serviços e de acesso da população, bem como a mudança do modelo assistencial, desafios da década de 90, tiveram no Programa Saúde da Família a sua grande aposta. A esse Programa, creditam-se inclusive, as inovações ocorridas no financiamento dos serviços, pelo Governo Federal, materializadas na NOB-96 (BRASIL, 1996), uma vez que, foi a partir do PSF, que se evidenciou que determinadas atividades não poderiam ser remuneradas por procedimentos, porque se adaptavam melhor a uma remuneração de tipo per capita. Outra medida importante desse período, decorrente do PSF, foi a aproximação com a universidade, no sentido da formação e do treinamento dos recursos humanos requeridos pelo Programa, que virão a constituir-se, no ano de 1997, nos pólos de capacitação (VIANNA e DAL POZ, 2005).*

### **c) Atenção Primária à Saúde no DF e a Estratégia Saúde da Família**

8. Conforme Plano Distrital para Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, a rede de Atenção Primária de Saúde da SES/DF está assim composta (fls.92/95):

137 (centro e trinta e sete) Unidades Básicas de Saúde (UBS) de portes e distribuição variáveis. Entre elas, 67 Centros de Saúde (entre tradicionais e convertidos para a ESF), 40 Postos de Saúde (urbanos e rurais) e mais 30 Unidades Básicas de Saúde alugadas.

Há sessenta e um (61) centros de saúde que funcionam no modelo tradicional de Atenção Primária: organização sem territorialização e cadastramento populacional, com atenção médica fragmentada entre as seguintes especialidades médicas: clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria. Apresentam **déficit de profissionais e não são capazes de cobrir a população de 1.830.000 habitantes pelos quais deveriam se responsabilizar.** (Grifos Acrescidos)

Concomitante ao modelo tradicional da Atenção Primária, de centros e postos de Saúde, a partir de 1997, foi iniciada a implantação no DF de Equipes de Saúde da Família (ESF), para atender os vazios assistenciais.

As demais 76 Unidades Básicas são distribuídas da seguinte forma: seis Centros de Saúde, que alojam cada um até cinco Equipes de Saúde da Família; e, 40 Postos de Saúde e 30 casas alugadas, cada uma com uma a duas Equipes de Saúde da Família - ESF.

Cada uma dessas equipes multiprofissionais, que deve se responsabilizar pela população de um território adscrito, na lógica da Estratégia Saúde da Família, nas quais estão distribuídas 120 Equipes de Saúde da Família (ESF) completas, perfazendo uma cobertura populacional de 17%, em de 2010.

**Grande parte das Unidades Básicas de Saúde necessita de adequações físicas e renovação de equipamentos e mobiliários para o adequado desempenho de suas funções.** A manutenção predial e de equipamentos dos serviços que compõem a APS é insuficiente frente às necessidades. (Grifos Acrescidos)

**Existem ainda 16 equipes da ESF incompletas, várias delas sem espaço físico para a atuação.** Acrescente-se a essas dificuldades, a grande **precariedade do sistema de transporte às Equipes Saúde da Família**, tanto no deslocamento de seus profissionais, quanto no apoio ao desenvolvimento das ações nas localidades, bem como no traslado de usuários que necessitem da ida a serviços de referência à APS. Geralmente, são viaturas, sem manutenção, com pouca potência e inadequadas ao transporte em estradas não pavimentadas. Muitas vezes, essas mesmas viaturas são

deslocadas para atender a outras demandas da Regional, o que faz com que não haja transporte disponível às Equipes Saúde da Família na medida da necessidade para o cumprimento de suas funções. (Grifos Acrescidos)

**A estratégia Saúde da Família no DF** foi implantada de maneira pulverizada e insuficiente, em áreas com baixíssima cobertura por serviços de saúde, de forma que, **em sua maior parte, excedem sua capacidade de adscrição de clientela, que é de até 4.000 pessoas por equipe da ESF, não conseguindo realizar o modelo proposto** que contempla a integralidade da atenção – promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, numa abordagem tanto individual quanto coletiva, reconhecendo o papel fundamental dos sujeitos e sua comunidade como co-responsáveis pela sua saúde e qualidade de vida. **Nesse contexto, algumas equipes passaram a atuar na lógica de atendimento fragmentado, centrada em queixa-conduta individual e voltada para episódios agudos...** (Grifos Acrescidos)

**A estrutura insuficiente e inadequada para o funcionamento da ESF não oferece condições de atender à população do DF, e proporciona a pior cobertura populacional entre as 27 Unidades da Federação com 15,9% de cobertura pela ESF.** Se forem considerados os quantitativos totais das equipes, incluindo as de ESF incompletas, o percentual de cobertura no Distrito Federal situa-se em torno de 18%. (Grifos Acrescidos)

Se analisadas sob o ponto de vista exclusivamente da parametrização numérica, essas Unidades de Atenção Primária cobrem 70% da população do DF. Entretanto, observamos uma **distribuição geográfica inequânime**, com uma grande concentração de centros de saúde no Plano Piloto, onde reside uma população que pouco demanda pelos serviços públicos de saúde e, portanto, essas unidades se caracterizam por uma baixa produtividade. (Grifos Acrescidos)

9. Constam, ainda, do Plano Distrital para Reorganização da Atenção Primária: 1) déficit de profissionais; 2) necessidade de adequações físicas e renovação de equipamentos e mobiliários; 3) falta de espaço físico para a atuação ESF; 4) precariedade do sistema de transporte às Equipes Saúde da Família; 5) clientela maior do que a capacidade de adscrição de até 4.000 pessoas por ESF; 6) atendimento fragmentado, centrado em queixa-conduta e episódios agudos; 6) pior cobertura populacional entre as 27 Unidades da Federação; 7) distribuição geográfica inequânime.



10. Reconhecidas as deficiências, a SES, na parte II do Plano Distrital, propõe intervir para reorganizar a rede nos seguintes termos (fls.97 v):

Para atingir os objetivos planejados, o Plano foi estruturado em quatro eixos norteadores, com seus respectivos componentes e ações estratégicas, a serem desenvolvidos, em fases, considerando o período de 2010 a 2014.

**Eixo I** – Estruturação da Gestão e dos Serviços da Atenção Primária à Saúde no DF (espaço físico, equipamentos e recursos humanos);

**Eixo II** – Organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no DF e das equipes de apoio – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Saúde da População de Rua, Saúde Prisional e Atenção Domiciliar;

**Eixo III** – Monitoramento e Avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS; e,

**Eixo IV** – Desenvolvimento de estudos e pesquisas em APS no DF.

Para tanto, prevê a ampliação gradual da Saúde da Família, realizada em três etapas, conforme metas de cobertura a seguir descritas:

**Fase 1:** cobertura imediata de **20%** da população do DF, com 155 ESF implantadas até dezembro de 2010;

**Fase 2:** cobertura de **40%** da população do DF, com implantação de 303 ESF até o final de 2012;

**Fase 3:** cobertura de 50% da população do DF que corresponderá a 100% da população SUS dependente, com implantação de 400 ESF, conforme ilustra a Tabela 1 de distribuição das Equipes de Saúde da Família.

Além disso, prevê a implantação de equipes de apoio à Saúde da Família, conforme descrito a seguir:

**Fase 1:** 11 equipes de NASF, 10 de Atenção Domiciliar e 10 de Saúde no Sistema prisional implantadas até dezembro de 2010;

**Fase 2:** Implantar duas Equipes de Saúde da População de Rua e ampliar para 30 as equipes de NASF e para 15 as de Atenção Domiciliar até o final de 2012;

**Fase 3:** Ampliar para 40 as equipes de NASF e para 22 as de Atenção Domiciliar até 2014.

11. O Sr. Secretário de Saúde, na fase de transição, afirmou a elaboração de pacote de medidas a serem implantadas, propondo investimentos maciços na Atenção Básica. Logo, em 01 de janeiro de 2011 foi publicado o Decreto nº 32.713, declarando estado de emergência no âmbito da saúde pública do Distrito Federal.



12. O Presidente do Conselho de Política de Recursos Humanos – CPRH, ad referendum do Colegiado, considerando o disposto no Decreto nº 32.713, de 1º de janeiro de 2011, resolveu, com base no Processo 002.000.034/2011(fl.s. 115):

Reconhecer a urgência da matéria e aprova o proposto aumento do quantitativo de vagas para os cargos de Médico da carreira Médica, Enfermeiro da carreira Enfermeiro, Cirurgião Dentista da carreira Cirurgião Dentista, Especialista em Saúde, Técnico em Saúde e Auxiliar de Saúde da carreira de Assistência Pública à Saúde, na proporção de 2.652 (dois mil, seiscentos e cinquenta e dois) Médicos, 1.380 (hum mil trezentos e oitenta) Enfermeiros, 442 (quatrocentos e quarenta e dois) Cirurgiões-dentista, 1.300 (hum mil e trezentos) Especialistas em Saúde, 4.110 (quatro mil, cento e dez) Técnicos em Saúde e 321 (trezentos e vinte e um) Auxiliares de Saúde, do Quadro de Pessoal do Distrito Federal...

13. Em 26 de Janeiro de 2011, o atual Sr. Secretário de Saúde reconhecia que a rede pública de Saúde do Distrito Federal trabalhava com um déficit que variava de 1,5 mil a 2 mil profissionais. Segundo consta da informação veiculada no Portal da Licitação há previsão de que esse quantitativo seja contratado no próximo concurso. (fls.83)

14. No mesmo Portal, tendo por fonte o Ministério Público do Distrito Federal, o Sr. Secretário informou que considerando que o quadro estava completo encaminharia proposta à Câmara Legislativa para ampliar o quadro de servidores do setor e substituir progressivamente os contratos emergenciais. (fls.83)

15. Nesse sentido, cumpre informar que estão em andamento na SES, conforme editais normativos nºs 05 e 06, publicados no DODF nº 63, de 1 de abril de 2011, concursos públicos para provimento de cargos de médico e enfermeiro. Os Editais Normativos nºs 17 e 18, publicados no DODF nº 88, de 10 de maio de 2011, também divulgam concursos públicos para provimento de vagas de Especialista em Saúde e Técnico em Saúde.

16. Além dos concursos em andamento, informou o Sr. Subsecretário de Atenção Primária à Saúde, em entrevista, que novo edital deve ser publicado em agosto de 2011.

17. Em entrevista ao colunista Cláudio Humberto, na Band News, em 28 de junho, o Sr. Secretário afirmou que dentro de 90 dias devem ser inauguradas mais 14 Unidades Básicas de Saúde.

18. O sítio da SES noticia que Samambaia será a primeira cidade a receber Unidades Básicas de Saúde. Encontram-se em construção, uma na QN 523, outra na QS 122. Existem terrenos disponíveis para construção de duas outras unidades: uma na QS 314, outra na QD 302. Assim como Samambaia, existem terrenos disponíveis também em Taguatinga e no Recanto das Emas, que deve abrigar sete equipes. (fls.82)

19. Com respaldo no Decreto nº 32.713, de 1º de janeiro de 2011, recentemente, em 04 de julho de 2011, foi publicada a Portaria nº 109 instituindo o Comitê Central de Promoção da Saúde, no intuito de fortalecer e programar ações que consolidem a promoção da saúde no SUS/DF. (fls.113)

#### **d) Recursos envolvidos**

20. Segundo consta do sítio do Ministério da Saúde, o Piso de Atenção Básica (PAB)<sup>5</sup> *“consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, municipal”*. As ações financiadas com esses recursos são:

- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF);
- vacinação;

---

<sup>5</sup> [http://www.fns.saude.gov.br/Prog\\_PAB-FIXO.asp](http://www.fns.saude.gov.br/Prog_PAB-FIXO.asp)

- atividades educativas a grupos da comunidade;
- assistência pré-natal e ao parto domiciliar;
- atividades de planejamento familiar;
- pequenas cirurgias;
- atividades dos agentes comunitários de saúde;
- pronto atendimento em unidade básica de saúde.

21. Quanto à Estratégia Saúde da Família, deve atender a requisitos específicos:

- composição da equipe: mínimo de: um médico, um enfermeiro e outros seis componentes, entre agentes comunitários e técnicos de enfermagem;
- parâmetro de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas atendidas por equipe;
- avaliações para aferir: alterações efetivas do modelo assistencial, satisfação do usuário, satisfação dos profissionais, qualidade do atendimento, desempenho da equipe e impacto nos indicadores de saúde;
- implantação do Sistema de Informações específico da Atenção Básica (SIAB) e se o mesmo vem sendo alimentado mensalmente.

#### 1.4. Identificação das Áreas/Pontos Potencialmente Significantes

22. Segundo o Plano Distrital para Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, foram identificados problemas sistêmicos, tais como (fls.96):

Nas unidades de APS da SES DF, aproximadamente cinco mil profissionais atendem as demandas da doença, na maioria das atividades centradas nos “programas”, resultando em **alta fragmentação da rede assistencial**. (Grifos Acrescidos)

Como resultado, evidencia-se uma série de problemas, entre eles a taxa de mortalidade materna, que oscila entre 45 e 60/100.000 nascidos vivos, as doenças cardiovasculares ocupando a primeira causa de morte (28,6%), seguida pelo câncer (18,5%) e pelas mortes por causas externas (16,5%).

Além disso, **crecem as doenças crônico-degenerativas, na mesma proporção em que crianças vão a óbito por complicações resultantes de eventos evitáveis, tais como diarreias e sífilis congênita**. (Grifos Acrescidos)

Faz-se necessário **evidenciar ainda o aumento dos casos de doenças do aparelho respiratório, de adultos internados por complicações de AVC, de fraturas por quedas, bem como a crescente incidência de Diabetes Mellitus, as quais**

**merecem atenção especial nas ações de prevenção e promoção à saúde na Atenção Primária.** (Grifos Acrescidos)

Nesse nível do sistema, também se evidenciam as seguintes situações:

- Baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família: apenas 15,9% da população do DF é atendida pelas equipes;
- Insuficiência de insumos, infra-estrutura e equipamentos necessários à resolubilidade das equipes do PSF;
- Escassa utilização de instrumentos de gestão e de planejamento, com expressiva morosidade para decisão e execução de processos;
- Isolamento da rede básica em relação aos demais serviços da rede;
- Falta de integração dos profissionais nos vários níveis de atenção (secundária / terciária).

**Essas situações, associadas a inúmeros fatores contribuem para a descontinuidade no processo de implantação/expansão da Estratégia Saúde da Família,** com qualidade, o que seguramente gera uma baixa expectativa por parte da população, dos profissionais e lideranças loco-regionais, quanto à sustentabilidade e à consolidação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. (Grifos Acrescidos)

23. Diante do quadro, a Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde propõe, entre outras medidas, expandir e qualificar a Estratégia Saúde da Família em todas as Regionais de Saúde, bem como estruturar a Internação Domiciliar.

24. Com base nessas informações, foi elaborado o Plano de Auditoria que se apresenta a seguir, com vistas a orientar a oportuna execução da auditoria a ser realizada na Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal.

## **2. PLANO DE AUDITORIA**

### **2.1. Destinatários do relatório de auditoria**

25. A principal destinatária deste trabalho é a sociedade brasileira. O relatório também se destina ao Plenário desta Corte para subsidiar a atuação do controle externo, aos Gestores da Atenção Básica no DF, ao Tribunal de Contas da União – TCU e ao Ministério da Saúde – MS.

## 2.2. Legislação Aplicada

**Lei nº 8.080/90.** Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização dos serviços correspondentes;

**Lei nº 8.142/90.** Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências financeiras intergovernamentais;

**Portaria GM/MS nº 1.882/97.** Estabelece Piso de Atenção Básica (PAB) e sua composição;

**Portaria/GM/MS nº 3.925/98.** Aprova Manual para Organização da Atenção Básica no SUS;

**Portaria nº 42/99.** Atualiza discriminação da despesa por funções;

**Portaria nº 832/99.** Regulamenta processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica a Saúde;

**Portaria/GM/MS nº 12/2000.** Define que em 2000 o processo de pactuação obedecerá à sistemática estabelecida na Portaria GM/MS 832, de 28/6/99;

**Portaria/SAS/MS nº 9/2000.** Determina que o conjunto de procedimentos que compõem a Atenção Básica;

**Portaria/GM/MS nº 399/2000.** Estabelece prazo para que os estados concluem processo de pactuação dos indicadores da atenção básica;

**Portaria/SPS/MS nº 9/2000.** Estabelece Adesão ao Programa municipal de atendimento à gestante;

**Portaria/GM/MS nº 779/2000.** Publica Relação de Indicadores do Pacto da Atenção Básica para o ano 2.000 a serem pactuados pelos municípios;

**Instrução Normativa GM/MS nº 02/2001.** Regulamenta elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização – PDR – e o processo de qualificação;

**Portaria/GM-MS nº 483/2001.** Estabelece objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada - PPI da assistência;

**Portaria/GM/MS nº 723/2001.** Aprova Redação de Indicadores a serem Pactuados no ano de 2001;

**Portaria/GM nº 1606/2001.** Veda utilização de recursos federais para estados que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão;

**Portaria Conj/SE/SPS nº 2/2002.** Disponibiliza, no âmbito de atenção, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Sishiperdia;

**Portaria GM/MS nº 1.101/2002.** Estabelece parâmetros para de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

**Portaria/GM/MS nº 456/2003.** Aprova relação de indicadores da atenção básica a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde;

**Portaria/GM/MS nº 676/2003.** Constitui Comissão para definir critérios, mecanismos e fluxos para avaliação de atenção básica;

**Portaria/GM/MS nº 399/2006.** Divulga Pacto pela Saúde 2006 e aprova Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;

**Portaria/GM nº 648/2006.** Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização dos Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários;

**Portaria/GM nº 649/2006.** Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica;

**Portaria nº 650/2006.** Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

**Portaria nº 687/2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde;

**Portaria/GM nº 698/2006.** Define a responsabilidade das três esferas de gestão do SU no custeio das ações de saúde;

**Portaria/GM/MS nº 699/2006.** Regulamenta diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão;

**Portaria nº 822/GM/2006.** Altera critérios para definir modalidades das ESF;

**Portaria nº 2.527/2006.** Define conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família;

**Portaria nº 3.085/2006.** Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS;

**Portaria nº 3.332/2006.** Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

**Portaria/GM nº 91/2007.** Estabelece indicadores do Pacto pela Saúde e regulamenta a unificação do processo de pactuação;

**Portaria 372/2007.** Altera Portaria 699/GM, que regulamenta as Diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão;

**Portaria nº 1.230/2007.** Fixa valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde;

**Portaria/GM/MS nº 1.761/2007.** Fixa valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde;

**Portaria/GM nº 154/2008.** Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;

**Portaria/GM nº 325/2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008; indicadores e orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação;

**Portaria/GM/MS nº 1.234/2008.** Fixa valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde – ACS;

**Portaria nº 2.489/2008.** Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica;

**Portaria GM/MS nº 1.364/2008.** Regulamenta, para 2008, a transferência referente à Compensação de Especificidades Regionais - CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica;

**Portaria GM/MS nº 2.490/2008.** Define valor mínimo da parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, para efeito do cálculo do montante a ser transferido;

**Portaria nº 2.920/2008.** Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que atuem em áreas priorizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania;

**Portaria GM/MS nº 3.066/2008.** Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica;

**Portaria nº 3.067/2008.** Define valor mínimo da parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, para efeito do cálculo do montante a ser transferido;

**Portaria nº 2.007/2009.** Define valor mínimo da parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, para efeito do cálculo do montante a ser transferido;

**Portaria GM/MS nº 2.008/2009.** Fixa valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde;

**Portaria nº 2.048/2009.** Aprova Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Portaria/GM nº 699/2010.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão;

**Portaria nº 3.840/2010.** Inclui Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde. Estabelece diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011.

### 2.3. Avaliação dos Controles Internos

26. Não foram constatadas atividades de Avaliação e de Gerenciamento de Riscos nem de Monitoramento. No que diz respeito ao Controle, nos termos do Regimento Interno da UAG, Decreto nº 28.814/08, publicado em 29.02.08, há previsão, no âmbito da UAG, de setor denominado Controladoria Interna com as seguintes competências:



**TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL**  
2ª INSPETORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DIVISÃO DE AUDITORIA

Art. 3º. À Controladoria Interna, unidade orgânica de execução e fiscalização, diretamente subordinada à Unidade de Administração Geral, compete:

- I - zelar pelo bom andamento dos processos de aquisição de insumos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;
- II - identificar e corrigir falhas processuais nas unidades da Unidade de Administração Geral;
- III - solicitar abertura de processo disciplinar administrativo – PAD, contra servidores da Unidade de Administração Geral;
- IV - monitorar o fluxo do consumo de insumo dentro da rede pública de saúde, com vistas a evitar o desabastecimento;
- V - auditar os estoques da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;
- VI - atuar como interlocutor permanente junto aos órgãos de controle, principalmente o Ministério Público e o Tribunal de Contas do Distrito Federal;
- VII - assessorar o chefe da Unidade de Administração Geral;
- VIII - estabelecer os indicadores de produtividade de cada unidade da Unidade de Administração Geral;
- IX - exercer atividade de Polícia Administrativa no âmbito da Secretaria de Saúde, quando em seus quadros possuírem Inspetor de Atividades Urbanas.
- X - executar outras atividades inerentes a sua área de competência que lhe forem designadas.

27. Registra-se, ainda, que em 03.02.11, foi publicado o Decreto Distrital nº 32.747/11, que criou na estrutura da SES a Corregedoria da Saúde, com a seguinte estrutura administrativa:

- 1 – Corregedoria da Saúde;
- 1.1 – Controladoria;
- 1.1.1 – Coordenação de Auditoria Contábil;
- 1.1.2 – Coordenação de Auditoria Administrativa;
- 1.1.3 – Coordenação de Auditoria Assistencial;
- 1.2 – Diretoria de Instrução e Procedimento Disciplinar;
- 1.2.1 – Coordenação de Investigação Preliminar;
- 1.2.2 – Coordenação de Procedimento Disciplinar;
- 1.3 – Comitê de Ética no Serviço Público em Saúde.

Art. 5º Ficam extintos os Cargos em Comissão constantes no Anexo I.

28. Embora o Decreto Distrital nº 32.747/11 crie na estrutura da SES a Corregedoria da Saúde, suas competências não foram especificadas. Quanto ao Decreto nº 28.814/08, as competências da Controladoria Interna são amplas e tratam de ações específicas da UAG. Não foram encontrados sistemas de controle no que diz respeito à Atenção Primária, por esta razão, entende-se não serem satisfatórias as atividades de Controles Internos.

#### **2.4. Objetivos da Auditoria**

29. O objetivo geral desta auditoria é avaliar o alcance e a qualidade da Cobertura Assistencial do DF prestada na Atenção Primária à saúde e a capacidade instalada das Unidades de Saúde.

30. Os objetivos específicos foram definidos tendo em vista diagnosticar a situação da rede de atenção básica (Questões de Auditoria). Nessa linha, os Objetivos Específicos da Auditoria visam responder às seguintes questões de auditoria:

**Primeira Questão:** A programação físico-orçamentária das ações básicas de saúde condiz com as metas de oferta de serviços estabelecidas no Pacto da Atenção Básica?

**Segunda Questão:** Qual a eficiência na utilização dos recursos (análise de produtividade): quantas e quais são as ações básicas efetivamente colocadas à disposição da população?

**Terceira Questão:** Qual o potencial produtivo das unidades instaladas (número de unidades, condições físicas: quantitativo de consultórios e equipamentos; número de profissionais, disponibilidade de carga horária semanal)?

#### **2.5. Técnicas a Serem Adotadas**

31. Para o desenvolvimento dos trabalhos da Auditoria serão utilizadas as seguintes técnicas: pesquisa via internet, no Sistema de Controle Externo do Tribunal- SISCOEX, no Sistema Integrado de Controle de Processos – SICOP, no Sistema Integrado de Gestão Governamental do DF- SIGGO, em outros sistemas informatizados. Também serão feitas confrontações entre documentos e normas; e notas de auditoria.

**TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL**  
 2ª INSPETORIA DE CONTROLE EXTERNO  
 DIVISÃO DE AUDITORIA

32. Além disso, serão feitas visitas aos centros de atenção primária, selecionados por amostragem, quando serão verificadas as condições físicas, o quantitativo de consultórios, equipamentos e profissionais.

## 2.6. Valor da Auditoria

33. Tendo por parâmetro os valores repassados fundo a fundo ao Distrito Federal – no período de 01/01/2010 a 31/12/2010, para a Atenção Básica, o custo total do Programa no ano foi fixado em R\$ 65.340.835,49. (fls.74)

## 2.7. Processos Relacionados

34. Tendo em conta que o Programa Saúde da Família insere-se no contexto da Atenção Primária, esta auditoria respalda-se, ainda, no Ofício n.º 705/2007-PG, (Processo n.º 40.202/2007), na Representação n.º 21/2007 (Processo n.º 27.877/2007) e no item II da Decisão n.º 3.440/2010 (Processo 1.328/2003).

35. Além destes específicos foram encontrados os seguintes processos que trataram parcialmente do assunto:

**Quadro 1: Processos correlatos**

PROCESSO	SINOPSE
1.295/2002	Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29/2000.
83/2003	Representação nº 11/02, aplicação de recursos para fazer face às despesas com saúde no Distrito Federal.
890/2003	Providência cautelar Programa Saúde Família e demais delegados pelo GDF ao ICS, Ofício 161/03-CF/MPJTCDF.
1.328/2003	Representação nº 27/2003–CF. Contratação, pela SES da OSCIP FUNDAÇÃO ZERBINI, mediante Termo de Parceria, para implantação do Programa “Família Saudável”.
10.746/2005	Representação 03/2005-CF, sobre Convênio entre a SES e a Fundação Zerbini, tendo por objeto a condução do Programa Família Saudável.
35.689/2006	Contratação emergencial da empresa Amanda Construções para prestar serviços de portaria nas Unidades Básicas de Saúde da Família.
26.145/2007	Auditoria Operacional na SES, acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais da rede pública e o impacto da gestão dos recursos humanos e logísticos no fornecimento desses serviços.
30.681/2007	Contratações temporárias, por meio da Fundação Zerbini, para prestação de serviços no Programa Família Saudável – PFS.
17.350/2010	Representação da Deputada Erika Kokay acerca do contrato de prestação de serviço na área de vigilância entre a SES e a Empresa Santa Helena, para atender ao Programa Saúde da Família.

Fonte: Sistema de Acompanhamento Processual - TCDF

## 2.8. Considerações

36. Considerando que o Plano Distrital para Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal reconhece e identifica as áreas e pontos significativos, tais como: 1) déficit de profissionais; 2) necessidade de adequações físicas e renovação de equipamentos e mobiliários; 3) falta de espaço físico para a atuação das ESF; 4) precariedade do sistema de transporte às ESF; 5) clientela maior do que a capacidade de adscrição por ESF; 6) atendimento fragmentado; 6) pior cobertura populacional entre as 27 Unidades da Federação; 7) distribuição geográfica inequânime.

37. Considerando, ainda, que o Sr. Secretário de Saúde elaborou pacote de medidas a serem implantadas, tais como: 1) declaração de estado de emergência no âmbito da saúde pública do Distrito Federal; 2) aumento do quantitativo de vagas para os cargos de Médico, Enfermeiro, Cirurgião Dentista Especialista em Saúde, Técnico em Saúde e Auxiliar de Saúde da carreira de Assistência Pública; 3) contratação, em função de concurso em andamento, de 1,5 mil a 2 mil profissionais de saúde; 4) construção de Unidades Básicas de Saúde; 5) prevê inauguração de 14 Unidades Básicas de Saúde no prazo de 90 dias.

38. Considerando, mais, que em 04 de julho de 2011, foi instituído o Comitê Central de Promoção da Saúde, por meio da Portaria nº 109, tem-se que a atual gestão tem tomado iniciativas visando consolidar a promoção à saúde no SUS/DF.

39. Nessa linha, tendo em vista o enfoque a ser analisado, tem-se que não seria oportuna a realização da auditoria no presente exercício, uma vez que o Plano Distrital para Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, estruturado em quatro eixos norteadores, encontra-se, em fase de implantação do Eixo I, que trata da Estruturação da Gestão e dos Serviços da Atenção Primária à Saúde no DF (espaço físico, equipamentos e recursos humanos).

## 2.9. Cronograma

40. Considerando que o enfoque da auditoria é analisar a capacidade efetivamente instalada, o momento temporal será o momento de sua execução. Ficando a seleção das unidades de saúde e o período a ser auditado a critério da equipe/supervisão, que deverá observar para amostragem o objeto da auditoria, a capacidade/potencial física, recursos humanos, os serviços e a localização da unidade.

41. Os recursos a serem utilizados serão aqueles ordinariamente colocados à disposição da Divisão de Auditoria, tais como: transporte, material de expediente, computadores, máquinas fotográficas, etc.

42. Além destes recursos, é necessária a dedicação exclusiva de dois Auditores de Controle Externo, para a realização da auditoria, e de quatro equipes de trabalho (com dois servidores em cada equipe), pelo período de cinco dias úteis, para a execução parcial dos trabalhos de campo.

43. Para a realização desta Auditoria, preveem-se as etapas e os períodos indicados no Quadro a seguir, com início e conclusão a serem definidos oportunamente.

**Quadro 2: etapas e períodos necessários à execução**

Atividade	Nº de dias úteis
Execução dos Trabalhos de Campo	7
Visitas às unidades de saúde	5
Relatório Preliminar	15
Envio do Relatório Preliminar à Consideração do Gestor	1
Prazo para comentários do Gestor	6
Conclusão do Relatório	5
Revisão do Relatório pelo Diretor e Inspetor	4
<b>Total</b>	<b>45</b>

Fonte: Sistema de Acompanhamento Processual – TCDF

## 2.10. Matriz de Planejamento

44. A Matriz foi elaborada para auxiliar na fase executiva dos trabalhos e está apresentada às fls. 118/120.

### **3. CONCLUSÕES/SUGESTÕES**

45. O presente Processo objetiva diagnosticar a situação da rede de atenção básica no Distrito Federal. Para isso, três perguntas de auditoria foram definidas: 1) A programação físico-orçamentária das ações básicas de saúde condiz com as metas de oferta de serviços estabelecidas no Pacto da Atenção Básica? 2) Qual a eficiência na utilização dos recursos (análise de produtividade): quantas e quais são as ações básicas efetivamente colocadas à disposição da população? 3) Qual o potencial produtivo das unidades instaladas (número de unidades, condições físicas: quantitativo de consultórios e equipamentos; número de profissionais, disponibilidade de carga horária semanal)?

46. Dessa forma, será possível analisar a estrutura das unidades de saúde, bem como o efetivo de profissionais de saúde. Além disso, as perguntas de auditoria permitirão verificar a adequação da programação físico-orçamentária às metas de oferta de serviços estabelecidas no Pacto da Atenção Básica e analisar os indicadores de cobertura das ações básicas de saúde.

47. Ante o exposto, sugerimos ao egrégio Plenário:

I. Tomar conhecimento:

13.a) da Informação nº 48/2011;

13.b) da Matriz de Planejamento (fls. 118/120);

II. aprovar o Plano de Auditoria nos termos apresentados;

III. autorizar o retorno dos autos à 2º ICE para as providências cabíveis:

À consideração superior.

**Neila Oliveira Costa**  
**ACE – Mat. 645-9**

**Evandro de Souza Gadelha**  
**ACE – Mat. 675-1**

Senhor Inspetor,

De acordo com as sugestões apresentadas, submeto os autos à consideração de Vossa Senhoria,

Divisão de Auditoria, 15/07/2011

**Marcos Aurélio dos Santos**

(Mat. 522-3)

**Diretor**