



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: 551

Processo:
15282/2009

RELATÓRIO FINAL DE AUDITORIA

Auditoria Integrada tendo como objetivo a avaliação da Atenção Básica em Saúde no Distrito Federal. (Fiscalização nº 1.2002.12)



RESUMO

A presente Auditoria Integrada foi realizada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com o objetivo de avaliar o alcance e a qualidade da cobertura assistencial do Distrito Federal prestada na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme orientações constantes do manual “Orientações para Proceder Auditoria na Atenção Básica”, editado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, em 2004. Foram aplicadas as seguintes técnicas de auditoria: pesquisas 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 Distrito Federal - SIGGO, e em outros sistemas informatizados. Também foram feitas confrontações entre documentos e normas, além de visitas *in loco* aos centros de atenção primária selecionados por amostragem. Os trabalhos desenvolvidos resultaram nos seguintes Achados: 1) Baixo percentual de execução do valor programado na LOA e de alcance das Metas fixadas no PPA; 2) desatualização da base de dados do sistema SIAB; 3) insuficiência de medicamentos para as UBS; 4) incompatibilidade de equipamentos novos nas UBS com as necessidades locais; 5) incompletude das equipes da ESF e jornada de trabalho insuficiente; 6) não utilização de recursos federais disponibilizados para educação continuada aos profissionais da ESF; 7) desobediência às normas sanitárias em relação às estruturas e aos equipamentos das UBS; e 8) falta de equipamentos médico-hospitalares e mobiliários nas UBS. Pelas falhas detectadas, foram propostas recomendações e outras medidas tendentes a reverter os Achados.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: 553

Processo:
15282/2009

LISTA DE SIGLAS

Agentes Comunitários de Saúde	ACS
Atenção Primária à Saúde	APS
Auxiliar em Saúde Bucal	ASB
Centro de Saúde da Ceilândia	CSC
Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal	Coren-DF
Departamento Nacional de Auditoria do SUS	DENASUS
Diretoria de Áreas Estratégicas	DIAE
Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde	DCVPIS
Diretoria de Gestão da Atenção Primária à Saúde	DIGAPS
Estratégia Saúde da Família	ESF
Gerência de Ciclos de Vida	GCV
Gerência de Gestão da Atenção Primária à Saúde	GEG
Gerência de Monitoramento e Avaliação	GEMA
Gerência de Práticas Integrativas em Saúde	GERPIS
Gerência de Saúde do Sistema Prisional	GESSP
Gerências de Atenção Domiciliar	GEAD
Hospital Regional da Asa Norte	HRAN
Hospital Regional da Ceilândia	HRC
Hospital Regional de Taguatinga	HRT
Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde	NOB-SUS
Norma Operacional da Assistência à Saúde	NOAS-SUS
Organização Mundial da Saúde	OMS
Plano Geral de Ação	PGA
Posto de Saúde Rural	PSR
Posto de Saúde Urbano	PSU
Programa Agentes Comunitários de Saúde	PACS
Programa Agentes de Saúde	PAS
Programa Saúde da Família	PSF
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	SES/DF
Segunda Divisão de Auditoria	DIAUD2
Sistema de Controle Externo do Tribunal	SISCOEX
Sistema de Informação da Atenção Básica	SIAB
Sistema Integrado de Controle de Processos	SICOP
Sistema Integrado de Gestão Governamental	SIGGO
Sistema Único de Saúde	SUS
Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde	SAPS
Técnico em Saúde Bucal	TSB
Unidade de Pronto Atendimento	UPA
Unidades Básicas de Saúde	UBS
Unidades Básicas de Saúde da Família	UBSF



SUMÁRIO

1	Introdução	555
1.1	Apresentação	555
1.2	Identificação do Objeto.....	555
1.3	Contextualização.....	555
1.3.1	Da Atenção Primária	555
1.3.2	Do Programa Saúde da Família	556
1.3.3	Do Plano de Reorganização da APS no DF	559
1.4	Objetivos	559
1.4.1	Objetivo Geral.....	559
1.4.2	Objetivos Específicos	560
1.5	Escopo	560
1.6	Metodologia.....	560
1.7	Critérios de Auditoria.....	562
1.8	Avaliação de Controle Interno	562
2	Resultados da Auditoria	563
2.1	Questão de Auditoria 1 – A programação físico-orçamentária das ações básicas de saúde condiz com as metas de oferta de serviços estabelecidas no Pacto da Atenção Básica?.....	563
2.1.1	Achado 1: Baixo percentual de execução do valor programado na LOA e de alcance das Metas fixadas no PPA.....	563
2.1.2	Achado 2: Os dados cadastrais do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB estão desatualizados.....	567
2.2	Questão 2: As ações básicas são efetivamente colocadas à disposição da população?	570
2.2.1	Achado 3: A SES não garante medicamentos suficientes para as UBS. 570	
2.3	Questão 3: Qual o potencial produtivo das unidades instaladas?.....	572
2.3.1	Achado 4: A SES estoca nas UBS equipamentos novos, incompatíveis com as necessidades do local.	572
2.3.2	Achado 5: A SES não assegura Equipes Completas, nem jornada mínima dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família.	574
2.3.3	Achado 6: A SES não utiliza dos recursos federais disponibilizados para educação continuada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família.	578
2.3.4	Achado 7: A SES não obedece às normas sanitárias no que diz respeito às estruturas e aos equipamentos das UBS.	580
2.3.5	Achado 8: Faltam equipamentos médico-hospitalares e móveis nas UBS. 586	
3	Conclusão	589
4	Proposições	590
	ANEXO I - PLANO DE AÇÃO	592



1 Introdução

1.1 Apresentação

O presente processo trata de Auditoria Integrada na Atenção Básica em Saúde, cujo Levantamento Preliminar e o respectivo Plano foram conhecidos e aprovados pela Corte, nos termos da Decisão nº 4033/2011, que autorizou sua realização no exercício de 2012 (fl. 149). Após os trabalhos de fiscalização, foi elaborado o Relatório Prévio de Auditoria, conhecido pelo Plenário mediante a Decisão nº 6625/2012 (fl. 407). Dado a conhecer o Relatório Prévio à Jurisdicionada, esta se manifestou quanto aos Achados de Auditoria.

1.2 Identificação do Objeto

2. O objeto desta Auditoria consistiu na avaliação da rede de atenção básica, nos seguintes aspectos:

- ✓ estrutura da rede de serviços básicos, condições de área física e equipamentos dessas unidades, número de profissionais de saúde, com respectiva disponibilidade de carga horária semanal, o que permite identificar a oferta potencial de serviços na atenção básica;
- ✓ 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 as ações básicas realmente ofertadas à população, a utilização dos recursos e a adequação dos serviços produzidos à programação.

1.3 Contextualização

1.3.1 Da Atenção Primária

3. A Atenção Primária à Saúde (APS) é mundialmente reconhecida como a principal estratégia para estruturar redes integradas de atenção à saúde, visando sua efetividade. Experiências em países classificados como mais desenvolvidos ou em desenvolvimento evidenciam que a APS melhora a eficiência e efetividade da Atenção à Saúde, com racionalização de custos, satisfação dos indivíduos e corresponsabilidade entre profissionais, gestores e gerentes dos serviços e sistemas de saúde.

4. A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para alcançar a universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, o que serviu de marco legal ao SUS, nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/1996 e da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 2001/2002 e, ainda, da Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde.



5. No Distrito Federal, a responsabilidade pelo Planejamento e Gerenciamento das ações estratégicas em Atenção Básica, ou Primária, está a Cargo da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), cujo Organograma prevê as seguintes unidades de direção: 1) Diretoria de Gestão da Atenção Primária à Saúde (DIGAPS), 2) Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde (DCVPIS) e 3) Diretoria de Áreas Estratégicas (DIAE).

1.3.2 Do Programa Saúde da Família¹

6. O PSF foi criado em âmbito Federal na década de 90, inspirado em experiências de outros países, cuja saúde pública alcançara elevados níveis de qualidade. No Brasil, o Programa Agentes de Saúde (PAS) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sucederam o PSF.

7. Os princípios que nortearam o Programa originaram-se de diferentes articulações (Medicina Comunitária, Ações Primárias de Saúde, Sistemas Locais de Saúde). No Brasil, a ênfase em sua implantação teve início por volta de 1994, pela necessidade de substituição do modelo assistencial (centrado na doença) por um modelo sintonizado com os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção, incorporando e reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

8. A partir da experiência acumulada com a implantação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) no estado do Ceará, o Ministério da Saúde percebeu que esses agentes eram fundamentais para a organização do serviço básico de saúde. Com isso, a partir de 1996, o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser integrado ao PACS, uma vez que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário.

9. Hoje o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa que visa priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, por meio de equipes multiprofissionais, em território definido vinculado à clientela. Sua máxima em intervenção em saúde é não esperar a demanda, mas agir sobre ela preventivamente, com práticas integrativas com a comunidade e enfoque não reducionista (centrado apenas na intervenção médica).

10. Nos termos definidos pelo Ministério da Saúde, o trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser desenvolvido por equipes multiprofissionais: médicos de família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que podem atuar em Centros de Saúde, em Unidades Básicas de Saúde e em Postos de Saúde urbanos e rurais, desde que próximos à comunidade.

11. Dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), cada equipe deve ser composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 (seis) o Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada ACS deve acompanhar, no máximo, 750 pessoas e uma Equipe completa deve atender até o

¹ Tese Análise da Política de Atenção Primária à Saúde Desenvolvida no Distrito Federal, Pós-Graduação em Administração: Doutora Leila B. D. Göttems.



limite de 4.000 pessoas. Quando ampliada, a equipe conta ainda com um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal.

12. O ACS desempenha papel chave na Estratégia de Saúde da Família, ele deve estar presente tanto em comunidades rurais e urbanas, quanto nas periferias. O ingresso desse trabalhador na estratégia, nos termos da Emenda Constitucional nº 51, pode dar-se tanto por processo seletivo, em regime celetista, como por concurso público, em regime estatutário.

13. Suas atividades são a promoção da saúde, a prevenção das doenças e agravos e a vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas. O ACS é o profissional que desenvolve ações de integração entre a equipe de saúde e a população vinculada à Unidade. Este elo potencializa-se pelo fato de ele morar no bairro e conhecer as pessoas e as peculiaridades do setor. Com isso, é capaz de traduzir para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) a dinâmica social da população assistida.

14. De regra, o ACS deve utilizar-se de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias vinculadas à sua base geográfica. Sua principal função é manter atualizado o cadastro da população de sua área, o que permite o controle e o planejamento das ações de saúde (nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde).

15. Os Enfermeiros desempenham um papel fundamental na ESF, cabe a eles o acompanhamento e a supervisão do trabalho e as capacitações e educação permanente dos ACS e auxiliares de enfermagem. Além disso, atuam com ênfase na promoção da saúde, também, são co-responsáveis pela administração das unidades.

16. Os Técnicos de Enfermagem preparam os usuários para consultas, exames, tratamentos, zelam pela limpeza dos equipamentos e participam da busca ativa dos casos de doenças. Além de fazer e trocar curativos, aplicar injeções, dar banho, tirar pontos — a atividade do auxiliar de enfermagem é múltipla e fundamental nas equipes de ESF. Em estreita ligação com o médico, a enfermeira e o agente comunitário de saúde, os auxiliares de enfermagem também conhecem pelo nome as pessoas da comunidade que ajudam a atender.

17. Os Médicos são os principais responsáveis pela preservação da saúde da comunidade onde atuam. Não cuidam somente das doenças, mas das pessoas a quem tratam e a quem conhecem (condições de moradias, de trabalho, de alimentação).

18. O Cirurgião Dentista é o profissional que torna as ações de Saúde da Família mais completas e eficazes. De regra, as Equipes de Saúde Bucal devem trabalhar em sintonia com o restante da unidade de saúde. Por meio desses profissionais, buscou-se oferecer atendimento integral, universal e equânime, como garante a Constituição, uma vez que os usuários devem ter acesso e atendimento garantidos em todas as modalidades de cobertura e prevenção.

19. No que diz respeito à saúde bucal, participam das equipes o Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), que realizam as atividades



necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Essas ocupações estão regulamentadas nacionalmente. Esses profissionais, no exercício de suas funções, ficam sob a supervisão do cirurgião dentista, sustentada no Código de Ética Odontológica (CFO-2003) e na Resolução CFO nº 185/93, alterada pela Resolução CFO nº 209/97.

20. O objetivo maior da Estratégia é criar vínculos entre os profissionais e a comunidade, razão pela qual se exige de todos profissionais que tenham dedicação exclusiva, com jornadas diárias de 8 horas.

21. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é uma estratégia transitória para a real implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Embora em muitos municípios já não se fale mais em PACS, no DF essa ainda não é a realidade.

22. Segundo a Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, no título “DAS RESPONSABILIDADES”, compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

(...)

III - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

V - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

(...)

VIII - desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

(...)

X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

(...)

XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.



23. No DF, entre as estratégias voltadas para a reorganização das ações de ABS, fundamentadas em uma nova ética política e institucional, revelam-se os seguintes objetivos, dentre outros (fl. 89 v.):

- prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita;
- intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

1.3.3 Do Plano de Reorganização da APS no DF

24. Para o cumprimento dos objetivos, anteriormente descritos, a Diretoria de Gestão da Atenção Primária à Saúde – DIGAPS elaborou o Plano de Reorganização da APS, a ser executado entre 2010 a 2014, visando, entre outras, a revitalização da Rede de Atenção, com construção de novas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), expansão ordenada e gradual das Equipes da Saúde da Família, reestruturação e hierarquização das ações e serviços ofertados (fls. 85/110).

25. Para atender seus objetivos, o Plano de Reorganização foi estruturado em quatro eixos norteadores, com ações estratégicas a serem desenvolvidas, em curto, médio e longo prazo, com cinco anos previstos para sua execução (2010 a 2014). Nesse sentido, os eixos foram assim definidos (fls. 97 v.):

- Eixo I – Estruturação da Gestão e dos Serviços da Atenção Primária à Saúde no DF (gestão, espaço físico, equipamentos e recursos humanos);
- Eixo II – Organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família no DF;
- 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.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

26. O objetivo geral da Auditoria consistiu em avaliar o alcance e a qualidade da Cobertura Assistencial do DF prestada na Atenção Primária à Saúde, conforme orientações constantes do manual *“Orientações para Proceder Auditoria na*



Atenção Básica²”, editado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, em 2004.

1.4.2 Objetivos Específicos

27. Os objetivos específicos da Auditoria visaram 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:** As ações básicas são efetivamente colocadas à disposição da população?
- **Terceira Questão:** Qual o potencial produtivo das unidades instaladas?

1.5 Escopo

28. O escopo da Auditoria foi definido tendo em conta os objetivos acima. Para tanto, foram avaliadas *in loco* as estruturas físicas e de equipamentos das unidades do EFS; se a SES garante medicamentos aos pacientes cadastrados e se as Unidades contam com profissionais das especialidades definidas: médicos, dentistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, com a carga horária exigida. Além disso, foram aplicados questionários aos gerentes responsáveis, para conhecer seus pontos de vista a respeito das estruturas e condições das unidades.

29. O período avaliado foi o exercício de 2011, em consonância com o Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal - estratégia de apoio à consolidação de redes de atenção à saúde, de novembro de 2010, e com o Relatório Anual de Atividades – 2011, elaborado pela Secretaria de Planejamento e Orçamento, para fins de Prestação de Contas do Governo³. A execução financeira e orçamentária também foi relativa a 2011.

30. Considerando a questão temporal dos eixos definidos, o escopo desta Auditoria alcançou o Eixo I – Estruturação da Atenção Primária à Saúde no DF – espaço físico, equipamentos, insumos e recursos humanos (fls. 97 v.).

1.6 Metodologia

31. As verificações foram realizadas por meio de consulta às normas, notas de auditoria, pesquisas na intranet do TCDF (Sistema de Controle Externo do Tribunal – SISCOEX) e na internet (Sistema Integrado de Controle de Processos – SICOP, Sistema Integrado de Gestão Governamental do DF – SIGGO) e em outros sistemas informatizados. Foram, ainda, procedidas entrevistas e reuniões com Gestores e servidores da SES, diretamente envolvidos na execução do Programa.

2

http://dtr2004.saude.gov.br/consultapublica/index.php?modulo=display&sub=dsp_texto_integral&documento=610, Consultado em 30 de agosto.

³http://www.planejamento.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/acompanhamento-governamental/relatorios-de-atividades/doc_download/309-relatorio-de-atividades-do-gdf-2011.html.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: 561

Processo:
15282/2009

32. As observações *in loco* foram realizadas entre os dias 07 de julho e 07 de agosto de 2012, com intervalo de 10 dias, em razão de período de 10 (dez) dias de férias dos Auditores envolvidos.

33. Considerando que no rol de endereço das Unidades de Saúde da APS, fornecido pela SES, foram listadas 141 Unidades, que grande parte dessas UBS chegam a distar até 52 km do Plano Piloto e que a Auditoria deveria ser executada por apenas dois Auditores, alguns critérios precisaram ser estabelecidos para definir o roteiro das unidades a serem visitadas. Nesse sentido, foram observados os seguintes aspectos:

- Pontos relevantes do “Relatório sobre a Implementação do Programa Saúde da Família no Distrito Federal” da 2ª Promotoria de Justiça e Defesa da Saúde;
- Distância em km entre os Centros de Saúde ou Unidades Básicas, considerando as mais próximas entre si;
- População e condições socioeconômicas da Regional.

34. Foram visitadas 34 unidades, assim distribuídas: 01 na Asa Norte; 12 na Ceilândia; 02 na Estrutural, 03 em Planaltina, 02 em Santa Maria, 09 em São Sebastião e 05 em Sobradinho. As visitas foram realizadas em dois turnos, de forma a garantir o mais curto lapso temporal para a coleta de informações, considerando a força de trabalho de dois Auditores de Controle Externo.

35. As visitas foram distribuídas dentro das Regionais de Saúde, da seguinte forma:

- **Asa Norte**: Centro de Saúde do Varjão;
- **Ceilândia**: Centro de Saúde 02 (não tinha gerente no horário), Centro de Saúde 03, Centro de Saúde 04, Centro de Saúde 05, Centro de Saúde 06, Centro de Saúde 07, PSU Condomínio Privê (vinculado ao Centro de Saúde 07), Centro de Saúde 08, Centro de Saúde 09 (devido à reforma está atendendo no Centro de Saúde 06), Centro de Saúde 10 (não tinha gerente no horário), Centro de Saúde 11 e Centro de Saúde 12;
- **Estrutural**: Centro de Saúde 04 e Unidade Básica de Saúde da Vila Estrutural;
- **Planaltina**: Unidade Básica de Saúde do Vale do Amanhecer, Postos de Saúde Rural de Taquara e Santos Dumont;
- **Santa Maria**: Postos de Saúde Urbanos 01 e 03;
- **São Sebastião**: Centro de Saúde 01; Posto de Saúde Rural de Nova Betânia; Postos de Saúde Urbanos do Residencial do Bosque e do Residencial Oeste I; Unidades Básicas de Saúde de São Francisco, de São José, do Residencial do Bosque II, da Vila do Boa e da Vila Nova;



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: 562

Processo:
15282/2009

➤ **Sobradinho:** Centro de Saúde 02 “Vila Denocs”; Postos de Saúde Rural de “Catingueiro”, de “Córrego do Ouro” e da “Rua do Mato”; Unidade Básica de Saúde de “Engenho Velho”.

36. Tendo em vista que o Centro de Saúde do Varjão foi escolhido como unidade piloto, mas, *in loco*, observou-se que no referido Centro não mais existia a ESF, a equipe, para ajustar os seus planos, escolheu como norte o Centro de Saúde 04 e Unidade Básica de Saúde da Vila Estrutural.

1.7 Critérios de Auditoria

37. Esta Auditoria teve por critério basilar as “Orientações para Proceder Auditoria na Atenção Básica” editado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS- DENASUS, em 2004.

38. Além disso, foi adotada a Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, que revogou as normas anteriormente descritas na Matriz de Planejamento desta Auditoria e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, revisando diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

1.8 Avaliação de Controle Interno

39. Em que pese o Decreto Distrital nº 32.747/2011 criar na estrutura da SES a Corregedoria da Saúde e a Portaria-SES nº 40/2011 estipular as competências da Unidade, tratam ambos, em essência, de ações voltadas para o controle de legalidade e da correta aplicação de recursos públicos e não atendem diretamente às questões específicas do Programa.

40. Quanto ao monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS só deve ser implantado, de acordo com o Plano de Reorganização da APS, em longo prazo, nos termos do Eixo III. Nesse sentido, entendeu-se não serem satisfatórias as atividades de Controles Internos.



2 Resultados da Auditoria

2.1 Questão de Auditoria 1 – A programação físico-orçamentária das ações básicas de saúde condiz com as metas de oferta de serviços estabelecidas no Pacto da Atenção Básica?

Os exames realizados permitem concluir que não houve cumprimento das metas das LOA dos exercícios de 2011 e 2012, visto que a execução das ações programadas ficaram abaixo de 50%.

2.1.1 Achado 1: Baixo percentual de execução do valor programado na LOA e de alcance das Metas fixadas no PPA.

Crítérios

41. Manual da Matriz de Risco: Alcance (< 50%) não cumprimento das metas; Alcance (> 50% e < 80%) cumprimento parcial das metas; Alcance (= ou > 80%) cumprimento satisfatório das metas.

Análises e Evidências

42. Segundo consta do mencionado Relatório de Atividades 2011, elaborado pela Secretaria de Planejamento e Orçamento, as atividades da Atenção Primária à Saúde estão distribuídas nos Programas 0211– Assistência Farmacêutica; 0214 – Adequação e Modernização do SUS e o 5000 – Atenção Primária à Saúde (fls. 315/316).

43. Do Relatório Anual de Atividades 2011, no que diz respeito ao programa 0211– Assistência Farmacêutica, extrai-se (fl. 170):

“O Programa Assistência Farmacêutica compreende a aquisição e dispensação de medicamentos para assistência à saúde, no âmbito da atenção primária, da assistência de média e alta complexidade, para tratamentos de coagulopatias e para atender ao Programa Especial de Fornecimento de Medicamentos de Dispensação Excepcional para atender a população do Distrito Federal. (Grifou-se)

44. Nesse sentido, o Relatório concluiu que a execução orçamentária do Programa Assistência Farmacêutica, no tocante à Atenção Primária, atingiu o **percentual de 35%**, considerada a despesa liquidada em relação à autorizada.

45. O programa 0214 – Adequação e Modernização do SUS – trata de ações para a melhoria da infraestrutura de **todas** as unidades de saúde da SES: construções, ampliações e reformas e adequações de bens imóveis. Em consulta ao Relatório de Desempenho da Execução Orçamentária, exercício 2011⁴, verifica-se que o Programa de Trabalho 10.301.0214.3487.8498 (Reformas e Ampliações em Unidades de Atenção Primária em Saúde) **não apresentou execução orçamentária**, apesar de contar com recursos autorizados no montante de R\$

⁴http://www.planejamento.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/acompanhamento-governamental/relatorios-de-desempenho/doc_download/303-relatorios-de-desempenho-referentes-ao-6o-bimestre-de-2011.html



3.080.000,00 (fls. 170/171).

46. Nesse quesito, no que diz respeito à atenção primária, em 2011, foram executadas obras de construção e reformas em Postos e Centros de Saúde custeadas com o superávit financeiro do Programa 5000 – Atenção Primária à Saúde, fonte 138-MS. Também com o superávit financeiro do Programa 5000, foram adquiridas duas Unidades Básicas de Saúde – UBS, tipo unidade modular (fl. 171).

47. Ressalta-se, no entanto, que enquanto as ações de Melhoria das Estruturas Físicas da SES, com foco na rede hospitalar, teve execução de 75%; Manutenção Predial: 51%; Reforma e Ampliação do HRT: 34%; Reforma Geral do HRAN: 54% do orçamento autorizado, não houve execução da ação destinada à melhoria das instalações da atenção primária, o que indica que a prioridade da SES são os outros níveis de atenção à saúde (fl. 171).

48. Quanto ao Programa 5000 (Atenção Primária à Saúde), o Relatório de Desempenho da Execução Orçamentária aponta para a **execução de apenas 14%** da despesa fixada para as Ações Estratégicas de Saúde em Família - Programa de Trabalho 10.301.5000.2335.1934 (autorizado R\$ 112.038.808, liquidado R\$ 16.182.489)⁵.

49. A baixa execução orçamentária desses Programas traz consequências para o alcance das metas fixadas, nesse sentido, conforme consignado no referido Relatório de Atividades, a proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família no DF alcançou, em 2011, somente 13,19%, quando a meta para o ano era alcançar 30% da população.

QUADRO 1

Indicadores de desempenho do PPA

Código	Indicador	Apurado em	Alcançado	Previsto 2011	Fonte
693	Proporção da população coberta pela estratégia Saúde da Família	11/2011	13,19%	30%	SIAB

50. Consta do Relatório de Atividades que a meta inicialmente fixada no PPA era alcançar 50% da cobertura populacional do DF com a ESF em 2011. No referido relatório esta meta foi projetada em 2007 e para seu cumprimento precisaria de 400 equipes de saúde da família. Entretanto, em 2009, a meta foi repactuada para 30%, mas no final de 2010, a cobertura só chegou a 15,87%. Em 2011, mantida a meta de 30%, até novembro, a cobertura só tinha chegado a 13,19%. Como se observa, a cobertura se distanciou ainda mais da meta. Apesar disso, nos termos pactuados, a meta para 2015 é atingir 75% (fl.180).

51. Para o alcance das metas exige-se, entre outros, a ampliação do número de equipes. Apesar da realização de concursos públicos para contratação de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) e médio (técnicos de enfermagem), não houve concurso para agente comunitário de saúde em razão da discussão jurídica sobre a forma de contratação desses profissionais, dificultando a ampliação das equipes (fls.180).

⁵

http://www.planejamento.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/acompanhamento-governamental/relatorios-de-desempenho/doc_download/303-relatorios-de-desempenho-referentes-ao-6o-bimestre-de-2011.html



52. No Distrito Federal, outro fator que dificulta a ampliação e melhoria da rede de atendimento básico está relacionado à dificuldade de locação de imóveis. Segundo o Relatório de Atividades, apenas um contrato de aluguel foi realizado em 2011, visto que os Decretos nº 32.866/11 e nº 33.788/12, que dispõem sobre a locação de imóveis no GDF, estabelecem imposições incompatíveis com a situação fundiária de várias regiões administrativas, o que impacta negativamente na atenção primária (fls.180 e 318/322).

53. A Secretaria de Saúde não dispõe de um plano operacional que oriente a execução das ações necessárias para atingimento dos objetivos e metas estabelecidos no Plano de Reorganização da APS no DF, à exceção da Saúde Prisional e da Atenção Integral aos Adolescentes em conflito com a lei (requisitos indispensáveis para que o DF fosse habilitado a receber incentivo Federal).

Causas

54. Falta priorizar a Atenção Básica de Saúde, nos termos comprometidos no item IV no título “DAS RESPONSABILIDADES” da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, no sentido de “*inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica*”.

Efeitos

55. A minguada execução do orçamento destinado às ações relacionadas à Atenção Básica dificulta a plena realização das atividades destinadas ao atendimento da população nessa diretriz de saúde. Mantendo-se o atual ritmo, em 2015, a SES ver-se-á obrigada a repactuar sua meta de cobertura, como o fez em 2009.

Considerações do Auditado

56. A resposta da SES foi encaminhada ao Tribunal por meio do Ofício nº 234/2013 – GAB/SES, protocolado em 29/01/2013 (fl. 421). Foram anexados ao ofício a Nota Técnica de Auditoria nº 05/2013 (fls. 424/452), da lavra da Controladoria da SES, bem como os documentos que subsidiaram a elaboração da referida Nota Técnica (fls. 453/534).

57. Sobre o Achado 1, em síntese, o gestor aponta melhorias na execução orçamentária da APS no exercício de 2012, tanto nas despesas correntes, exceto pessoal, quanto em investimento, com o atingimento de 57,24% da despesa liquidada sobre a autorizada (fl. 426).

58. Relativamente à **investimento**, no mesmo exercício, noticia incremento na execução, sendo executados 7,84% da despesa liquidada sobre a autorizada (fl. 426).

59. Quanto às **despesas correntes**, em 2012, informa que a execução orçamentária atingiu 67,7% da despesa liquidada sobre a autorizada. Assevera que o Programa de Trabalho destinado a adquirir e distribuir medicamentos para dispensação em APS atingiu 42,14% da despesa liquidada em relação à autorizada em 2012. Comprova os números mediante planilha elaborada pela Diretoria Executiva do Fundo de Saúde do Distrito Federal (fls. 427/428 e 484/488).



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: 566

Processo:
15282/2009

60. Credita a melhoria da execução orçamentária de 2012, em relação a 2011, ao “maior foco na regularização do abastecimento de medicamentos na rede pública de saúde do Distrito Federal”, tendo ocorrido “oficinas a fim de otimizar os fluxos de aquisição de medicamentos para abastecimento da rede do DF, sendo obtidos resultados como a redução do número medicamentos em falta.” (fl. 428).

61. Ainda, aduz que a problemática da aquisição insuficiente de medicamentos em 2011 deveu-se à criação da Central de Compras da Saúde, com a migração das atividades da Central de Compras da SEPLAN, aliado ao desconhecimento de questões administrativas pelos técnicos responsáveis pela elaboração do Termo de Referência. Alega que a transferência abrupta da responsabilidade e a necessidade de adequações à nova realidade impuseram entrave nos processos de aquisição, “fazendo com que não fossem realizados números de pregões suficientes que incluísse todos os medicamentos padronizados na SES/DF.” (fl. 427).

Posicionamento da equipe de auditoria

62. Os dados apresentados pela SES apontam a melhoria da execução orçamentária do exercício de 2012, em relação a 2011. No entanto, os resultados alcançados estão aquém das metas fixadas.

63. Conforme consignado no Quadro 1 deste Relatório, a cobertura da população pelo programa Estratégia Saúde da Família no exercício de 2011 foi de **13,19%**, enquanto a meta prevista no PPA era de 30%.

64. As informações constantes do Relatório Anual de Atividades do GDF, exercício 2012⁶, indicam avanço na cobertura do referido Programa, que alcançou **23,6%** da população. Por outro lado, a meta consignada no PPA para a Estratégia Saúde da Família no referido período seria de 50%, conforme Quadro 2 abaixo. Assim, a melhora na execução do orçamento não foi suficiente para o alcance da meta fixada para o Programa.

QUADRO 2

Metas PPA 2012/2015⁷

PPA 2012/2015 - Programa Tématico 6202 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde									
Denominação do Indicador	Unidade de Medida	Índice mais recente	Apurado em	Periodicidade de apuração	Desejado em				Fonte de Informação
					1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	
Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família	%	13,24	31/03/2011	anual	50	58	66	75	SIAB

65. Para o alcance das metas exige-se, entre outros, a ampliação do número de equipes, da rede de atendimento básico e dos insumos necessários para o

⁶ <http://www.seplan.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/acompanhamento-governamental/relatorios-de-atividades.html>, p.745. Acesso em 22/04/2013.

⁷ Decreto nº 34.148, de 13/02/2013, que altera e consolida os indicadores dos programas do Plano Plurianual quara o quadriênio 2012-2015. Disponível em http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2013/02_Fevereiro/DODF%20N%C2%BA%20033%2014-02-2013/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20033.pdf Acesso em 22/04/2013.



atendimento (medicamentos e equipamentos), requerendo, por conseguinte, elevação do percentual de execução do orçamento autorizado para a atenção básica à saúde.

66. Nesse contexto, apesar de a SES apresentar elementos que permitem concluir pela ampliação dos investimentos na rede (reformas em Unidades da Atenção Primária à Saúde) e dos gastos com aquisição de medicamentos para dispensação em atenção primária, verifica-se que os índices⁸ de execução dessas rubricas do orçamento, no montante de 7,84% e 42,14%, respectivamente, estão aquém do razoável, indicando que não houve cumprimento das metas, conforme critério apontado na auditoria.

67. Com efeito, necessária a atuação da SES para acelerar o processo de expansão gradual das ações e serviços, objetivando o alcance das metas fixadas no PPA.

Proposições

68. Por conseguinte, propõe-se determinar à SES que elabore Plano de Ação, em sessenta dias, para monitoramento desta Corte, objetivando ampliar a meta de cobertura da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, em razão de ter sido significativamente inferior ao previsto no PPA 2012/2015.

Benefícios Esperados

69. Melhoria da cobertura da população cadastrada.

2.1.2 Achado 2: Os dados cadastrais do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB estão desatualizados

Critério

70. Item XV do título “Das Responsabilidades” da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Análises e Evidências

71. Em três unidades visitadas, houve informações de que o SIAB não vem sendo alimentado por saturação da capacidade instalada. Considerando que a própria norma impõe que cada Agente Comunitário de Saúde atue em sua área de responsabilidade, que deve ter, no máximo, 750 pessoas, os casos excedentes não são registrados. Ainda que o atendimento dos agentes tenha ultrapassado esse número, em algumas unidades básicas existem áreas sem atendimento.

72. Para ilustrar, o Centro de Saúde da Estrutural e a Unidade Básica de Saúde Vila Estrutural possuem sete equipes, atendendo 21.248 pessoas. Estima-se que a população local seja de 40.000 pessoas. Além disso, existe demanda de atendimento de pessoas provenientes de uma invasão do Setor de Chácaras Santa Luzia que, segundo informações já passam de 5.000 pessoas. Essas pessoas, por estarem em área invadida, não estão em condições regulares de moradia e,

⁸ Percentual da despesa liquidada frente à despesa autorizada informado pela Secretaria.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: 568

Processo:
15282/2009

portanto, não são cadastradas, apesar disso, representam demanda espontânea nos serviços de saúde das unidades da Estrutural.

73. Outra dificuldade para manter o sistema atualizado é que não há acesso à Internet em diversas unidades de saúde, dificultando o envio dos dados ao SIAB. Em diversas unidades rurais não há acesso a Internet, sendo necessário o envio físico dos dados até um Centro de Saúde urbano. Foram encontrados roteadores, sem uso, demonstrando que, um dia, existiu acesso a Internet nestas unidades, como se vê nas fotos seguintes:

Foto 1: PSR Rua do Mato – Modem sem uso.



Foto 2: PSR Taquara – Roteador sem uso



Foto 3: PSR Catingueiro – Roteador sem uso.



74. Ademais, além de a alimentação dos dados no SIAB ser realizada manualmente pelos ACS, ela não é feita diariamente, mesmo nos casos em que há disponibilidade de Internet nas unidades de saúde.

75. Por sua vez, outros estados da federação já usam dispositivos móveis, semelhantes aos usados pelo IBGE, para manterem os dados do SIAB atualizados em tempo real, facilitando o acompanhamento das ações e evitando o retrabalho e a ocorrência de erros. Nesse sentido caminha, por exemplo, o Estado de Pernambuco.

Causas

76. A causa premente é a demanda maior que a capacidade de atendimento na APS. Indisponibilidade de sistema de transmissão de dados em diversas unidades de saúde.

Efeitos

77. O cadastramento parcial no SIAB da população atendida prejudica o acompanhamento das ações relativas à APS e o planejamento efetivo das necessidades locais de atendimento. Ausência de controle de produtividade dos ACS.

Considerações do Auditado

78. Mediante a Nota Técnica de Auditoria nº 05/2013, a SES informou que algumas Regionais de Saúde estão com sobrecarga de pessoas acompanhadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Dá notícia de orientação às Unidades de Atenção Primária à Saúde para que realizem ajustes com a redistribuição de famílias e a criação de novas equipes. Informa a realização de “Oficinas de Territorialização em algumas regionais para sanar este problema.” (fl. 428).



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: 569

Processo:
15282/2009

79. Esclarece que a população da Cidade Estrutural, baseada no Censo de 2010, é de 31.279 pessoas, incluídos os habitantes das Chácaras Santa Luzia. Dessa população, confirma o cadastramento no SIAB de 21.001 pessoas para 35 ACS, com média de 600 pessoas por ACS (fl. 428).

80. Quanto à atualização cadastral do SIAB, informa que não é necessária a utilização de internet. Ainda, que a atualização ocorre diariamente pelo ACS em planilha física quando da visita à família, e que ao menos uma vez ao mês os dados são inseridos no sistema, com a utilização do computador por até três equipes.

Posicionamento da equipe de auditoria

81. A SES admite que, em algumas regionais, o atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde ultrapassa 750 pessoas, confirmando, portanto, o Achado no sentido de que o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB não vem sendo alimentado corretamente, por saturação da capacidade de acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Os dados da população da Cidade Estrutural apontam que a demanda espontânea por serviços básicos de saúde é maior que a capacidade de atendimento dos ACS, implicando a ausência de registros no referido Sistema.

82. Causa estranheza a afirmação de desnecessidade de utilização de Internet para atualização dos dados. Sendo o SIAB um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em ambiente *web*, cujo objetivo centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica, faz-se necessário seu uso com dados atualizados a fim de permitir a tomada de decisões pelos gestores nacional e local. Nesse cenário, importante que a SES adote medidas para disponibilizar às Unidades Básicas de Saúde conexão via Internet, onde haja viabilidade técnica.

Proposições

83. Sugere-se recomendar à SES que:

- a) promova a redistribuição dos Agentes Comunitários de Saúde ou amplie o quantitativo de equipes do Estratégia Saúde da Família, de modo a evitar sobrecarga de pessoas atendidas por ACS e a inadequação dos registros no SIAB, em face da limitação de atendimento de 750 pessoas por ACS;
- b) disponibilize às Unidades Básicas de Saúde, onde haja viabilidade técnica, conexões via Internet e retire das demais os equipamentos não utilizados pela falta de uso;

Benefícios Esperados

84. Dados confiáveis para traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população assistida, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pelas equipes.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: 570

Processo:
15282/2009

2.2 Questão 2: As ações básicas são efetivamente colocadas à disposição da população?

As ações relativas à dispensação de medicamentos à população atendida nas UBS ficaram prejudicadas pela falta de medicamentos nas unidades, comprometendo as ações de saúde pública.

2.2.1 Achado 3: A SES não garante medicamentos suficientes para as UBS.

Critério

85. Item XI do título “Das Responsabilidades” da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Análises e Evidências

86. Em todas as unidades básica de saúde foi registrado que estão faltando medicamentos. Além das informações obtidas por meio de entrevistas, foram encontradas relações de medicamentos em falta, anexadas à porta da dispensação. Essas listas servem para evitar que o usuário fique na fila desnecessariamente. Exemplos do fato foram consignados no Centro de Saúde nºs 05 e 12 da Ceilândia. Em outras unidades, as caixas debruçadas indicam que estão vazias demonstrando a ausência de medicamentos. As fotos abaixo ilustram a problemática.

Foto 4: CCS 12– medicamentos em falta

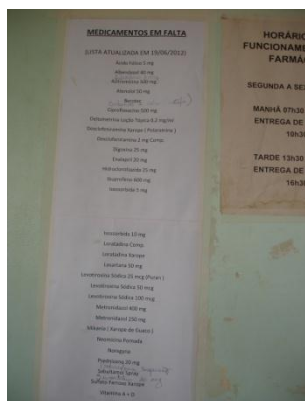


Foto 5: CCS 05– medicamentos em falta

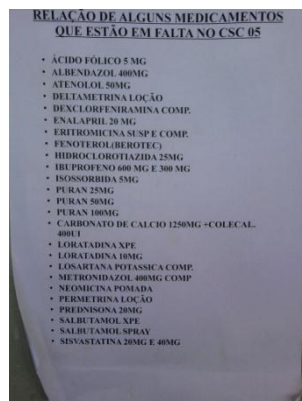


Foto 6: UBS Santa Maria 1– Caixas de medicamentos vazias.



87. Ademais, na visita ao Centro de Saúde nº 12, na Ceilândia (CSC-12), a rotina de exames para toxoplasmose estava suspensa por falta de reagente, a toxoplasmose é uma doença que pode ser transmitida ao feto, com sérias consequências, se a mãe infectada pelo protozoário não receber tratamento tempestivamente (fl. 359).

Causas

88. Deficiência no processo de seleção, programação e aquisição de medicamentos da rede pública de saúde. Registra-se que o assunto é objeto de Auditoria no Processo nº 5.504/11, cujo Relatório Prévio de Auditoria já foi concluído e encaminhado para a SES, para apresentação de considerações, nos termos da Decisão nº 1331/2013.



Efeitos

89. Além de causar transtornos para a população, os tratamentos ficam comprometidos, sob o risco, inclusive, de afetar futuras gerações, como é o caso da falta de reagente para exame de toxoplasmose.

Considerações do Auditado

90. A SES encaminha as considerações apresentando o ciclo da Assistência Farmacêutica, que tem início na Gerência de Programação – GEPRO, então vinculada à Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIASF, da Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS, mediante solicitação de aquisição de todos os medicamentos e produtos padronizados para a saúde (fl. 429).

91. Assevera que, no período de fevereiro de 2008 a dezembro de 2011, a GEPRO passou a fazer parte da estrutura administrativa da Unidade de Administração Geral – UAG, atual SUAG, o que teria fragmentado o ciclo da Assistência Farmacêutica no período, com comprometimento das etapas de programação e aquisição de medicamentos, propiciando, por exemplo, a falta de reagentes para exame de toxoplasmose (fl. 430).

92. Acrescenta que, com a nova estrutura administrativa promovida pelo Decreto nº 33.384/2011, a GEPRO voltou a se subordinar à DIASF, reestruturada e dotada de mais dez servidores farmacêuticos, o que teria trazido melhorias na etapa de programação do ciclo da Assistência Farmacêutica (fl. 430).

93. Não obstante, ressalta que, para o sucesso na etapa de programação, o sistema informatizado deve apresentar dados fidedignos, o que fica comprometido pela deficiência de servidores, em número e qualificação, responsáveis pelos registros e pela inadequação do sistema de gestão de estoque, que se mostra falho diante das necessidades da SES. Para tanto, defende o acréscimo de servidores nas farmácias da SES, notadamente técnicos em farmácia, bem como a necessidade de informatização total da rede pública de saúde do Distrito Federal, incluindo todos os setores dos hospitais e todos os centros de saúde (fl. 431).

Posicionamento da equipe de auditoria

94. O Relatório de Auditoria aponta a falta de medicamentos em todas as unidades de saúde visitadas, o que causa transtornos para a população e compromete as ações de saúde pública.

95. A falta de medicamentos reconhecida pela SES nas unidades da Atenção Primária à Saúde se insere em uma problemática maior, qual seja deficiências em diversas etapas do Ciclo Farmacêutico, a exemplo da carência de servidores, da falta de dados fidedignos para a gestão e da necessidade de informatização da rede.

96. Lamentavelmente, mesmo estando ciente dessas deficiências, a SES pouco informou sobre as medidas concretas adotadas com vistas a melhoria da gestão de medicamentos e produtos médico-hospitalares.

97. Os processos nºs 5.504/2011 e 34.859/2010 tratam da avaliação da Política de Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria de Saúde. O primeiro



encontra-se aguardando a manifestação da Secretaria de Saúde acerca dos Achados constantes do Relatório Prévio de Auditoria. O segundo encontra-se no Gabinete da Conselheira Anilcéia Machado para apreciação e relato no tocante ao Levantamento Preliminar de Auditoria.

98. Assim, as mencionadas fiscalizações irão permitir o exame sistêmico e atualizado dos procedimentos das etapas de Seleção, Programação e Aquisição, Armazenagem, Distribuição e Dispensação de medicamentos e produtos padronizados, e a propositura de futuras sugestões com vistas ao saneamento da questão.

99. Não obstante os resultados a serem perseguidos pelas referidas Auditorias, urge determinar à SES a adoção de medidas para abastecimento das unidades básicas de saúde com medicamentos constantes da Relação de Medicamentos - REME.

Proposições

100. Sugere-se recomendar à SES que abasteça, de forma imediata e ininterrupta, as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal com os medicamentos constantes da Relação de Medicamentos – REME/DF.

Benefícios Esperados

101. Evitar transtornos para a população.

2.3 Questão 3: Qual o potencial produtivo das unidades instaladas?

Foram constatadas divergências na jornada de trabalho de profissionais; deficiências na capacitação de servidores pela não utilização de recursos federais; instalações e equipamentos não satisfatórios às necessidades, impossibilitando a aferição do potencial produtivo.

2.3.1 Achado 4: A SES estoca nas UBS equipamentos novos, incompatíveis com as necessidades do local.

Critério

102. Inciso I do art. 6º do Decreto-Lei nº 200/1967.

Análises e Evidências

103. Alguns Agentes Comunitários relataram que foram adquiridos equipamentos de segurança pessoal, tais como uniformes, tênis, bicicletas e outras ferramentas, sem que os ACS fossem ouvidos para conhecimento de suas necessidades. Segundo relatado, os equipamentos eram de qualidade duvidosa. Algumas bicicletas quebraram logo que distribuídas, com isso, outros ACS se recusaram a assinar o termo de posse e responsabilidade. Assim, os equipamentos ficaram sem serventia. Foram encontradas bicicletas ainda com o plástico do fabricante (ver foto).

104. Foi encontrado aparato médico ideal para organizações médicas de maior porte (Negatoscópio), equipamento usado para observação de negativos e chapas



radiográficas. Embora os Negatoscópios possam ser úteis à ESF, estão sem utilidade ou subutilizados. As razões são diversas, uma delas é que não existe disposição apropriada nas redes elétricas para instalá-los.

105. Ainda, durante as visitas realizadas, notadamente no último dia, nos foi informado que a Secretaria de Saúde, por meio do Hospital Regional de Planaltina, enviou para as unidades de saúde equipamentos utilizados especificamente em cirurgias de grande porte (Aspirador Cirúrgico), cuja finalidade é incompatível com as ações da Atenção Básica. Após a primeira informação a respeito do recebimento dos aparelhos, dada pela UBS Vale do Amanhecer, verificou-se que outras unidades também possuíam os equipamentos (PSR Taquara e UBS Vila do Boa, com equipamento proveniente do Hospital Regional de São Sebastião). Merece destaque que os aparelhos, modelos Aspiratex GIM-6005-C2 e Olidef A45 Plus, encontrados nas unidades, são novos, sem uso e nenhum termo de recebimento foi fornecido aos servidores e funcionários das unidades de saúde.

Foto 7: UBS Vila do Boa – Aspirador sem uso



Foto 8: UBS Vale do Amanhecer – Aspirador sem uso.



Foto 9: UBS Vila Nova – Bicicleta embalada.

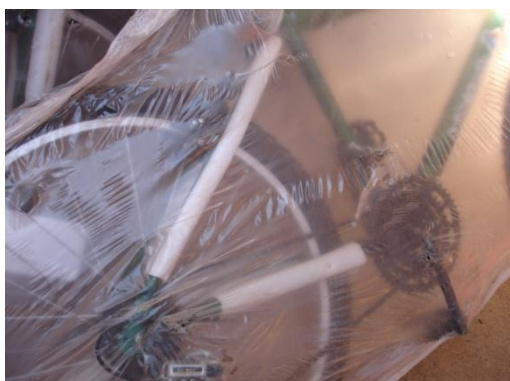


Foto 10: UBS Vila do Boa – Negatoscópios sem uso.





Causas

106. Falta de planejamento que permita conhecer antecipadamente as necessidades das unidades básicas de saúde.

Efeitos

107. Equipamentos sem uso. Necessidades, não satisfeitas, de outros equipamentos mais importantes para as unidades de saúde.

Considerações do Auditado

108. Com relação ao Achado nº 4, assim se manifestou a SES pela Nota Técnica de Auditoria nº 05/2013:

“Salientamos que todos os equipamentos adquiridos são baseados nas necessidades e demandas das regionais de saúde, de acordo com as competências da APS previstas nas políticas públicas de saúde, como a rede de urgência e emergência (portaria do MS 1.600/2011), bem como o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Ministério da Saúde, 2008” (fl. 431)

Posicionamento da equipe de auditoria

109. A lacônica resposta da SES não foi capaz de refutar a pertinência do Achado 4 da Auditoria. O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde⁹ não prevê Aspirador Cirúrgico no rol de mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis para uso em UBS.

110. A alocação não prioritária de recursos materiais e logísticos pode acarretar a redução da capacidade de atendimento devido à falta ou à subutilização de equipamentos, como atestam os registros fotográficos.

Proposições

111. Recomendar à SES que identifique a existência de equipamentos médico-hospitalares não utilizados em UBS por inadequação das instalações, ou ainda, incompatíveis com as ações das UBS, para que adote medidas corretivas objetivando coibir a ociosidade desses equipamentos.

Benefícios Esperados

112. Aumentar a capacidade de atendimento nas UBS e a melhoria de gerenciamento dos atores envolvidos no processo.

2.3.2 Achado 5: A SES não assegura Equipes Completas, nem jornada mínima dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família.

Critérios

113. Incisos I a V “Itens Necessários à Estratégia Saúde da Família” e XVI “das Competências das Secretarias de Saúde” da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

⁹ Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf, p.46-47. Acesso em 26/04/2013.



Análises e Evidências

114. A Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece que as equipes de estratégia Saúde da Família, para serem reconhecidas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), devem contar com equipe multiprofissional, composta por Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde¹⁰, e, ainda, que os membros da equipe, exceto Médicos, tenham jornada de trabalho de 40 horas semanais¹¹.

115. Embora a SES tenha informado à equipe de auditoria a existência de 24 equipes da Estratégia Saúde da Família, na Regional Ceilândia, 62% (15 unidades) dessas se enquadram na conhecida estratégia transitória do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e apenas 38% (9 unidades) das 24 equipes informadas pela SES, na Ceilândia, enquadram-se nos critérios adotados pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com médicos e profissionais de enfermagem (fl.309).

116. Ainda assim, dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 6 (seis) foram reprovados, nos termos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, por não contarem com profissionais de enfermagem com jornada de 40 horas, quais sejam: PACS 04, 06, 12, 15, 20 e 23, correspondentes às equipes 41, 43, 49, 52, 57 e 60 (fls. 215, 218, 221/222).

117. Também, dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) duas equipes foram reprovadas: o PSR Boa Esperança e a ESF 18, ambas por não disporem de nenhum dos profissionais da área de saúde imprescindíveis para a Estratégia: Médicos, Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem (fls. 214 e 220).

118. Além disso, as equipes não cadastradas no CNES, por não contarem com Enfermeira com jornada de 40 horas, têm como profissional responsável Enfermeira de outra equipe, gerando informalidade nas relações jurídicas. A título de exemplo, consta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES¹², período julho/2012, que as equipes 66 e 68, todas vinculadas ao Centro de Saúde 12 da Ceilândia, teriam como Enfermeiros cadastrados as servidoras Andréia A. Mendonça e Valdelice B. Santos, respectivamente. Não obstante, tais profissionais eram também responsáveis por outras equipes, que possuíam, apenas, Enfermeiros com carga horária de 20h. (fls. 361 e 363).

¹⁰ Podem ser acrescidos a esta composição os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e técnico em saúde bucal).

¹¹ Portaria MS nº 2.488/2011:

[...]São itens necessários à estratégia Saúde da Família

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. (grifou-se)

¹² Consultas no endereço: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes_Unidades_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=5300402617293&VMun=530040



119. Profissionais de enfermagem cumprindo apenas 20 horas na Estratégia foram registrados também nos Centros de Saúde nºs 08 e 09, da Ceilândia, o que não exaure as situações encontradas. Não é demais lembrar que a jornada de trabalho reduzida dos Enfermeiros repercute no efetivo controle das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, pois a eles cabe supervisionar o trabalho dos ACS.

120. Um caso ilustrativo da falta de controle das visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde foi encontrado em Santa Maria: uma moradora da área de abrangência procurou a Equipe de Saúde da Família, tendo aos braços sua filha recém-nascida. Os Profissionais da Equipe observaram, então, que ela não constava do cadastro e não tinha sido atendida durante o pré-natal. Isso demonstra que não houve visita dos ACS em sua residência.

121. A falta de profissionais não se restringe a médico ou enfermeiros, um exemplo concreto: embora o PSR Nova Betânia (São Sebastião) seja classificado como ESF modalidade II, com saúde bucal, não consta sua aprovação no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, por falta de todos profissionais que caracterizam a ESF modalidade II: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Odontólogo e Técnicos de Higiene Dental (fls. 279).

122. Sem a pretensão de exaurir as situações que não se coadunam com as regras, não se pode olvidar que em 100% das unidades visitadas há registros de que o quantitativo de agentes comunitários é insuficiente para atender a área de abrangência.

Causas

123. Apesar de as 40 horas semanais serem a regra, a SES tem criado mecanismos para redirecionar profissionais Enfermeiros imprescindíveis à Estratégia para as unidades de atendimento de média complexidade (Portaria de 17 de março de 2011 - fl.195).

124. A causa de ponta é a falta de profissionais de saúde em geral. Porém, sem concurso específico para profissionais da ESF, os que se dispõem a trabalhar na Estratégia se vêm compelidos a aceitar o que lhes é imposto, contrariando, inclusive, amplos estudos nacionais e internacionais, promovidos pelo Ministério da Saúde, CONASS, Conasems, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), no sentido de que o *“nó crítico da estratégia é a falta de médicos de família e comunidade”*.

125. Nesse aspecto, o volume 3 *“Atenção Primária e Promoção da Saúde”*¹³ da Coleção para entender a Gestão do SUS 2011, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, é enfático ao destacar que o reconhecimento dos profissionais da estratégia é fundamental não só para fixá-los na comunidade, como para viabilizar os princípios da Atenção Básica. Devendo os gestores, inclusive, atentarem para formas de contratação que *“garantam a perenidade dos profissionais da APS”*, com adoção de planos de carreira e remuneração adequados para todos os profissionais da ESF.

¹³ http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf



Efeitos

126. Os poucos profissionais qualificados que se candidatam a ocupar os cargos na estratégia são dissuadidos a seguir outro caminho, em outros níveis de atenção à Saúde, comprometendo o atendimento de ponta da população. Nesse sentido, médicos entrevistados afirmaram que a Portaria nº 75/2012/SES tem lhes trazido sérios transtornos, pois apesar de prestarem os serviços no pronto socorro dos hospitais, só constam das escalas da Atenção Básica. Assim, o tempo que estão no hospital não é considerado para avaliar suas produtividades na ESF (fl. 200).

127. Isso, de alguma forma se confirma nos dados estatísticos apresentados no citado Relatório de Atividades de 2011, que indicam decréscimo no número de visitas domiciliares de médicos no ano de 2011. Desconsiderando o quarto trimestre, uma vez que os dados são de novembro, observa-se que as visitas domiciliares desses profissionais caíram do patamar de 5.148, no primeiro trimestre de 2011, para 3.873 no terceiro trimestre. Conforme demonstrado a seguir (fls. 180 v.):

QUADRO 3

Dados estatísticos relativos a
Equipes de Saúde de Família e de Agentes Comunitários de Saúde

Quantitativo	2011			
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Equipes de Saúde Familiar - ESF	120	115	110	110
Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS	70	74	75	72
Equipes de Saúde Bucal	21	23	22	21
Nº de Pessoas Cadastradas	732.441	754.510	706.781	755.579
Visita domiciliar de médico	5.148	5.610	3.873	1.854
Visita domiciliar do enfermeiro	14.714	16.159	14.299	5.904
Consulta de médico	84.047	89.799	82.328	45.805
Consulta de enfermeiro	60.619	74.539	70.271	34.579
Visita domiciliar dos ACS	361.291	374.818	323.882	217.064
Reuniões	1.611	2.082	1.853	1.093
Procedimentos	189.306	211.227	148.239	57.783
Visita domiciliar do Auxiliar de enfermagem	11.391	16.742	13.705	3.492

(*) até novembro de 2011.

Considerações do Auditado

128. A SES reconhece que, à época da auditoria, algumas equipes da Estratégia de Saúde da Família, Regional Ceilândia, não estavam registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), pois os profissionais Enfermeiros não atuavam com jornada de 40 horas semanais. Alega, contudo, ter regularizado a jornada de trabalho dos enfermeiros em novembro de 2012 (fl. 432).

129. Reconhece a necessidade de ampliação da cobertura da Atenção Primária de Saúde e noticia o aumento, em 2012, do número de profissionais Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, bem como a ampliação da carga horária de Cirurgiões Dentistas, Técnicos de Higiene Dental, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Farmacêuticos, Técnicos Administrativos, Psicólogos e Nutricionistas. Essas ações teria elevado o número de equipes de ESF para 182 (fls. 433 e 489).

130. Cientes da dificuldade de fixação de profissionais na APS, principalmente Médicos, a SES informou que investiu na Residência de Medicina de Família e Comunidade como estratégia já comprovada de fixação dos profissionais nos serviços.



131. Por fim, esclarece que o redirecionamento da carga horária dos Médicos para atividade diversa da Estratégia Saúde da Família está em consonância com a Portaria nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. (fl. 433).

Posicionamento da equipe de auditoria

132. Os argumentos expostos pela SES são incapazes de infirmar o Achado de Auditoria. Malgrado a informação de aumento do número de profissionais e de equipes, o fato é que a Atenção Primária de Saúde é desprovida de equipes suficientes para atendimento da população alvo, conforme retratado no Achado 1. Não há concurso público específico para profissionais da ESF, com adoção de planos de carreira e remuneração, moradores da própria comunidade de atuação, como recomendam estudos nacionais e internacionais (§§ 122/123 deste Relatório).

133. A questão da jornada de trabalho reduzida dos profissionais não foi esclarecida pela SES, mormente os enfermeiros que cumprem apenas 20 horas semanais na ESF, em desconformidade com a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde, que prevê 40 horas semanais.

Proposições

134. Considerando que o alcance das metas fixadas para a Estratégia Saúde da Família passará necessariamente pela ampliação do quantitativo de equipes, assunto tratado no Achado 1, propõe-se, apenas, que recomende à SES que reavalie a carga horária dos servidores alocados na Estratégia Saúde da Família, para que todos atendam a jornada de trabalho fixada pela Portaria MS nº 2.488/2011.

Benefícios Esperados

135. Valorização profissional dos servidores lotados na ESF. Melhoria no atendimento das UBS.

2.3.3 Achado 6: A SES não utiliza dos recursos federais disponibilizados para educação continuada aos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Critério

136. Item VIII do título “Das Responsabilidades” da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e Portaria MS nº 2.662/2008.

Análises e Evidências

137. O Ministério da Saúde instituiu financiamento federal para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, nos termos da Portaria MS Nº 2.662, de 11 de novembro de 2008, porém, observou-se no Plano de Contingência para Enfrentamento de uma Possível Epidemia de Dengue¹⁴, elaborado em 2011 pela SES, que a última capacitação para os Agentes comunitários ocorreu em 2008.

138. Ou seja, inobstante a disponibilização de recursos federais para a

¹⁴ <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00010481.pdf>. Consultado em 29/08/2012.



capacitação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, a Secretaria não adota medidas para garantir o recebimento desses recursos.

Causas

139. A SES ignora os termos da Portaria Nº 2.662, de 11 de novembro de 2008, que instituiu financiamento federal para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

Efeitos

140. A SES deixa de receber recursos federais para qualificar os servidores da ESF. Não promove as ações necessárias para receber os recursos do Governo Federal, calculados com base no custo unitário (DF R\$ 700,00) multiplicado pelo número de Agentes Comunitários de Saúde, indicados no projeto de formação.

Considerações do Auditado

141. A SES informa que promoveu a qualificação contínua dos profissionais que atuam na Atenção Primária da Saúde - APS, por meio da oferta constante das diferentes modalidades de Educação em Saúde, contemplando programas presenciais e a distância, em temas relevantes, conforme a necessidade do local.

142. Em resumo, a SES informa ter qualificado 7.085 profissionais da APS em 2012. Alega apoiar, incentivar e manter parcerias com instituições como FEPECS, UNASUS e ETESB com vistas à capacitação voltada aos profissionais lotados na APS.

Posicionamento da equipe de auditoria

143. O Achado 6 da Auditoria diz respeito à inércia da SES em se beneficiar de recursos do Governo Federal para a qualificação dos profissionais que atuam na APS. Em resposta, nada se aborda sobre financiamento federal para a formação de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, nos termos da Portaria nº 2.662/2008 do Ministério da Saúde. As ações de qualificação que alega ter executado se deram, quase que exclusivamente, com recursos do Tesouro Distrital.

144. Em consulta ao SIGGO, Programa de Trabalho nº 10.301.6202.4088.0088 (Capacitação de servidores – qualificação dos profissionais da atenção primária em saúde), fonte 138 (Recursos do SUS), verifica-se que a despesa autorizada no exercício de 2012 foi de R\$ 3.471.680,00, enquanto os valores empenhado e liquidado corresponderam, respectivamente, a R\$ 85.428,41 e a R\$ 71.838,41, ou seja, apenas 2% dos recursos disponibilizados pelo Governo Federal foram utilizados na capacitação dos servidores da Atenção Primária em Saúde.

145. Assim, em que pese os dados relativos aos treinamentos realizados em 2012, é inegável a ausência de medidas, por parte da SES, a fim de garantir a boa aplicação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para capacitação dos servidores que atuam na APS, de modo a propiciar a melhoria das ações de saúde.

Proposições

146. Nesse sentido, sugere-se recomendar à SES que, ao realizar eventos de capacitação dos servidores que atuam na Atenção Primária em Saúde, procure



utilizar os recursos federais disponíveis para essa finalidade.

Benefícios Esperados

147. Aumento do volume de recursos para capacitação dos servidores. Valorização profissional dos ACS.

2.3.4 Achado 7: A SES não obedece às normas sanitárias no que diz respeito às estruturas e aos equipamentos das UBS.

Critério

148. Capítulo “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica” da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Análises e Evidências

149. Dentre as 34 unidades visitadas, em cerca de 15 foram encontradas condições físicas extremamente precárias e insalubres, incompatíveis com a atividade de saúde: paredes rachadas, infiltradas e mofadas. Os consultórios também não têm ventilação, nem iluminação. Além disso, devido às infiltrações, as lâmpadas estouram e precisam ser repostas às expensas dos servidores, visto que não há fornecimento de lâmpadas para a maioria das unidades visitadas.

150. As fotos a seguir, como todas as demais registradas neste Relatório, são apenas ilustrativas, pois não esgotam as irregularidades encontradas.

Foto 11: UBS Bosque 2 – paredes mofadas



Foto 12: UBS Bosque 2 – lâmpada estourada



Foto 13: UBS Bosque 2 – paredes com esparadrapos.



151. Na UBS Vila do Boa, o material de limpeza é guardado no teto da área externa, sujeito a ser furtado. No PSR Nova Betânia, além do esgoto da cozinha correr a céu aberto, a Caixa d'água está quebrada.



Foto 14: PSR Nova Betânia – esgoto a céu aberto.	Foto 15: UBS Vila do Boa – armazenagem de material de limpeza	Foto 16: PSR Nova Betânia – Caixa d'água quebrada.
		

152. No PSR Taquara, além de não haver pia na enfermaria, solicitação antiga da unidade segundo o médico local, um banheiro serve também de área de serviço, tudo ao mesmo tempo. Na UBS Vale do Amanhecer, o lixo hospitalar fica na sala de espera, junto ao público. É o que assinala as fotos a seguir.

Foto 17: PSR Taquara – enfermaria sem pia.

Foto 18: PSR Rua do Mato – Banheiro inoperante.

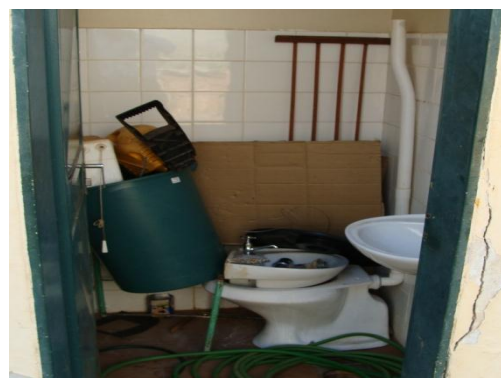
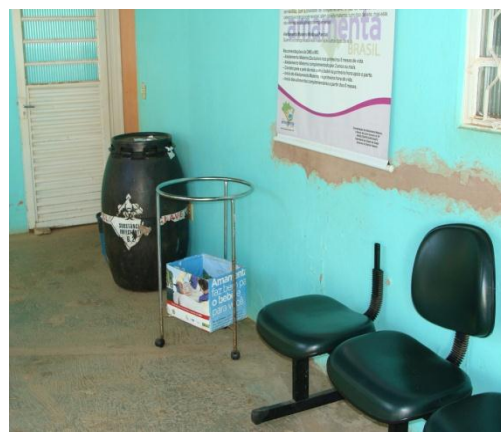
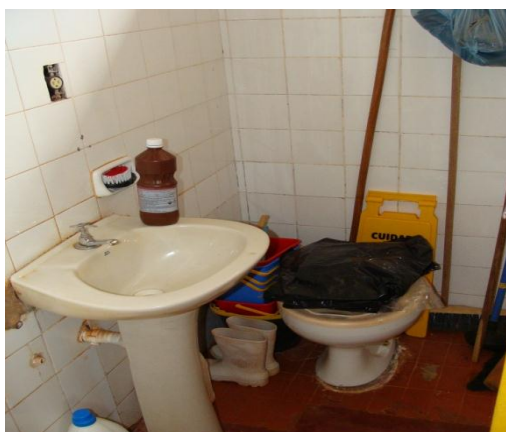


Foto 19: PSR Taquara – Banheiro e área de serviço ao mesmo tempo.

Foto 20: UBS Vale do Amanhecer – lixo hospitalar em sala de espera





153. Em situação caótica encontra-se a UBS da Vila Estrutural que funciona em uma loja alugada. Mais parece um galpão dividido a meia parede, de modo que o ar circulante é único e tudo se mistura, recepção, sala de acolhimento, copa, consultório, arquivos, comprometendo a privacidade dos diagnósticos.

Foto 21: UBS Vila Estrutural UBS Galpão



Foto 22: UBS Vila Estrutural – teto mofado



154. Ainda na Vila Estrutural, a copa/cozinha é improvisada. O ambiente é escuro e sem ventilação.

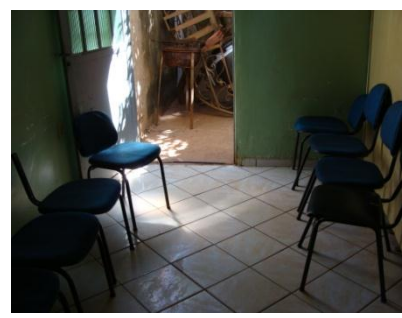
Foto 23: UBS Vila Estrutural – copa/cozinha improvisada



Foto 24: UBS Vila Estrutural – ambiente sem ventilação



Foto 25: UBS Vila Estrutural – ambiente sem claridade



155. De regra, as recepções e os locais para arquivos e registros são inapropriados. Por exemplo, para otimizar espaços, o arquivo com os prontuários dos pacientes do Residencial do Bosque II foi colocado em área molhada, bem próximo ao tanque de lavar roupa. No Centro de Saúde 1 – Vila Nova, o arquivo está exposto às intempéries, em área aberta e na Vila do Boa fica na cozinha e está todo enferrujado e empenado.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: 583

Processo:
15282/2009

Foto 26: UBS Bosque II – Arquivo na cozinha/área molhada
Foto 27: Centro de Saúde 1 – Arquivo em área molhada
Foto 28: Centro de Saúde Vila Nova – Arquivo às intempéries



156. Não bastasse, no Centro de Saúde 12, da Ceilândia, foi improvisado um consultório onde antes eram dois banheiros públicos paralelos, a única obra efetiva foi tirar a parede central e os vasos sanitários. As fotos a seguir mostram o consultório visto pelo lado de fora e pelo de dentro.

Foto 29: CCS 12 – banheiro/consultório

Foto 30: CCS 12 – banheiro/consultório



157. Nas visitas realizadas, percebeu-se que poucas unidades têm salas de vacinação, mas essas dificilmente possuem geladeiras próprias para vacina. As áreas para dispensação e armazenamento de medicamentos também são inapropriadas.

158. Embora a SES tenha reformado algumas áreas, essas manutenções ficaram restritas aos Centros de Saúde e não alcançaram as Unidades Básicas de



Saúde, que, de regra, são alugadas. Com isso, algumas equipes profissionais, em lugar de estarem atendendo nas UBS estão nos Centros, cujas áreas físicas são subdimensionadas para acolher o pessoal da ESF. Tanto que, em algumas unidades visitadas não existem salas de enfermagem (8 unidades), consultórios com sanitário (20 unidades), salas multiprofissionais de acolhimento à demanda espontânea (somente encontrado em Centros de Saúde), salas de administração e gerência (todas) e salas de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica (encontrado somente em duas unidades).

159. A propósito, cumpre informar que foram registradas ocorrências de que a SES/DF não tem honrado seus compromissos de aluguéis, o que tem resultado em despejo de unidades, fazendo com que mais de uma equipe ocupe o mesmo espaço físico.

160. Isso tem agravado ainda mais a situação de outras unidades que já estavam instaladas em condições precárias e que agora se veem obrigadas a cederem espaço para as unidades despejadas. Um exemplo concreto, a UBS São Francisco e a UBS SÃO JOSÉ ocupam o mesmo espaço em razão do despejo da UBS São José, há cerca de quatro anos.

161. Outro fato ilustrativo, a unidade Residencial do Bosque II, em São Sebastião, improvisou um abrigo, nos fundos, para instalar a Equipe Vila Nova, também despejada. Esta equipe está em dois cômodos, em condições piores do que a unidade que a acolheu: paredes rachadas, infiltradas e mofadas, com relatos de que ratos foram vistos no local.

162. A falta de pagamento de aluguel pode ser comprovada por meio do Ação Judicial nº 2012.01.1.018484-5, que tramita na Terceira Vara da Fazenda Pública do DF, tendo como objeto ação de despejo em desfavor do DF, pela ocupação do PSU VILA NOVA, em São Sebastião.

Causas

163. Insuficiência de investimento em manutenção e reforma de imóveis destinados às Unidades Básicas de Saúde.

Efeitos

164. Atendimento precário da população. Exposição de pacientes aos riscos de contraírem doenças tais como a leptospirose, peste bubônica, tifo triquinose, salmoneloses, sarnas e micoses.

Considerações do Auditado

165. Relativamente a aluguéis de imóveis destinados a acolher unidades da ESF, a SES dá notícia da dificuldade de locação de imóveis em áreas com pendências de regularização fundiária, como em São Sebastião e Cidade Estrutural. Alega buscar soluções mediante alterações de normas e outras alternativas como ocupação de espaços cedidos gratuitamente por outros Órgãos ou associações de moradores (fls. 435/436).

166. Ressalta-se que alguns imóveis foram alugados com base no extinto convênio firmado com Fundação Zerbini, que tiveram sequência com fundamento na continuidade dos serviços públicos. Ressalta-se, ainda, que a informalidade



decorrente da ausência de contrato gera transtornos, como a impossibilidade de realizar reformas, atrasos no pagamento de aluguéis, falta de reajustes nos valores e equipes trabalhando em condições inadequadas.

167. Quanto à construção, ampliação e reforma, diz ter projetos para construção de Clínicas da Família, mas esbarra na questão da falta de terrenos regularizados. Apresenta lista de unidades construídas em 2012, em construção e a construir, a ampliar e a reformar (fls. 435/448).

168. Nesse sentido, apresentam-se, em síntese, as seguintes medidas em andamento com a finalidade de melhoria das instalações:

- a. celebração de novos contratos de aluguel, nos termos do Decreto nº 33.788/2012 (**oito** processos em andamento);
- b. ocupação de espaços cedidos gratuitamente por associações ou por outros órgãos do governo, a exemplo de centros olímpicos - Secretaria de Esportes e CAIC - Secretaria de Educação (**seis** processos em andamento);
- c. construção de Clínicas da Família com a finalidade de melhoria e expansão da cobertura da Estratégia em Saúde da Família. Apresenta como obstáculo a indisponibilidade de terrenos para construção de unidades em áreas de grande demanda, seja em razão da não regularização de terrenos ou de tamanho inadequado para as necessidades. Informa que estão em andamento **trinta e oito** propostas no Ministério da Saúde, sendo que cinco unidades foram inauguradas em 2012; quatro estão em construção, com previsão de entrega para o corrente exercício; quatro estão com as obras definidas, a serem iniciadas e treze já possuem endereço definido para construção;
- d. construção de Academia da Saúde, inserido na Atenção Básica da Saúde, com a finalidade de ampliar a qualidade de atendimento da população. Para tanto, encontram-se cadastradas no Ministério da Saúde **dezesesseis** propostas para recebimento de recursos federais, sendo que cinco estão em fase de aprovação de projeto da planta;
- e. ampliação e reforma de Postos de Saúde Urbano, Rural e Centros de Saúde – informa que foram cadastradas **sessenta e uma** propostas de ampliação e **duas** propostas de reforma de unidades Básicas de Saúde no Ministério da Saúde, sendo priorizadas treze propostas que já receberam recursos federais e estão em fase de elaboração de projetos. Além disso, foram autuados **cinquenta** processos para reformas de unidades, sendo que dezesseis já foram concluídas.

Posicionamento da equipe de auditoria

169. Pelo teor da resposta, infere-se que persistem as condições inadequadas de infraestrutura para os profissionais e população atendida nas Unidades Básicas de Saúde, o que confirma o Achado de Auditoria.



170. Problemática maior apontada pela SES reside na dificuldade de ocupação de terrenos para instalação de novas unidades e de locação de imóveis em áreas não regularizadas. Com efeito, caberia à SES articular-se com outros órgãos do DF, a exemplo da Secretaria de Habitação, Regularização e Desenvolvimento Urbano do DF (SEDHAB) e da Agência de Desenvolvimento Urbano do DF (TERRACAP), no sentido de buscar terrenos regularizados para a instalação de Unidades Básicas de Saúde.

171. Quanto à existência de contrato informal de aluguel, deveria a SES adotar medidas urgentes com vistas a regularização dos ajustes.

172. Não obstante as questões acima, não se pode olvidar que a SES apresenta, em síntese, 167 medidas (fls. 436/448) com vistas a reverter a situação indesejável das condições sanitárias dos imóveis, o que, por si só, dispensaria, nesse momento, a expedição de recomendações à jurisdicionada.

173. Por outro lado, as fiscalizações anteriores indicam que a SES possui dificuldades em elaborar e executar projetos de engenharia, em razão de limitações quantitativa de recursos humanos. Nesse sentido, propõe-se determinar à SES a elaboração de Plano de Ação, no prazo de 60 (sessenta) dias, para monitoramento desta Corte, com vistas à adequação das instalações físicas das UBS às normas sanitárias, tendo como referência a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

Proposições

174. Com efeito, propõe-se determinar à SES a elaboração de Plano de Ação, no prazo de 60 (sessenta) dias, para monitoramento desta Corte, com vistas à adequação das instalações físicas das UBS às normas sanitárias, tendo como referência a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

Benefícios Esperados

175. Melhoria nas instalações físicas das UBS, com o consequente atendimento satisfatório da população.

2.3.5 Achado 8: Faltam equipamentos médico-hospitalares e móveis nas UBS.

Critério

176. Capítulo “Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica” da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

Análises e Evidências

177. Foi verificada falta de equipamentos médico-hospitalares, notadamente balanças, nebulizadores, oftalmoscópios, geladeiras para vacinas, glicosímetros, otoscópios e impressoras (PT1, PT2 e PT6).

178. Além da ausência de equipamentos, em diversas unidades são utilizados móveis em condições precárias, tais como cadeiras e macas quebradas e



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fis.: 587

Processo:
15282/2009

enferrujadas. Algumas cadeiras e mesas são antigas, vindas por doação de outros órgãos, como se verifica nas fotos a seguir. Na UBS Vale do Amanhecer não há mesa ginecológica, mas uma mesa de parto foi adaptada com um par de muletas, substituindo os apoios de perna.

Foto 31: UBS Vale do Amanhecer – mesa de parto adaptada com muletas, para atendimento ginecológico



Foto 32: CSC 05 – cadeiras quebradas

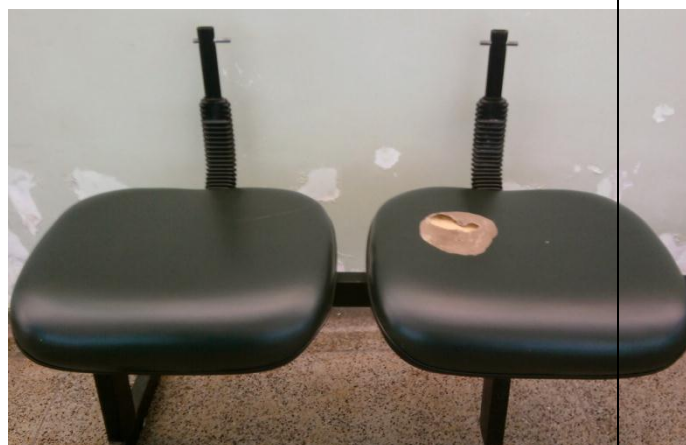


Foto 33 UBS Vale do Amanhecer – mesa com mais de 10 anos com placa de patrimônio do TCDF.



Causas

179. Investimentos insuficientes em móveis e equipamentos médico-hospitalares. Não priorização das necessidades das UBS. Não há política de provimento dos equipamentos necessários e de troca dos inservíveis, comprometendo a qualidade do serviço público prestado.

Efeitos

180. As condições de trabalho ficam prejudicadas, por falta de móveis e equipamentos básicos.



Considerações do Auditado

181. Informa a elaboração de Termos de Referências com vistas à aquisição de imobiliários, equipamentos médicos e demais materiais necessários ao desempenho das atividades dos serviços de APS. Apresenta relação dos processos autuados, o objeto da aquisição e a situação de cada processo. Alega, ainda, que realiza anualmente o levantamento das necessidades, a fim de subsidiar as áreas técnicas e garantir o sucesso dos certames licitatórios.

Posicionamento da equipe de auditoria

182. A Auditoria identificou situação crítica nas Unidades Básicas de Saúde no tocante à falta de equipamentos médico-hospitalares e móveis, cujas unidades, sequer, dispunham dos instrumentais imprescindíveis para a UBS.

183. A extensa lista de aquisições de equipamentos, mobiliários e utensílios destinadas às unidades de APS, concentradas no ano de 2012, não é suficiente para comprovar a melhoria do cenário delineado nos autos. A SES nada informou sobre as situações concretas apontadas no Relatório de Auditoria.

184. Destaca-se que algumas unidades de saúde sequer contavam com equipamentos básicos previstos no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, a exemplo de balança para crianças e adultos, glicosímetro, estetoscópio, mesa para exames ginecológicos, nebulizador, refrigerador para vacina, entre outros (PT 06), que demonstram o quanto a Atenção Básica não era prioritária em exercícios anteriores.

185. Em que pese os investimentos informados pela SES no exercício de 2012, verifica-se que foi executada apenas 52% da dotação de material permanente no Programa de Trabalho “Desenvolvimento das Ações de Atenção Primária em Saúde” (fl. 544), mesmo assim, destinadas à aquisição de unidades modular visando à implantação de Unidades Básicas de Saúde (fls. 545/546). Ou seja, tem-se que as ações da SES foram insuficientes para dotar todas as UBS de infraestrutura de funcionamento, de modo a atender a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde.

186. Os registros fotográficos revelam a precariedade do mobiliário e dos equipamentos, sem contar a falta de muitos. Confirma-se, portanto, o Achado de Auditoria.

Proposições

187. Nesse contexto, sugere-se determinar à SES a elaboração de Plano de Ação, no prazo de 60 (sessenta) dias, para monitoramento desta Corte, com vistas a adoção de medidas para dotar as UBS de mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis para as atividades de ESF, em obediência à Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde e Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

Benefícios Esperados

188. Melhoria das condições de trabalho pelas equipes de ESF.



3 Conclusão

189. A presente Auditoria foi realizada com o objetivo de avaliar a qualidade da cobertura assistencial prestada na Atenção Primária à Saúde, havendo o trabalho se desdobrado em três questões de auditoria.

190. Na primeira questão entendeu-se que não houve o cumprimento das metas de cobertura previstas no Plano Plurianual e que a execução das ações programadas nas Leis Orçamentárias Anuais dos exercícios de 2011 e 2012 ficou abaixo de 50%.

191. Em relação à segunda questão concluiu-se que as ações relativas à dispensação de medicamentos à população, atendida nas UBS, ficaram prejudicadas pela falta de medicamentos nas unidades, comprometendo as ações de saúde pública.

192. Quanto à terceira questão foram constatadas divergências na jornada de trabalho de profissionais; deficiências na capacitação de servidores pela não utilização de recursos federais; instalações físicas e equipamentos não satisfatórios às necessidades, impossibilitando a aferição do potencial produtivo.

193. Conclui-se, portanto, que o alcance e a qualidade da cobertura assistencial da Atenção Básica em Saúde estão aquém do esperado pela população do Distrito Federal.



4 Proposições

194. Ante o exposto, sugere-se ao Plenário:

I) tomar conhecimento:

- a. do presente Relatório Final de Auditoria;
- b. do Ofício nº 234/2013 – GAB/SES e dos demais documentos acostados (fls. 421/546);

II) determinar à Secretaria de Estado de Saúde que elabore Plano de Ação, no prazo de sessenta dias, para monitoramento desta Corte, nos moldes do Anexo I, com os objetivos de:

- a. ampliar a meta de cobertura da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, em razão de ter sido significativamente inferior ao previsto no PPA 2012/2015 **(Achado 1)**;
- b. promover a adequação das instalações físicas das UBS às normas sanitárias, tendo como referência a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde **(Achado 7)**;
- c. dotar as UBS de mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis para as atividades de ESF, em obediência à Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde e Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde **(Achado 8)**;

III) recomendar à Secretaria de Estado de Saúde que:

- a. promova a redistribuição dos Agentes Comunitários de Saúde ou amplie o quantitativo de equipes do Estratégia Saúde da Família, de modo a evitar sobrecarga de pessoas atendidas por ACS e a inadequação dos registros no SIAB, em face da limitação de atendimento de 750 pessoas por ACS **(Achado 2)**;
- b. disponibilize às Unidades Básicas de Saúde, onde haja viabilidade técnica, conexões via Internet e retire das demais os equipamentos não utilizados pela falta de uso **(Achado 2)**;
- c. abasteça, de forma imediata e ininterrupta, as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal com os medicamentos constantes da Relação de Medicamentos – REME/DF **(Achado 3)**;
- d. identifique a existência de equipamentos médico-hospitalares não utilizados em UBS por inadequação das instalações, ou ainda, incompatíveis com as ações das UBS, para que adote medidas corretivas objetivando coibir a ociosidade desses equipamentos **(Achado 4)**;
- e. reavalie a carga horária dos servidores alocados na Estratégia



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: 591

Processo:
15282/2009

- Saúde da Família, para que todos atendam a jornada de trabalho fixada pela Portaria MS nº 2.488/2011 (**Achado 5**);
- f. procure, ao realizar eventos de capacitação dos servidores que atuam na Atenção Primária em Saúde, utilizar os recursos federais disponíveis para essa finalidade (**Achado 6**);
- IV) encaminhar, à Secretaria de Estado de Saúde, cópia deste Relatório Final de Auditoria, do Relatório e Voto e da Decisão a ser proferida, para fins de subsidiar as ações a serem implementadas;
- V) autorizar o retorno dos autos à Secretaria de Auditoria.
- À superior consideração.

Brasília-DF, 30 de abril de 2013

Flávio Macedo Borges de Freitas
Auditor de Controle Externo – Matrícula 623-8



ANEXO I - PLANO DE AÇÃO

Determinações do TCDF	Medidas a serem adotadas para cumprimento das proposições* (Ações)	Data prevista para a implementação*
ampliar a meta de cobertura da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, em razão de ter sido significativamente inferior ao previsto no PPA 2012/2015	1)	dd/mm/aaaa
	2)	
	...	
promover a adequação das instalações físicas das UBS às normas sanitárias, tendo como referência a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde	1)	
	2)	
	...	
dotar as UBS de mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis para as atividades de ESF, em obediência à Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde e Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde	1)	
	2)	
	...	

*Campos a serem preenchidos pelo jurisdicionado.



TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE AUDITORIA
SEGUNDA DIVISÃO DE AUDITORIA

Fls.: 593
Processo:
15282/2009

Informação nº 21/2013 – SEAUD/DIAUD2

Brasília, 30 de abril de 2013.

Processo nº: 15.282/2009
Jurisdicionada: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES
Assunto: Auditoria Integrada
Ementa: Auditoria Integrada. Relatório Final. Determinações. Recomendações. Alerta.

Senhor Diretor,

Em conformidade com o disposto no item 6 do Manual de Auditoria do TCDF, versão atualizada de 2011, apresenta-se, às fls. 548/589, a versão final do Relatório da Auditoria Integrada realizada para avaliar o alcance e a qualidade da cobertura assistencial do Distrito Federal prestada na Atenção Primária à Saúde, conforme orientações constantes do manual “Orientações para Proceder Auditoria na Atenção Básica”, editado pelo Departamento Nacional de auditoria do SUS – DENASUS, em 2004.

2. Informa-se que, por meio da Decisão n.º 6625/2012 (fl. 407), foi autorizado o encaminhamento da versão prévia do Relatório de Auditoria aos gestores, para conhecimento e manifestação em relação aos Achados de Auditoria.

3. A remessa à SES se deu por meio do Ofício n.º 9687/2012, de 14/12/2012 (fl. 408), recebido em 20/12/2012, havendo o órgão encaminhado suas considerações ao Tribunal por meio do Ofício n.º 234/2013 – GAB/SES e anexos (fls. 421/546). Os argumentos apresentados foram registrados, em cada Achado, no tópico intitulado “Considerações do Auditado” e não foram capazes de modificar os achados constantes da versão prévia do relatório. Os motivos do não acolhimento pela equipe de auditoria constam do tópico “Posicionamento da Equipe”.

4. Ante o exposto, encaminha-se o Relatório Final de Auditoria para fins de apreciação pela Corte.

À superior consideração.

Flávio Macedo Borges de Freitas
Auditor de Controle Externo – Matrícula 623-8