



**Relatório de Auditoria Operacional na Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba**

**Processo TC nº 00706/10**

**Auditor Relator: Antônio Gomes Vieira Filho**

**Modalidade:** Avaliação de Programa

**Objetivo:** Avaliar a Ação Governamental na Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba

**Ato de designação:** Portaria nº 058 de 13 de maio de 2.009

**Período abrangido pela auditoria:** 2006/2009

**Período de realização da auditoria:** Planejamento – 13/05/2009 a 15/06/2009

Execução - 21/07/2009 a 04/11/2009

Relatório - 16/11/2009 a 16/12/2009

**Composição da equipe:**

<b>Auditor de Contas Públicas</b>	<b>Matrícula</b>
Adriana Falcão do Rêgo Troccoli	370.110-7
Candice Marques	370.587-1
Diego Sá de Moura	370.668-1
Eduardo Ferreira Albuquerque	370.593-5
Emmanuel Teixeira Burity	370.293-6
Iracilba Pereira Alves	370.297-9
Joseana F. Dantas Gualberto	370.461-1
Plácido César Paiva Martins Júnior	370.376-2
Renata Carneiro Campelo Diniz	370.581-1
Yara Sílvia Mariz Maia Pessoa (Coordenadora)	370.080-1

**Unidades:** Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Guarabira, Belém, Sertãozinho, Monteiro, Sumé, Camalaú, Patos, Piancó, Mãe D'água, Sousa, São João do Rio do Peixe, Marizópolis.

**Responsáveis:** José Maria de França, Secretário de Estado da Saúde

**Período :** desde 19 de fevereiro de 2009 até a presente data.



## **Agradecimentos**

Agradecemos à Secretaria Estadual de Saúde, na pessoa das Sras. Niedja Rodrigues de Siqueira e Maria do Desterro Fernandes Diniz Catão, à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, em nome das Sras. Cláudia Mascena Veras e Sílvia Regina Rodrigues Leite, e à Secretária Municipal de Saúde de Cruz do Espírito Santo, Sra. Rosiani Palmeira Videres, pelos esclarecimentos prestados acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF), suas diretrizes e as principais atribuições de cada esfera de governo em sua operacionalizações, especialmente no caso do Estado e dos Municípios.

Reconhecemos a valiosa contribuição das Sras. Maria de Fátima Granjeiro de Freitas e Fabiana dos Santos, ambas da Secretaria Estadual de Saúde, e das técnicas da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, Sras. Cláudia Mascena Veras e Sílvia Regina Rodrigues Leite, envolvidas na implementação da ESF no Estado da Paraíba, quanto à identificação dos principais pontos positivos e negativos da estratégia, fatores que afetam diretamente a viabilidade de sua consolidação.

Cabe, também, agradecimento especial à Técnica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, Sra. Lídia Lopes, pelas orientações e sugestões transmitidas durante todas as fases de execução desta Auditoria Operacional. Ademais, não poderiam deixar de ser lembrados os gestores dos municípios visitados, os profissionais das equipes de saúde da família e os conselheiros municipais e estaduais de saúde que se dispuseram a colaborar no desenvolvimento deste trabalho.



**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Macro-regiões de saúde do Estado da Paraíba ..... 17

Figura 2 - Municípios visitados ..... 17



**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Percentual dos profissionais contratados por Concurso Público..... 26

Gráfico 2 - Avaliação dos usuários quanto à quantidade de fichas disponibilizadas para atendimento diário  
..... 30

Gráfico 3 - Ausência de atendimento por quebra de equipamento na percepção dos usuários ..... 37

Gráfico 4 - Ausência de atendimento por falta de material na percepção dos usuários ..... 39

Gráfico 5 - Investimento em Saúde por Elemento de Despesa..... 44



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Porte dos Municípios Visitados versus Macro-Regiões de Saúde .....	18
Tabela 2 - Composição da Equipe de Auditoria.....	20
Tabela 3 - Tempo médio de espera para consultas especializadas por região.....	21
Tabela 4 - Tempo médio de espera para exames especializados por região .....	22
Tabela 5 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de referência por cargo .....	24
Tabela 6 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de referência por região.....	24
Tabela 7 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de contra-referência por cargo .....	24
Tabela 8 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de contra-referência por região.....	25
Tabela 9 - Média do tempo de trabalho dos profissionais entrevistados na atual USF.....	27
Tabela 10 - Avaliação da remuneração dos profissionais por região.....	28
Tabela 11 - Percentual dos profissionais não substituídos quando ausentes .....	29
Tabela 12 - Percentual de usuários sem atendimento por região.....	29
Tabela 13 - Percentual dos profissionais que não realizaram capacitações.....	31
Tabela 14 - Avaliação dos profissionais quanto à capacitação oferecida na ESF .....	31
Tabela 15 - Percentual de existência da infra-estrutura predial descrita na Portaria nº 648/2006 nas UBS visitadas.....	36
Tabela 16 - Percentual de existência de toda a infra-estrutura predial descrita na Portaria nº 648/2006 nas UBS visitadas por região .....	36
Tabela 17 - Avaliação dos profissionais quanto à infra-estrutura por região .....	36
Tabela 18 - Avaliação dos profissionais à qualidade dos equipamentos de trabalho por região .....	37
Tabela 19 - Avaliação dos profissionais à manutenção dos equipamentos de trabalho por região .....	38
Tabela 20 - Despesas empenhadas na Função SAÚDE, no período de 2006/2009, por Programas.....	42
. Tabela 21 – Desempenho da ação 4005 .....	43
Tabela 22 - Desenvolvimento de João Pessoa e Campina Grande .....	46



Tabela 23 - Distribuição de leitos de internação.....	46
Tabela 24 - Distribuição dos recursos humanos por especialidades médicas.....	47
Tabela 25 - Distribuição de equipamentos disponíveis ao SUS .....	47
Tabela 26 - Distribuição da quantidade de procedimentos especializados realizados .....	48



**LISTA DE SIGLAS**

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

ESF – Estratégia Saúde da Família

LOA – Lei Orçamentária Anual

MS – Ministério da Saúde

PPA – Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PROMOEX – Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios

SF – Saúde da Família

SIAF – Sistema de Informação da Administração Financeira

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCE/PB – Tribunal de Contas do Estado da Paraíba

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família



## **SUMÁRIO**

RESUMO .....	10
1. Introdução.....	12
1.1 Antecedentes .....	12
1.2 Importância do Tema.....	12
1.3 Visão Geral da Estratégia Saúde da Família .....	13
1.4 Justificativa .....	14
1.5 Escopo.....	15
2. Auditoria Operacional na Estratégia Saúde da Família.....	16
2.1 Problema da Auditoria .....	16
2.2 Metodologia .....	16
2.3 Equipe de Auditoria.....	20
3. Achados de Auditoria.....	21
3.1 Questão de Auditoria 1 - A gestão do município (planejamento e acompanhamento) e o atendimento das diretrizes e princípios da ESF.....	21
3.1.1 A Programação Pactuada Integrada não atende às necessidades dos municípios ....	21
3.1.2 Precariedade do vínculo dos profissionais .....	25
3.1.3 Não há equipes completas disponíveis para oferta do atendimento dentro da carga-horária prevista para funcionamento das USF .....	28
3.1.4 As Gerências Regionais de Saúde não acompanham efetivamente os Municípios..	30
3.1.5 Deficiência na educação continuada dos profissionais vinculados à ESF .....	31
3.1.6 Atuação pouco eficaz dos Conselhos Municipais de Saúde .....	32
3.2 Questão de Auditoria 2 - As Unidades de Saúde e o atendimento aos usuários de acordo com os princípios e diretrizes da ESF .....	33
3.2.1 46,2% Unidades de Saúde não possuem uma infra-estrutura mínima adequada para atender aos objetivos da Estratégia, de acordo com a Portaria n. 648/2006 .....	33
3.2.2 Insuficiência de equipamentos, insumos e medicamentos.....	37





3.2.3	Ineficácia das ações de prevenção e promoção da saúde.....	39
3.3	Questão de Auditoria 3 – A atuação do Governo Estadual quanto ao acompanhando, monitorando e avaliação do desenvolvimento da ESF nos municípios .....	40
3.3.1	Falta de planejamento do Estado para com a Estratégia de Saúde da Família.....	40
3.3.2	Pouco investimento financeiro do Estado na Estratégia Saúde da Família.....	43
3.3.3	Concentração dos serviços de saúde especializados nos Municípios de João Pessoa e Campina Grande.....	45
4.	Proposta de Encaminhamento.....	48
5.	Referências Bibliográficas.....	52



## **RESUMO**

O presente trabalho trata da Auditoria Operacional realizada pelo Tribunal de Contas do Estado da Paraíba (TCE/PB), dentro do Programa de Modernização do Controle Externo nos Estados, Distrito Federal e Municípios (PROMOEX), por meio do Grupo Temático de Auditoria Operacional, objetivando analisar o funcionamento de alguns aspectos da Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba.

A escolha do tema deveu-se à sua importância como um dos pontos centrais do processo de reorganização dos serviços públicos de saúde no Brasil. A ESF, entendida como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), representa a forma prioritária a ser adotada para a prestação da Atenção Básica em saúde no país.

Apesar de a Estratégia Saúde da Família estar presente nos 223 municípios do Estado da Paraíba e de sua cobertura ter alcançado, aproximadamente, 95% da população paraibana, há indícios de deficiências na gestão a nível municipal, bem como falhas no suporte, monitoramento e avaliação por parte do Governo Estadual.

Definiu-se como escopo desta Auditoria as administrações municipais, no que se refere à efetiva execução das ações de saúde no âmbito da ESF, e a esfera estadual, no que tange às atribuições de acompanhamento, avaliação e monitoramento do sistema, considerado o período compreendido entre os anos de 2006 a 2009. A auditoria foi realizada por amostragem, diante da impossibilidade de serem visitados todos os Municípios do Estado, especialmente por conta de limitações de ordem financeira, de tempo e de recursos humanos. Dessa forma, foram selecionados 12 (doze) municípios, entre eles 4 (quatro) sedes de regionais de saúde do Estado, além da própria administração estadual, representada pela Secretaria Estadual de Saúde.

Ainda que não constitua uma amostragem probabilística, os achados, recomendações e conclusões representam uma tendência do que ocorre no Estado da Paraíba, relativamente aos aspectos pesquisados nas três questões de auditoria constantes da Matriz de Planejamento.

Entre os principais achados relacionados à gestão municipal da ESF estão: a Programação Pactuada Integrada vigente no Estado, datada de 2001, não atende às necessidades dos municípios; a precariedade do vínculo dos profissionais com os usuários da estratégia; a dificuldade de manutenção das equipes de saúde da família completas; a ausência de acompanhamento efetivo da ESF por parte das regionais de saúde analisadas; a atuação pouco eficaz dos conselhos municipais de saúde; a infra-estrutura inadequada ao atendimento das diretrizes da ESF; insuficiência de equipamentos e insumos; ineficácia das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.



Quanto à atuação da gestão estadual, destaca-se: a falta de planejamento a nível estadual para com a ESF; pouco investimento financeiro do Estado na ESF; concentração dos serviços de saúde especializados (média e alta complexidade) nos dois maiores municípios do Estado (João Pessoa e Campina Grande).

Entre as possíveis conseqüências de tais achados, estão: o agravamento das doenças e a sobrecarga dos serviços mais estruturados; a diminuição da qualidade do serviço prestado e elevação do tempo de espera para consultas; alta rotatividade dos profissionais; sobrecarga dos profissionais presentes nas unidades de atendimento; a perda de credenciamento perante o Ministério da Saúde.

Entre as recomendações realizadas, tanto à Secretaria Estadual de Saúde como às Secretarias Municipais de Saúde, destacam-se: adoção de medidas visando melhor articulação entre os municípios e acompanhamento das necessidades de procedimentos de média e alta complexidade, objetivando uma pactuação eficiente e atualizada; melhor distribuição dos centros de referência para esses atendimentos; admissão de profissionais da ESF mediante concurso público e motivação, capacitação e educação continuada; estabelecimento de uma metodologia de atuação das regionais de saúde do Estado que possibilite maior integração entre os municípios e entre eles e o Estado, em matéria de ESF; maior capacitação e envolvimento dos membros dos Conselhos Municipais de Saúde; adequação das Unidades de Saúde à estrutura física mínima estabelecida na Portaria MS nº 648/06 e adoção de medidas visando não somente equipá-las observando os objetivos da ESF, como garantir manutenção dos equipamentos.



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 ANTECEDENTES

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi inserida no rol de competências do Tribunal de Contas da União a atribuição de realizar auditoria de natureza operacional (AOP). A partir de então, as demais Cortes de Contas subnacionais introduziram em suas Constituições competência para a prática desse então novo modelo de auditoria.

Pioneiro dentre os Tribunais de Contas nessa nova forma de auditar, o TCU implementou, entre os anos de 1998 a 2006, o Projeto de Cooperação Técnica com o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID) com o objetivo de disseminar naquela Corte as técnicas de avaliação aplicadas por instituições de controle e, a partir daí, avaliar programas governamentais e modelos regulatórios de serviços públicos.

Posteriormente, foram realizadas parcerias entre o TCU e os demais Tribunais de Contas do nosso país, visando à disseminação do conhecimento sobre Auditoria Operacional, além de definições e técnicas que envolvem todo o ciclo desse modelo de auditoria. No entanto, deve-se destacar como marco inicial para a efetiva implementação da AOP na maior parte dos Tribunais de Contas de Estados e Municípios, a iniciativa oriunda do III Fórum do Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios (PROMOEX), o qual definiu como uma de suas metas a implantação da Auditoria Operacional em pelo menos 75% dos tribunais de contas até 2009.

No âmbito do PROMOEX e do Grupo Temático de Auditoria Operacional, equipes de vários TCs do país foram treinados para realização de Auditorias Operacionais Piloto e, com isto, iniciar o desenvolvimento da cultura neste tipo de auditoria pelo controle externo brasileiro. O Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, por meio da Portaria nº 058, de 13 de maio de 2009, constituiu uma equipe de trabalho composta pelos Auditores e Auxiliares de Auditoria de Contas Públicas tendo como objetivo realização de piloto da auditoria operacional no programa de saúde da família, seguindo cronograma e orientações dos especialistas do PROMOEX.

### 1.2 IMPORTÂNCIA DO TEMA

O acesso preferencial do beneficiário ao Sistema Único de Saúde (SUS) deve ocorrer por meio das ações de Atenção Básica. Esta, por sua vez, tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.



Nos termos da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, a Saúde da Família foi concebida como Programa de Governo, então conhecido como Programa Saúde da Família (PSF). Dada a sua gradual consolidação e expansão, o programa transformou-se em estratégia com abrangência nacional e ocupa lugar central no processo de reorganização do SUS.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) remete ao processo de mudança de paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, com profissionais comprometidos com um novo modelo que valorizem ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas, superando o modelo anterior que se caracterizava pela sobrevalorização da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que se destacava pelo excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, acima de tudo, pelo fracionamento do cuidado.

A Estratégia Saúde da Família caracteriza-se por estabelecer vínculo sólido de corresponsabilização com a comunidade local, resultando com isso num processo de des-hospitalização e humanização do SUS, que valoriza a saúde dos usuários do sistema fora do ambiente hospitalar.

Assim, o tema sob análise revela-se de suma importância para a sociedade como um todo, devendo as esferas de governo de modo primordial proporcionar a ESF condições necessárias para um perfeito desempenho de suas ações, como forma de garantir a resolutividade dos problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, visando, com isso, ao bem estar destes e, como consequência, ao desenvolvimento social da nação.

### **1.3 VISÃO GERAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Estratégia Saúde da Família foi criada para atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças. Tal estratégia consiste na implantação de equipes multiprofissionais que se responsabilizam pelo acompanhamento da saúde de um número determinado de famílias em áreas geográficas delimitadas. A Estratégia tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

A composição mínima das equipes é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de seis agentes comunitários de saúde. Entretanto, as equipes podem ser ampliadas com a participação de um dentista, de um auxiliar de consultório dentário e de um técnico em higiene dental. Cada equipe é responsável pelo atendimento e acompanhamento de três a quatro mil pessoas. As famílias são atendidas em Unidades Básicas de Saúde, contando também com a visita domiciliar regular de médicos e de agentes comunitários de saúde, que integram a respectiva equipe de Saúde da Família.



Iniciada em 1994, a Saúde da Família tem crescido muito em todo o Brasil e espera-se que venha a substituir completamente o modelo tradicional de Atenção Básica. Atualmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde é considerado parte da Estratégia Saúde da Família, naqueles municípios em que a Estratégia foi implantada.

A Estratégia Saúde da família é gerida a nível federal, estadual e municipal, com responsabilidades bem definidas. Cabe à esfera federal elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; co-financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica e manter as bases de dados nacionais<sup>1</sup>.

Cabe aos governos estaduais o acompanhamento da implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações inter-municipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; co-financiar as ações de atenção básica e auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Os gestores municipais são responsáveis por definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento; co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

#### **1.4 JUSTIFICATIVA**

Como parte integrante das auditorias promovidas pelo Grupo Temático do PROMOEX a serem desenvolvidas pelos Tribunais de Contas, para o exercício de 2009, foram propostos dois temas, a saber, “Centrais de Regulação” e “Atenção Básica – Saúde da Família”. Nas considerações gerais apresentadas pelo Grupo Temático foi identificada: “baixa resolutividade da atenção básica, a qual deveria ser mais efetiva nas atividades de promoção e proteção da saúde e de atendimento às patologias de maior prevalência (IPEA, 2007)” e “a existência de vínculos precários dos profissionais da atenção básica com as prefeituras (alta rotatividade) e falta de formação específica (capacitação) deles, além da insuficiência de medicamentos para cobrir as necessidades mais frequentes da população carente, o que afeta a capacidade resolutiva do PSF”.

Dessa forma foi, sugerida pelo Grupo Temático, em relação à Saúde da Família:

---

<sup>1</sup> Fonte: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.



*“a realização de auditoria operacional para avaliar o Programa Saúde da Família, oportunidade em que poderão ser investigadas questões como: se as Equipes de Saúde da Família (ESF) estão efetivamente implantadas e em atuação; se o programa está sendo acompanhado, supervisionado e avaliado; se nas localidades onde o programa está implantado, como os indicadores têm evoluído; se as equipes cadastradas no SIAB existem ou possuem os componentes mínimos exigidos (ausência de médico, por exemplo), cumprem a carga horária e realizam as visitas domiciliares”.*

O tema escolhido pelo Tribunal de Contas da Paraíba foi a Saúde da Família, por ser uma das áreas de maior relevância, atraindo a atenção e a preocupação do Estado, nas esferas Federal, Estadual e Municipal. A Estratégia Saúde da Família, criada para cuidar da saúde da família brasileira, ocupa lugar de destaque, dentre as ações e serviços públicos de saúde. Tal importância se deve tanto quanto ao elevado volume de recursos orçamentários, financeiros e humanos envolvidos, quanto ao alcance social, devido ao grande número de famílias atendidas.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde <sup>2</sup>, a Saúde da Família está presente nos 223 municípios da Paraíba, num total de 1.244 Equipes de Saúde da Família. A estimativa da população coberta é de 3.561.501 de pessoas. Isto representa 95,16% de cobertura. O papel desempenhado pela Saúde da Família é fundamental para a prevenção e o tratamento de doenças, por meio do acompanhamento da saúde da população por profissionais qualificados. A atuação eficaz no nível de atenção básica, nas Unidades de Saúde da Família, contribui para reduzir a demanda por serviços de média e alta complexidade, diminuindo os gastos com saúde e evitando o agravamento de enfermidades.

### **1.5 ESCOPO**

No âmbito da Estratégia Saúde da Família, foi necessário estabelecer limites para a realização desta Auditoria, tendo em vista a amplitude de ações e de território por ela alcançados. Em relação à execução da Estratégia na Paraíba, três questões de Auditoria foram desenvolvidas para serem respondidas ao final do presente trabalho. São elas:

1. A gestão do município (planejamento e acompanhamento) está permitindo o atendimento das diretrizes e princípios da ESF?
2. As Unidades de Saúde estão preparadas para atender aos usuários de acordo com os princípios e diretrizes da ESF?

---

<sup>2</sup> Dados obtidos em 13.12.09 no endereço:

[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)



3. O Governo Estadual está acompanhando, monitorando e avaliando o desenvolvimento da ESF nos municípios?

Diante das limitações de ordem financeira, temporal e de disponibilidade de Recursos Humanos, foram selecionados doze municípios paraibanos, distribuídos pelas quatro macro-regiões de saúde do Estado, segundo critérios discriminados na seção “Metodologia”. Portanto, os achados, recomendações e conclusões desta auditoria aplicam-se aos municípios abrangidos pela pesquisa. Cabe destacar que não foi utilizada amostragem estatística, assim, os resultados não podem, com o rigor científico, serem atribuídos à totalidade dos municípios paraibanos. No entanto, representam uma tendência do que ocorre no Estado, relativamente aos aspectos pesquisados.

## **2. AUDITORIA OPERACIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **2.1 PROBLEMA DA AUDITORIA**

Apesar de a Estratégia Saúde da Família estar presente nos 223 (duzentos e vinte e três) municípios da Paraíba e cobrir em torno de 95% da população paraibana, há indícios de deficiência na gestão da Estratégia a nível municipal, despreparo em termos de infra-estrutura, bem como falhas no suporte, monitoramento e avaliação por parte do Governo Estadual.

### **2.2 METODOLOGIA**

Para execução do trabalho foram aplicados métodos de coleta de dados através da observação direta, aplicação de questionários e entrevistas semi-estruturadas, pesquisa documental, além do exame de registros administrativos e consulta aos sistemas informatizados.

Como a Estratégia de Saúde da Família é executada pelos municípios, mas existem atribuições para a esfera estadual, a Auditoria foi executada no âmbito das administrações municipais e estadual.

O trabalho de auditoria desenvolveu-se em duas etapas. Na primeira fase foi realizado um teste piloto no município de Cabedelo, com a finalidade de conhecer a operacionalização do programa, bem como testar os questionários, entrevistas e checklist de observação das UBS – Unidades Básicas de Saúde, e aperfeiçoá-los, tendo sido aplicados junto aos beneficiários e profissionais da saúde da família.

Na segunda fase, foram realizados os trabalhos de campo, com visitas a doze municípios, contemplando cidades de diferentes portes distribuídas pelas quatro macro-regiões de saúde do Estado da Paraíba, como demonstrado na Figura 1.





1ª João Pessoa 2ª Campina Grande 3ª Patos 4ª Sousa



**Figura 1 - Macro-regiões de saúde do Estado da Paraíba**

Os municípios da amostra foram Guarabira, Belém, Sertãozinho, Monteiro, Sumé, Camalaú, Patos, Piancó, Mãe D'água, Sousa, São João do Rio do Peixe e Marizópolis, destacados na Figura 2.



**Figura 2 - Municípios visitados**



Com relação à escolha dos municípios diligenciados, os critérios foram:

- seleção de um município pólo em cada uma das macro-regiões de saúde da Paraíba;
- seleção de um município de médio porte, próximo a cada município pólo;
- seleção de um município de pequeno porte, próximo a cada município pólo.

Salienta-se que os municípios de João Pessoa e Campina Grande apesar de serem os dois maiores do Estado da Paraíba, em termos de população e orçamento, não foram incluídos na amostra por não serem passíveis de comparação ou generalização em relação aos demais.

Entre os componentes da amostra, os municípios pólo são os maiores em população, receita e desenvolvimento. A tabela abaixo relaciona o porte dos municípios com as quatro macro-regiões de saúde do Estado da Paraíba.

**Tabela 1 - Porte dos Municípios Visitados versus Macro-Regiões de Saúde**

<b>Porte</b>	<b>1ª Macro</b>	<b>2ª Macro</b>	<b>3ª Macro</b>	<b>4ª Macro</b>
Grande	Guarabira	Monteiro	Patos	Sousa
Médio	Belém	Sumé	Piancó	São João do Rio do Peixe
Pequeno	Sertãozinho	Camalaú	Mãe D'água	Marizópolis

Ao selecionar os municípios da amostra, buscou-se dar preferência às cidades em que os gestores foram reeleitos, objetivando fazer uma análise da saúde em sua continuidade de trabalho, entretanto, tal critério não pôde ser utilizado de forma absoluta.

Em cada município componente da amostra foram visitadas quatro Unidades de Saúde da Família (USF), sendo duas da zona urbana e duas da zona rural. A seleção das unidades básicas de saúde visitadas ocorreu por sorteio. Naqueles municípios onde não havia quatro unidades instaladas, foram visitadas apenas as existentes, o que ocorreu com os municípios de Camalaú, Mãe D'água e Marizópolis. No caso específico do município de Sertãozinho, os dados foram coletados em apenas uma USF. Nos casos em que a equipe de saúde da família não estava localizada na USF sorteada, mas em uma de suas âncoras<sup>3</sup>, a equipe de Auditoria realizou a pesquisa na âncora. Caso a equipe de saúde não estivesse atendendo em nenhum lugar, a unidade inicialmente sorteada deveria ser substituída por outra em funcionamento.

---

<sup>3</sup> a unidade âncora representa uma extensão da unidade de saúde da família principal, localizada em pontos de difícil acesso ou de reduzido número de famílias, que não justifique a implantação, dentro dos parâmetros atualmente preconizados pelo Ministério da Saúde, de outra USF.



As inspeções incluíram quatro regionais de saúde do Estado (Monteiro, Guarabira, Sousa e Patos) e os conselhos municipais de saúde dos 12 (doze) municípios componentes da amostra.

Durante as visitas, foram feitas entrevistas com 373 beneficiários do programa, dentre mulheres entre 20 e 40 anos de idade, residentes na zona urbana. A faixa etária foi selecionada por representar os grupos que de usuários mais frequentemente encontrados nas USF e com maiores informações a fornecer sobre sua experiência com a estratégia. Os questionários foram aplicados a pelo menos 30 usuárias em cada município componente da amostra.

Além das entrevistas realizadas com usuários, foram adicionalmente aplicados 237 questionários, distribuídos conforme enunciado a seguir:

- 4 (quatro) com as Gerências Regionais de Saúde,
- 12 (doze) com os Secretários Municipais;
- 24 (vinte e quatro) com os Conselheiros Municipais de Saúde;
- 197 (cento e noventa e sete) com os profissionais da equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde).

Ainda foram preenchidos checklists de observação referentes à infra-estrutura, equipamentos, insumos e medicamentos disponíveis nas 39 USFs visitadas.

Na Secretaria Estadual de Saúde, a equipe de auditoria procedeu à coleta de documentos para análise posterior, à aplicação de entrevista ao secretário de saúde estadual, bem como à aplicação de questionários a dois membros do Conselho Estadual de Saúde, sendo um deles o presidente.

A pesquisa documental envolveu o exame de documentos oficiais dos municípios da amostra e do Estado, além dos dados e informações constantes dos sites oficiais do Governo Federal. Os documentos analisados referentes aos Municípios foram: plano municipal de saúde, programação pactuada e integrada (PPI), relatório de gestão da saúde, folhas de pagamentos de funcionários vinculados à ESF, atos de nomeação e desligamento dos integrantes das equipes de SF, atas de reunião dos conselhos municipais de saúde. Os documentos estaduais analisados foram: plano estadual de saúde, relatório de gestão da saúde, atas de reunião do conselho estadual de saúde.

Para a realização da análise estatística dos dados coletados foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foram coletadas informações de frequências, médias e desvios-padrão dos dados numéricos. A seguir, foi efetuada a Análise de Variância (ANOVA), com o objetivo de comparar as médias oriundas de grupos diferentes, também chamados tratamentos, para decidir se



existiam ou não diferenças significativas com um nível de significância de 5%. Entretanto, se fossem encontradas diferenças significativas, não seria possível concluir qual ou quais grupos conduziram a valores médios significativamente diferentes dos outros. Para tal, dever-se-ia comparar as médias em termos de valor absoluto de suas diferenças. Se a diferença fosse grande, então as duas médias seriam estatisticamente distintas. Para estabelecer o critério que definiu a fronteira entre o que é uma diferença grande e uma pequena, foi utilizado o teste de Scheffé disponível no SPSS.

Além da análise dos dados quantitativos coletados durante as visitas, também foi realizada análise de conteúdo das respostas fornecidas através das entrevistas com os profissionais integrantes das equipes, buscando a identificação das percepções mais frequentes e relevantes.

### **2.3 EQUIPE DE AUDITORIA**

O Grupo Especial de Trabalho foi constituído através da Portaria nº. 058/09, de 13/05/09, a saber:

**Tabela 2 - Composição da Equipe de Auditoria**

<b>Servidor</b>	<b>Cargo</b>	<b>Matrícula</b>
Adriana Falcão do Rêgo Tróccoli	Auditor de Contas Públicas	370.110-7
Candice Ramos Marques	Auditor de Contas Públicas	370.587-1
Diego Sá de Moura	Auditor de Contas Públicas	370.668-1
Eduardo Ferreira Albuquerque	Auditor de Contas Públicas	370.593-5
Emmanuel Teixeira Burity	Auditor de Contas Públicas	370.293-6
Iracilba Pereira Alves	Auditor de Contas Públicas	370.297-9
Joseana Francisca Dantas Gualberto	Auxiliar de Auditoria de Contas Públicas	370.461-1
Plácido César Paiva Martins Junior	Auditor de Contas Públicas	370.376-2
Renata Carneiro Campelo Diniz	Auditor de Contas Públicas	370.581-1
Yara Sílvia Mariz Maia Pessoa	Auditor de Contas Públicas	370.080-1

Salienta-se que toda a execução do trabalho foi realizada de forma concomitante com as atribuições ordinárias dos membros do Grupo de Trabalho, tendo em vista a inexistência de setor especificamente designado para tal função no Tribunal de Contas da Paraíba e a necessidade de cumprimento de metas já estabelecidas para as auditorias de conformidade/legalidade.

Para o acompanhamento, revisão do material produzido pela equipe de auditoria e esclarecimentos de dúvidas acerca da metodologia utilizada no desenvolvimento do trabalho foi contratado pelo TCE/PB o Professor Dr. Francisco José Batista de Albuquerque, especialista em desenvolvimento de pesquisas na área social. Auxiliaram o trabalho as alunas assistentes do mencionado professor, Cynthia de Freitas Melo, Flávia Márcia de Sousa e Charlene Nayana Nunes Alves Gouveia.



Ademais, esta equipe de auditoria contou com a colaboração do servidor Bruno Sumé Lima Soares durante a fase de aplicação dos instrumentos de coleta de dados junto aos usuários e profissionais de saúde da família.

### **3. ACHADOS DE AUDITORIA**

#### **3.1 QUESTÃO DE AUDITORIA 1 - A GESTÃO DO MUNICÍPIO (PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO) E O ATENDIMENTO DAS DIRETRIZES E PRINCÍPIOS DA ESF**

##### **3.1.1 A Programação Pactuada Integrada não atende às necessidades dos municípios**

Durante a fase de execução da auditoria, a equipe constatou que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) vigente não atendia às necessidades dos Municípios componentes da amostra em termos de referência para exames complementares e para procedimentos de média e alta complexidade. Tal constatação fundamentou-se na análise dos questionários aplicados a 12 secretários municipais de saúde e na percepção dos usuários participantes da amostra, em cada município, conforme evidenciado abaixo.

A totalidade dos secretários municipais alegou que a PPI vigente não atende as necessidades dos municípios, contudo 11 (onze) deles afirmam que ela está em processo de atualização. Através das entrevistas foi possível identificar que 62,6% dos usuários das ESF entrevistados foram encaminhados ou conhecem pessoas que foram encaminhadas para consultas especializadas em outros municípios, procedimento que gerou a necessidade de um tempo de espera pelo procedimento de, em média, 1,9 meses. A necessidade de encaminhamento para realização de exames especializados em outros municípios foi relatada por 74,1% dos usuários entrevistados, com tempo médio de espera de 1,5 meses.

**Tabela 3 - Tempo médio de espera para consultas especializadas por região**

<b>Região</b>	<b>Média</b>	<b>Válidos</b>	<b>Desvio Padrão</b>
1	2,2257	67	2,5389
2	1,3269	48	1,3661
3	1,5086	50	2,4189
4	2,3536	56	2,2982
Geral	1,9006	221	2,2688

**F (0,05; 3; 217) = 2,79; p = 0,041 <  $\alpha$  = 0,05**

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) foram obtidos os seguintes resultados: F (0,05; 3; 217) = 2,79; p = 0,041. Como p = 0,041 <  $\alpha$  = 0,05, conclui-se que



existem diferenças significativas entre o tempo médio de espera quando comparamos as diferentes regiões geográficas.

**Tabela 4 - Tempo médio de espera para exames especializados por região**

Região	Média	Válidos	Desvio Padrão
1	1,4238	71	1,8122
2	1,4460	63	1,5849
3	1,5730	63	3,8393
4	1,5994	68	1,5045
Geral	1,5096	265	2,3458

**F (0,05; 3; 261) = 0,095; p = 0,963 <  $\alpha$  = 0,05**

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) foram obtidos os seguintes resultados:  $F (0,05; 3; 261) = 0,095$ ;  $p = 0,963$ . Como  $p = 0,963 > \alpha = 0,05$ . Dessa forma, conclui-se que as variâncias são homogêneas, isto é, dentro de cada um dos tratamentos a variabilidade é decorrente de causas aleatórias, não existindo diferenças significativas entre as médias, com um nível de significância de 5%.

Salienta-se que apesar de os secretários de saúde municipais concordarem com a inadequação da PPI vigente quanto ao atendimento das demandas municipais por procedimentos de média e alta complexidades, afirmaram estar participando, ao longo do exercício de 2009, do processo de formulação da nova PPI, junto ao Governo do Estado.

Acerca da matéria, salienta-se que o processo de elaboração da PPI, como evidenciado na Portaria nº 1097/2006, deve resultar da negociação formalizada dos pactos entre os gestores, das prioridades, das metas e métodos, com o intuito de definir um fluxo de assistência no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, em busca, conforme estatuído no artigo 198, inciso III, da Constituição Federal, de um atendimento integral às necessidades de saúde da população, atendimento este iniciado na Atenção Básica, através da atuação da Estratégia Saúde da Família. Adicionalmente, também devem ser definidos limites financeiros destinados a cada município. Nesse sentido, o processo de pactuação deve buscar a integração geral entre planejamento em cada Município e no Estado de forma coerente com os respectivos Planos de Saúde, Agenda de Saúde, Metas para o ano corrente, deve estar orientado pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde em cada localidade, com base na definição de prioridades. O processo deve ser coordenado pelo gestor estadual de saúde e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada Unidade Federativa.

Destaca-se os objetivos da PPI de acordo com a Portaria nº 1097/2006 do Ministério da Saúde:

“Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:



- I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;
- IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde;
- VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.”

Entre as causas identificadas pela auditoria como influenciadoras da incapacidade da PPI de refletir às demandas municipais por procedimentos de média e alta complexidades, nos municípios componentes da amostra, estão: o pequeno número de serviços de saúde estruturados para a oferta de serviços de complementação diagnóstica e procedimentos de média complexidade; o longo período sem atualização da PPI, tendo em vista que a PPI vigente foi pactuada no ano de 2001; a dificuldade das secretarias de saúde municipais em acompanhar as demandas pelos diferentes procedimentos de forma rotineira.

Entre as principais conseqüências de uma PPI que não consegue atender à demanda dos municípios estão a baixa resolutividade do sistema de saúde, o agravamento das doenças e a sobrecarga dos serviços de saúde mais estruturados, além da queda de qualidade no atendimento destes últimos.

Apesar de o sistema de referência e contra-referência estar entre os dez principais pontos negativos elencados pelos profissionais participantes da amostra, quando estimulados a estabelecerem uma nota para o funcionamento do sistema, a média atribuída ficou acima de 5,9 (cinco vírgula nove) para o sistema de referência e acima de 4,9 (quatro vírgula nove) para o sistema de contra-referência. O sistema de referência foi considerado bom por 49% dos profissionais entrevistados, ao passo que a contra-referência foi considerada boa por 39,4%.

**Tabela 5 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de referência por cargo**

Cargo	Média	Válidos	Desvio Padrão
Agente de Saúde	6,4082	49	2,0199
Dentista	7,3200	25	2,2679
Aux. Consult. Dentário	7,9545	22	1,2902
Enfermeiro	6,9688	32	1,9590
Médico	5,9524	21	1,4310
Aux. Enfermagem	6,9130	23	2,1514
Técnico de Enfermagem	6,8235	17	1,4246
Geral	6,8281	192	1,9460

$$F(0,05; 6; 182) = 2,779; p = 0,013 < \alpha = 0,05$$

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) foram obtidos os seguintes resultados:  $F(0,05; 6; 182) = 2,779; p = 0,013$ . Como  $p = 0,013 < \alpha = 0,05$ . Assim, conclui-se que existem diferenças significativas entre a avaliação do sistema de referência entre os profissionais. Observa-se que os médicos atribuíram a menor média.

**Tabela 6 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de referência por região**

Região	Média	Válidos	Desvio Padrão
1	6,3684	38	1,9090
2	7,5455	44	1,5768
3	7,1613	62	1,8921
4	6,1042	48	2,0653
<b>Geral</b>	<b>6,8281</b>	<b>192</b>	<b>1,9460</b>

$$F(0,05; 3; 188) = 5,949; p = 0,001 < \alpha = 0,05$$

De acordo com a análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) conclui-se que existem diferenças significativas entre a avaliação do sistema de referência entre as regiões ( $p = 0,001 < \alpha = 0,05$ ). A partir do teste de Scheffé, observa-se que existem diferenças significativas entre as regiões 1 e 4 (com menor média) e as regiões 2 e 3.

**Tabela 7 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de contra-referência por cargo**

Cargo	Média	Válidos	Desvio Padrão
Agente de Saúde	6,0833	48	1,7845
Dentista	6,8800	25	2,2971
Aux. Const. Dentário	7,7619	21	1,2611
Enfermeiro	4,9032	31	2,8326
Médico	4,9524	21	1,8568
Aux. Enfermagem	6,0909	22	2,1802
Técnico de Enfermagem	6,8235	17	1,5098
Geral	6,1117	188	2,2164





$$F(0,05; 6; 178) = 6,062; p = 0,000 < \alpha = 0,05$$

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) conclui-se que existem diferenças significativas entre a avaliação do sistema de contra-referência entre os profissionais ( $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ ). A partir do teste de Scheffé, observa-se que existem diferenças significativas entre os Auxiliares de Consultório Dentário e os médicos e enfermeiros (menores médias).

**Tabela 8 - Avaliação dos profissionais quanto ao funcionamento do sistema de contra-referência por região**

Região	Média	Válidos	Desvio Padrão
1	5,4211	38	2,1514
2	6,7045	44	2,4926
3	6,3770	61	2,0180
4	5,7556	45	2,0906
Geral	6,1117	188	2,2164

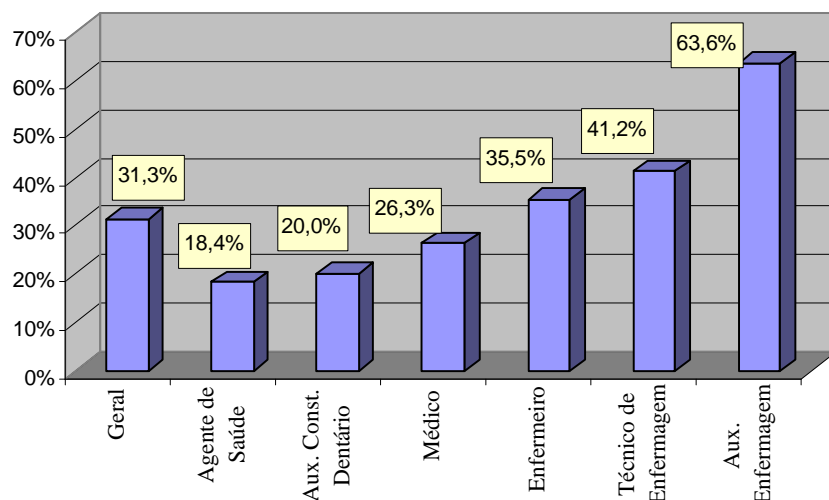
$$F(0,05; 3; 184) = 3,055; p = 0,03 < \alpha = 0,05$$

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) conclui-se que existem diferenças significativas entre a avaliação do sistema de contra-referência entre as regiões ( $p = 0,03 < \alpha = 0,05$ ). A região 1 recebeu a pior média.

Acrescenta-se que diante da necessidade crescente de atendimento às demandas por procedimentos não disponíveis em seu território e insuficientemente contemplados na PPI, alguns municípios, utilizaram-se da formulação de consórcios para compartilhar profissionais especialistas e centros de diagnósticos para elevar o nível de resolutividade do sistema quanto aos procedimentos de média complexidade. Nesse sentido atua o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri Ocidental (CISCO), tendo natureza jurídica de Associação Civil de Direito Público e contando com a participação dos seguintes municípios: Amparo, Camalaú, Congo, Gurjão, Livramento, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Cariri, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé, Zabelê, Monteiro, Coxixola.

### **3.1.2 Precariedade do vínculo dos profissionais**

Quando da realização das entrevistas com os profissionais integrantes da equipe de Saúde da Família, verificou-se que apenas 31,3% afirmaram ter ingressado na Estratégia Saúde da Família (ESF) mediante concurso público. Entre os médicos, o percentual alcançou 26,3%. Adicionalmente, mais da metade dos entrevistados alegaram não ter direitos trabalhistas assegurados, tais como férias, 13º salário, adicional de remuneração de férias.



**Gráfico 1 - Percentual dos profissionais contratados por Concurso Público**

A situação descrita decorre, em especial, da baixa frequência de realização de concursos públicos por parte dos municípios analisados para a área de Saúde da Família e da ausência de uma estratégia de reposição/substituição de pessoal, que acabam por resultar, entre outros fatores, em alta rotatividade dos profissionais e na perda de vínculo entre os profissionais e os pacientes.

Com base na análise dos documentos fornecidos pelas prefeituras dos municípios componentes da amostra, especialmente os contratos de trabalho, folhas de pagamento e documentos que registram nomeação/exoneração de profissionais, foi constatado que em metade dos municípios a forma de ingresso dos profissionais na ESF ocorre através da contratação por excepcional interesse público. Tais contratações são frequentes, apesar das características do contrato por excepcional interesse público, centrado na temporariedade do vínculo e na excepcionalidade do fato, não serem condizentes com o vínculo, regular e permanente, que a Administração Pública Municipal deveria guardar com os profissionais de saúde, especialmente quando considerados os objetivos da ESF.

A precariedade do vínculo de contratação entre os profissionais e a Administração ficou evidenciada, ademais, no reduzido tempo de permanência dos médicos nas equipes de SF. Ressalta-se que 54,5% dos médicos entrevistados estão vinculados à ESF há menos de um ano, além de que 59,1% dos médicos informaram possuir outro trabalho remunerado. Na avaliação dos Secretários Municipais de Saúde entrevistados, a dificuldade de reposição dos profissionais de saúde foi pontuada em uma média de 5,7, na escala de zero a dez.

**Tabela 9 - Média do tempo de trabalho dos profissionais entrevistados na atual USF**

Cargo	Média	Válidos	Desvio Padrão
Agente de Saúde	8,6933	46	3,6008
Dentista	1,9667	24	2,3252
Aux. Const. Dentário	3,3405	21	2,6545
Enfermeiro	3,5067	30	3,4525
Médico	2,0795	20	2,2081
Aux. Enfermagem	6,8373	22	8,1314
Técnico de Enfermagem	4,1711	18	2,5972
Geral	4,9258	185	4,7268

**F (0,05; 6; 174) = 12,773; p = 0,000 <  $\alpha$  = 0,05**

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) é possível concluir que existem diferenças significativas entre tempo médio de trabalho na atual USF entre os profissionais ( $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ ). A partir do teste de Scheffé, observa-se que existem diferenças significativas entre os Agentes de Saúde e os demais profissionais, com exceção dos Auxiliares de Enfermagem. Em média, os dentistas e médicos estão vinculados à atual USF há aproximadamente dois anos.

Entre os municípios componentes da amostra que encaminharam a esta Corte de Contas documentações relativas à forma de admissão dos profissionais da ESF, 06 (seis) adotavam a contratação por excepcional interesse público, 02 (dois) adotavam a contratação com base na Lei de Licitações (Lei n. 8666/93) e 01 (um) afirmou ter realizado contrato verbal com os profissionais. Alguns instrumentos de contratação chegavam a prever a inaplicabilidade de direitos trabalhistas aos casos por eles regidos.

Acerca dessa matéria destaca-se que o concurso público deve ser entendido como a principal forma de ingresso em cargos/empregos públicos, especialmente por oferecer a todos iguais oportunidades de disputar cargos ou empregos públicos, além de atender aos princípios da legalidade, igualdade, impessoalidade, eficiência e moralidade. Nesse sentido, deve ser excepcionado, apenas, nos casos de cargo de provimento em comissão e na contratação temporária para atender a necessidade transitória de excepcional interesse público. Esta última restrita, de acordo com a doutrina majoritária no país, a exemplo de Carvalho Filho (2007), Dallari (1992) e Cretella Júnior (1991), apenas aos casos de contratos para desempenho de funções temporárias, não aos de necessidade permanente. Em circunstâncias especialíssimas, tal modalidade poderia ser aplicada aos serviços de natureza permanente, no entanto, apenas durante o tempo necessário para a realização de concurso público, entendimento defendido por Mello (1991). Outro aspecto diz respeito à questão da excepcionalidade do interesse, que indica situação anômala, de repercussões imprevisíveis, e não de normalidade.



Entre as principais conseqüências relacionadas aos problemas vinculados à forma de ingresso dos profissionais da ESF estão: elevada rotatividade, com dificuldades de estabelecimento de vínculos dos profissionais com a comunidade; dificuldade de manter as equipes completas; e, em casos de impossibilidade de reposição dos profissionais que fazem parte da equipe mínima obrigatória para o funcionamento das unidades, a perda de credenciamento perante do Ministério da Saúde.

Acerca da percepção dos profissionais sobre sua remuneração, obteve-se uma nota média de 5,86. Aproximadamente metade dos profissionais (47,4%) considerou regular a remuneração percebida no âmbito da ESF e a apontaram como um dos principais pontos negativos no contexto da ESF. Entre as 265 sugestões dadas pelos integrantes das equipes SF para a melhoria da saúde no Município em que trabalham, 30,56% estavam relacionadas à necessidade de maior valorização dos profissionais, especialmente quanto aos aspectos da formação e da remuneração.

**Tabela 10 - Avaliação da remuneração dos profissionais por região**

Região	Média	Válidos	Desvio Padrão
1	5,0250	40	1,9934
2	5,7045	44	2,2369
3	6,5397	63	2,1389
4	5,7959	49	1,6830
<b>Geral</b>	<b>5,8571</b>	<b>196</b>	<b>2,0854</b>

$$F(0,05; 3; 192) = 4,721; p = 0,003 < \alpha = 0,05$$

De acordo com a análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) pode-se concluir que existem diferenças significativas na avaliação da remuneração dos profissionais entre as regiões ( $p = 0,003 < \alpha = 0,05$ ). A partir do teste de Scheffé, observa-se que existem diferenças significativas entre a Região 1 e a Região 3. A pior média apresentada pela região 1 é explicada, em parte, pela proximidade com a capital e, conseqüente, maior oferta de emprego e remuneração.

### **3.1.3 Não há equipes completas disponíveis para oferta do atendimento dentro da carga-horária prevista para funcionamento das USF**

Na percepção dos usuários, uma dificuldade encontrada pela ESF para a efetivação de sua resolutividade está relacionada à ausência de alguns dos profissionais nas equipes de SF. Nesse sentido, destaca-se que no momento da visita *in loco* realizada às unidades de saúde da família (USF) dos municípios auditados, 41% dos médicos e 46,2% dos dentistas não estavam presentes, por outro lado, a



maior parte dos enfermeiros estava (82,1%). Entre os profissionais, 51,3% deles alegaram não serem substituídos quando não podem estar presentes na USF.

**Tabela 11 - Percentual dos profissionais não substituídos quando ausentes**

<b>Cargo</b>	<b>%</b>
Agente de Saúde	69,6%
Aux. Const. Dentário	50,0%
Aux. Enfermagem	26,3%
Dentista	0,0%
Enfermeiro	41,7%
Médico	52,6%
Técnico de Enfermagem	43,8%
Geral	51,3%

Um reflexo direto desta situação está na afirmação de 53,8% dos usuários entrevistados sobre o fato de já terem ficado sem atendimento quando necessitaram.

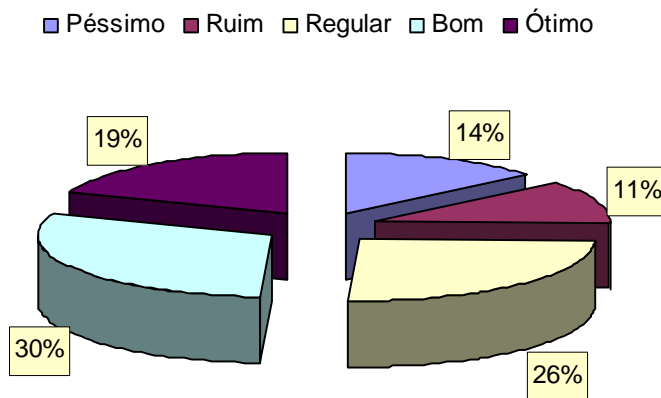
**Tabela 12 - Percentual de usuários sem atendimento por região**

<b>Região</b>	<b>%</b>
1	62,9%
2	51,7%
3	41,8%
4	58,1%
Geral	53,8%

Quanto ao cumprimento da carga-horária de trabalho própria dos profissionais da ESF, ou seja, de 40 (quarenta) horas semanais, 58,3% dos secretários municipais de saúde alegaram firmarem acordos informais para a redução da carga-horária. Em uma escala de zero a dez, os profissionais receberam a pontuação de 6,17 quanto a este quesito por parte dos secretários municipais. Em contrapartida, 38,3% dos usuários entrevistados consideraram ótimo o cumprimento dos horários pelo médico.

Entre as conseqüências de tais constatações podem ser destacadas a diminuição na qualidade do serviço prestado e a elevação no tempo de espera pelas consultas, além da sobrecarga dos profissionais presentes nas unidades de atendimento.

Um aspecto relevante a ser tratado é o fato de metade dos usuários entrevistados (50,9%) alegarem que o número de fichas disponibilizadas pela USF para o atendimento diário não atende à demanda (péssima/ruim/regular). Em contra-partida com a percepção dos usuários, 81,7% dos profissionais entrevistados entendem que a equipe teria capacidade de atender toda a demanda (bom ou ótimo).



**Gráfico 2 - Avaliação dos usuários quanto à quantidade de fichas disponibilizadas para atendimento diário**

A incompletude das equipes demonstra, mais uma vez, que a precariedade da forma de contratação dos profissionais influencia diretamente na dificuldade de operacionalização da Atenção Básica através da ESF. Dentro desse contexto, torna-se relevante a adoção de medidas de estímulo à permanência dos profissionais, passando pela modificação do processo de formação dos mesmos com características específicas para a melhor compreensão e para a atuação dentro da ESF, além da implementação de um maior controle da frequência e do cumprimento das cargas horárias de trabalho.

### **3.1.4 As Gerências Regionais de Saúde não acompanham efetivamente os Municípios**

Com base na análise dos questionários aplicados a 4 (quatro) gerentes de regionais de saúde do Estado, representando um terço do total das regionais, foi possível identificar que apenas uma gerência regional informou acompanhar a produtividade das equipes e a aplicação dos recursos vinculados à ESF. Os gerentes permanecem, em média, por um período de tempo de 6 (seis) meses à frente da regional, demonstrando elevada rotatividade dos responsáveis pela representação do Estado junto aos Municípios, comprometendo o envolvimento da esfera estadual na gestão da ESF.

Os dados coletados permitem concluir que a forma de atuação das regionais dificulta, além do acompanhamento do desenvolvimento da estratégia no Estado, o fornecimento de apoio aos gestores municipais. Não foi possível identificar a presença de uma metodologia de planejamento das ações das regionais.



### 3.1.5 Deficiência na educação continuada dos profissionais vinculados à ESF

A partir de uma análise dos documentos obtidos durante as visitas *in loco*, foi possível identificar que 61% dos municípios visitados contemplavam educação continuada dos profissionais de saúde em seus planos de saúde. Em entrevistas realizadas com os profissionais, identificou-se que os dentistas representam a categoria menos contemplada com capacitações – 16% afirmaram não ter participado de nenhuma. Estimulados a identificar os principais pontos negativos da ESF, a formação dos profissionais está dentre os mais indicados.

**Tabela 13 - Percentual dos profissionais que não realizaram capacitações**

Cargo	%
Agente de Saúde	5,9%
Aux. Const. Dentário	9,1%
Aux. Enfermagem	8,7%
Dentista	16,0%
Enfermeiro	3,1%
Médico	4,5%
Técnico de Enfermagem	5,6%
Geral	7,6%

Entre as causas prováveis relacionadas a este achado estão a limitação de recursos financeiros próprios e ausência de auxílio estadual quanto ao fornecimento de apoio técnico e pedagógico aos Municípios. Entre os efeitos estão a desatualização e desvalorização dos profissionais ligados à ESF, podendo resultar em redução na motivação para o trabalho.

Acerca da qualidade dos cursos de capacitação oferecidos, 45,1% dos profissionais alegaram considerá-los bom, com uma média geral de 6,58 em uma escala de zero a dez.

**Tabela 14 - Avaliação dos profissionais quanto à capacitação oferecida na ESF**

Cargo	Média	Válidos	Desvio Padrão
Agente de Saúde	6,3469	49	2,1559
Dentista	6,8800	25	1,7870
Aux. Const. Dentário	7,6364	22	1,8138
Enfermeiro	6,4688	32	2,1096
Médico	6,3182	22	1,9853
Aux. Enfermagem	6,0000	23	2,6458
Técnico de Enfermagem	6,7647	17	2,0775
Geral	6,5803	193	2,1323

**F (0,05; 6; 183) = 1,489; p = 0,184 >  $\alpha$  = 0,05**



A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) foram obtidos os seguintes resultados:  $F(0,05; 6; 183) = 1,489$ ;  $p = 0,184$ . Como  $p = 0,184 > \alpha = 0,05$ , conclui-se que as variâncias são homogêneas, isto é, dentro de cada um dos tratamentos a variabilidade é apenas devida a causas aleatórias, não existindo diferenças significativas entre as médias, com um nível de significância de 5%.

Entre as competências da secretaria municipal de saúde, conforme mencionado no item 2.1 da Portaria nº 648/2006 do Ministério da Saúde, estão o estímulo e a viabilização da capacitação e da educação permanente dos membros das equipes. Tal fato não exclui a responsabilidade da secretaria estadual de saúde, que deverá, em parceria com as secretarias municipais, articular apoio para as capacitações.

### **3.1.6 Atuação pouco eficaz dos Conselhos Municipais de Saúde**

Com relação ao nível de conhecimento dos componentes dos Conselhos de Saúde sobre a situação da saúde no município, as unidades de SF e as carências da população, os Secretários de Saúde avaliam com média de 7,67 (escala de 0 a 10) o grau de conhecimento desses conselheiros. Por sua vez, os secretários avaliaram com média de 7,83 (escala de 0 a 10) a atuação do Conselho no que diz respeito à identificação e repasse de problemas e sugestões relativas a ESF para a Secretaria Municipal.

Contudo, as atas também evidenciaram que, em média, por reunião, 2 (duas) queixas são recebidas da população para a melhoria da ESF. Por sua vez, as entrevistas efetuadas junto aos Conselheiros revelaram que os mesmos discutem essas queixas.

Por outro lado, verificou-se que em 39% das atas de reunião dos conselhos não foram identificados problemas a serem levados às Secretarias Municipais de Saúde. Destaque-se que 46,3% das atas de reunião dos conselhos não indicam sugestões para solução dos problemas identificados.

Não obstante as várias deficiências identificadas na atuação da ESF relatadas ao longo deste relatório, os Conselhos informaram que, em média, foram identificados 1,2 problemas no último mês, 3,2 problemas nos últimos 6 meses e 4,5 problemas no último ano. Já com relação às sugestões para melhoria da SF, em média, por reunião, os Conselhos recebem 1,79 oriundas das equipes de SF e 0,42 sugestões provenientes das Regionais de Saúde.

No que se refere à atribuição dos Conselhos Municipais de Saúde, diante das competências estabelecidas na Portaria MS nº 648/2006, é imperioso registrar que 72,7% (setenta e dois vírgula sete por





cento) das atas de reunião não evidenciam a aprovação do Plano de Saúde para o próximo exercício e 57,1% (cinquenta e sete vírgula um por cento) dessas atas não indicam a aprovação do Relatório de Gestão Municipal de Saúde.

Vale ressaltar, acerca das atas de reuniões que muitas vezes elas são pobres em informações, não conseguindo refletir os fatos corridos durante as reuniões.

A fraca atuação dos conselhos foi identificada com base nas poucas informações registradas nas atas de reunião. Também o pouco conhecimento acerca das atribuições dos conselheiros é um dos fatos que ocasiona problemas na atuação dos conselhos. Entre os efeitos de uma atuação deficiente estão as dificuldades de encontrar soluções para os problemas identificados pelas diversos atores ligados à ESF (profissionais, população, gestores), além do comprometimento, de uma forma geral, do bom funcionamento da estratégia Saúde da Família e da impossibilidade de concretizar o controle social.

### **3.2 QUESTÃO DE AUDITORIA 2 - AS UNIDADES DE SAÚDE E O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ESF**

#### **3.2.1 46,2% Unidades de Saúde não possuem uma infra-estrutura mínima adequada para atender aos objetivos da Estratégia, de acordo com a Portaria n. 648/2006**

A partir da visita *in loco* às USF dos municípios componentes da amostra, a equipe de auditoria identificou que em 74,4% delas não havia espaço físico destinado a atividades de grupo e em 43,2% não havia sala específica para vacinação; 45,4% dos usuários já ficaram sem atendimento por causa de problemas em equipamentos, dos quais 85,4% estavam relacionados a equipamento de odontologia. A situação demonstrada pelos dados mencionados reflete as dificuldades enfrentadas pela ESF nos municípios visitados.

Salienta-se que, quando questionados acerca dos pontos negativos que poderiam ser identificados no dia-a-dia da ESF, 23,0% das citações dos profissionais indicaram a precariedade da infra-estrutura das UBS.

Problemas relativos à conservação dos imóveis utilizados pelas Prefeituras para abrigarem os serviços de saúde vinculados à atenção básica envolvem desde a ausência de imóveis próprios, passando pela inexistência de espaços físicos destinados ao desenvolvimento de atividades indispensáveis à ESF – tais como as salas de vacinação, até a constatação do uso de imóveis de forma improvisada, sem adequadas condições de higiene, como pode ser identificado nas fotografias que seguem.



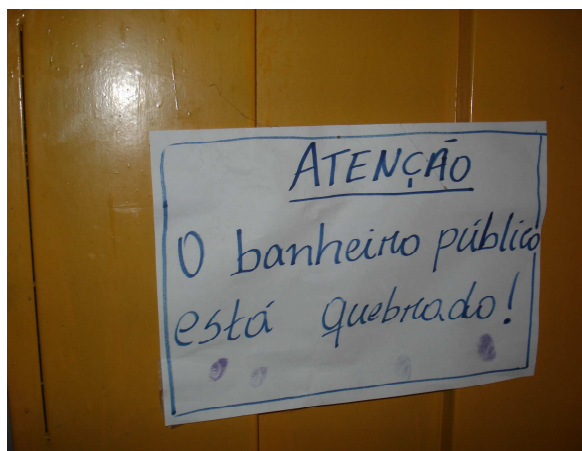
**Figura 3 – Sala de Exames**



**Figura 4 – Consultório Odontológico**



**Figura 5 – Parte interna da UBS e Banheiro dos usuários**



**Figura 6 - Sala de Medicamentos**

Salienta-se que, de acordo com a Portaria n. 648/2006, a infra-estrutura mínima necessária ao bom funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) deve incluir:

- “a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;
- b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
- c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;
- IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;
- V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.”



**Tabela 15 - Percentual de existência da infra-estrutura predial descrita na Portaria nº 648/2006 nas UBS visitadas**

<b>Infra-estrutura Predial</b>	<b>%</b>
Consultório médico	100,0%
Consultório de enfermagem	97,4%
Consultório odontológico	91,4%
Recepção	100,0%
Sala de arquivos	94,3%
Sala de cuidados de enfermagem	94,9%
Sala de vacinação	56,8%

Observou-se que apesar de todas as unidades de saúde visitadas possuírem consultório médico e recepção, 46,2% delas não possuíam simultaneamente todos os itens considerados como mínimos destacados pela mencionada Portaria para a infra-estrutura.

**Tabela 16 - Percentual de existência de toda a infra-estrutura predial descrita na Portaria nº 648/2006 nas UBS visitadas por região**

<b>Região</b>	<b>%</b>
1	33,3%
2	50,0%
3	40,0%
4	60,0%
Geral	46,2%

**Tabela 17 - Avaliação dos profissionais quanto à infra-estrutura por região**

<b>Região</b>	<b>Média</b>	<b>Válidos</b>	<b>Desvio Padrão</b>
1	6,8718	39	1,5590
2	7,6047	43	1,3477
3	6,9508	61	2,3694
4	5,4043	47	2,5847
Geral	6,7000	190	2,2205

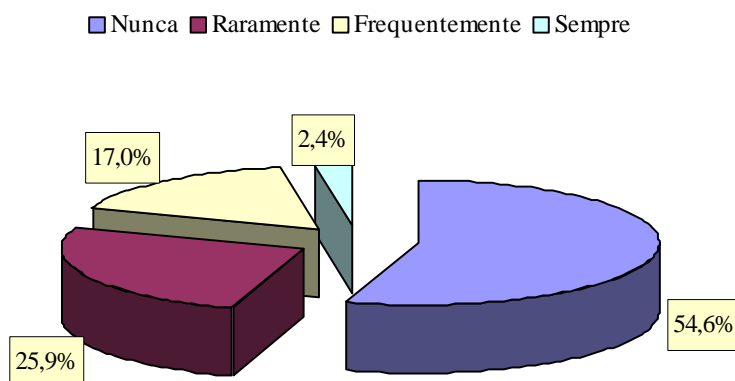
**F (0,05; 3; 186) = 9,084; p = 0,000 <  $\alpha$  = 0,05**

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) foi possível concluir que existem diferenças significativas entre a avaliação da infra-estrutura por parte dos profissionais entre as regiões ( $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ ). A partir do teste de Scheffé, observa-se que existem diferenças significativas entre a Região 4 e as demais regiões.



### 3.2.2 Insuficiência de equipamentos, insumos e medicamentos

A análise da disponibilidade de equipamentos na percepção dos usuários da ESF resultou na alegação de quase 50% dos entrevistados acerca da ocorrência freqüente de interrupção nos atendimento das unidades por problemas relacionados aos equipamentos. Na percepção dos profissionais, este foi o segundo ponto negativo mais lembrado.



**Gráfico 3 - Ausência de atendimento por quebra de equipamento na percepção dos usuários**

Durante a visitação *in loco*, verificou-se a inexistência de alguns equipamentos, entre os quais estavam: geladeira para vacinas, ausente em 44,7% das unidades inspecionadas; otoscópio, ausente em 32,4% das unidades; balança portátil, inexistente em 27% das localidades; autoclave, ausente em 25,6% dos casos; e, por fim, o fotopolimerizador utilizado pelos cirurgiões dentistas, inexistente em 24,3% das unidades.

**Tabela 18 - Avaliação dos profissionais à qualidade dos equipamentos de trabalho por região**

Região	Média	Válidos	Desvio Padrão
1	7,1316	38	1,4175
2	7,2955	44	2,0067
3	7,4286	63	1,8640
4	6,1600	50	1,9625
Geral	7,0154	195	1,9035

$F(0,05; 3; 191) = 5,12; p = 0,002 < \alpha = 0,05$



De acordo com a análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) conclui-se que existem diferenças significativas entre a avaliação da qualidade de equipamentos de trabalho por parte dos profissionais entre regiões ( $p = 0,002 < \alpha = 0,05$ ). A partir do teste de Scheffé, observa-se que existem diferenças significativas entre a Região 4 e as Regiões 2 e 3.

**Tabela 19 - Avaliação dos profissionais à manutenção dos equipamentos de trabalho por região**

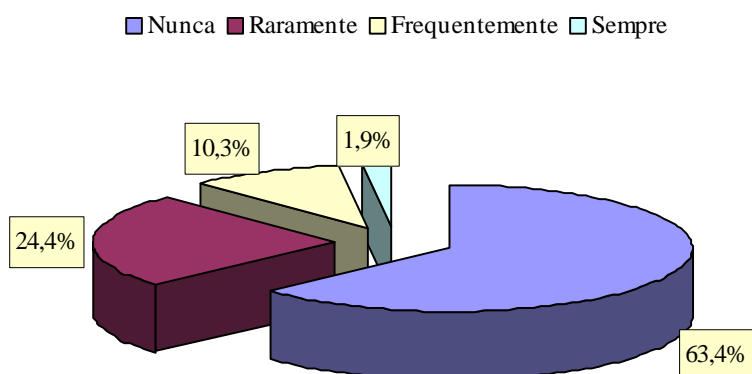
Região	Média	Válidos	Desvio Padrão
1	7,1026	39	1,4289
2	7,1395	43	1,6559
3	7,2951	61	2,2162
4	6,1224	49	1,8555
Geral	6,9219	192	1,9087

**F (0,05; 3; 188) = 4,14; p = 0,007 <  $\alpha$  = 0,05**

A partir da análise de variância executada no SPSS (ONE-WAY ANOVA) conclui-se que existem diferenças significativas entre a avaliação da manutenção dos equipamentos por parte dos profissionais entre regiões ( $p = 0,007 < \alpha = 0,05$ ). A partir do teste de Scheffé, observa-se que existem diferenças significativas entre a Região 4 e a Região 3.

Acerca da disponibilidade dos medicamentos prescritos, 50,4% dos usuários entrevistados alegaram não recebê-los nas USF. Em relação aos medicamentos descentralizados, durante as visitas *in loco* a equipe de Auditoria pôde constatar que eles estavam disponíveis em 58,6% das unidades de saúde da família. As seguintes ausências foram observadas: Eritromicina 500 mg comprimido, em 60% das unidades; Salbutamol 2mg/5ml, em 70,3% das unidades; Tiabendazol, em 85,7% das unidades.

Com relação aos insumos básicos, 36,6% dos usuários informaram já terem ficado sem atendimento por falta de material. Por outro lado, 91,2% dos insumos foram encontrados nas UBS quando da visita da Auditoria. Destacam-se as maiores ausências: material para sutura (38,5%), solução iodada (25,6%), instrumental odontológico (16,2%) e material para esterilização (12,8%).



**Gráfico 4 - Ausência de atendimento por falta de material na percepção dos usuários**

Verifica-se que a Região 4 apresentou os piores resultados relativos à infra-estrutura e equipamentos, a partir dos dados coletados.

Acerca da matéria destaca-se a previsão da Portaria n. 648/2006 que ao tratar da infra-estrutura enfatiza a importância da existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários ao funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo a dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

### **3.2.3 Ineficácia das ações de prevenção e promoção da saúde**

Quando questionados acerca da realização, por parte das equipes de SF, de palestras de educação para a saúde, 69,6% dos usuários das UBS participantes da amostra alegaram nunca terem participado de tais atividades. No entanto, daqueles que alegaram já terem participado de alguma palestra, 61% consideraram as mesmas como suficientes. Ademais, apesar de a maior parte dos usuários informarem que existem grupos de encontros para atividades educativas e preventivas, 87,8% relataram não fazerem parte ou freqüentarem nenhum desses grupos.

Acerca da realização de atividade de educação para a saúde, prevenção e promoção da saúde, salienta-se o fato de a ESF estar diretamente vinculada a uma atuação integral, visando o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos. A ausência de efetiva realização de atividades preventivas compromete diretamente a proposta de remodelamento da atenção à saúde, que não mais deve estar centrada em atividades meramente curativas.



Salienta-se que, atualmente, a estratégia entendida como mais promissora para o enfrentamento dos problemas de saúde que afetam as populações de seres humanos é representada, conforme destacado por Kuhn (2002), pela articulação entre a saúde e as condições/qualidade de vida. Esta abordagem diz respeito à “promoção de saúde”, conceito que destaca a importância do processo saúde-doença e seus determinantes, propondo a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde da população. A expressão “promoção de saúde” passou por uma evolução, estendendo seu foco de atuação além do nível de atenção da medicina preventiva com base no indivíduo, na família e em alguns grupos sociais, para alcançar, também, as medidas preventivas sobre o ambiente físico e os estilos de vida.

Nesse sentido, o conceito moderno de promoção de saúde traz impactos à compreensão de como deve estar organizada a atenção básica e, conseqüentemente, a Estratégia Saúde da Família, que ao representar um modelo de reorganização da saúde pública no Brasil, não deverá mais estar centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. A atuação das equipes que integram a ESF deve garantir especial atenção às ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

A ausência de investimentos em ações preventivas eleva a demanda por procedimentos curativos, elevando os custos financeiros de manutenção dos serviços públicos de saúde.

### **3.3 QUESTÃO DE AUDITORIA 3 – A ATUAÇÃO DO GOVERNO ESTADUAL QUANTO AO ACOMPANHANDO, MONITORANDO E AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA ESF NOS MUNICÍPIOS**

#### **3.3.1 Falta de planejamento do Estado para com a Estratégia de Saúde da Família**

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, os municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território. No entanto, ações importantes para o sucesso do projeto foram atribuídas aos Estados pela Portaria MS nº 648/2006, dentre elas:

“2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;





**IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;**

**V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;**

**VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;**

**VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;**

**VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;**

**IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;**

**X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;**

**XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;**

**XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;**

**XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:**

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

**XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;**

**XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;**

**XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;**

**XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;**

**XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;**

**XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;**

**XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;**

**XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e**

**XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.” (grifamos).**

Apesar de todas estas atribuições, o Plano Estadual de Saúde, não possui ações previstas para a Estratégia de Saúde da Família. O Orçamento do Estado não prevê a citada Estratégia como um Programa,



tão pouco como uma Ação. A aplicação dos recursos na Atenção Básica é definida em reuniões mensais das Gerências Executiva, Operacional em Gestão de Atenção Básica e Operacional de Monitoramento e Avaliação.

A análise dos instrumentos estaduais de planejamento (PPA e LOA) entre os exercícios de 2006 e 2009 evidenciou deficiências oriundas de constantes alterações efetuadas, demonstrando a descontinuidade de parte dos programas e ações ligados à ESF ao longo dos exercícios. O PPA 2004/2007 evidenciou inicialmente a existência de 18 (dezoito) programas e 87 ações na função SAÚDE. Por sua vez, o PPA 2008/2011 previu a existência de 14 (quatorze) programas e 97 ações.

**Tabela 20 - Despesas empenhadas na Função SAÚDE, no período de 2006/2009, por Programas**

Programas		2006	2007	2008	2009
0	Operações Especiais	124.895.714,00	148.217,72	132.233.106,77	89.187.041,16
5006	Apoio A Administração E Gestão Das Ações De Saúde	315.173,40	448.708,84	1.143.012,63	2.481.410,91
5012	Fortalecimento e Des	00	00	00	00
5037	Prevenção e Controle	1.054.682,09	1.192.829,00	00	00
5046	Apoio Administrativo	121.357.148,34	160.200.981,52	245.988.501,23	213.955.273,83
5050	Prevenção e Controle	2.738.903,99	1.270.325,19	00	00
5071	Gestão da Política D	100.775,18	339.811,58	00	00
5093	A Paraíba Faz Medica	00	205.710,21	00	00
5101	Atenção a Pessoa Por	00		259.094,61	476.980,28
5144	Preservação da Ordem	37.200,00	60.000,00	122.000,00	00
5149	Qualidade e Eficiência do Sistema Único de Saúde	4.099.770,00	8.689.738,74	00	00
5154	Remoção a Saúde	154.766.437,50	181.137.413,18	236.617.881,29	227.607.950,61
5176	Fortalecimento do Si	135.445,93	111.400,09	91.551,32	71.451,70
5180	Gestão de Rh	17.765.908,28	11.091.613,22	5.110.941,35	1.642.623,25
5181	SOS Vidas	59.091,12	93.121,95	00	00
5183	Cidadão Rural	18.706,60	00	00	00
5199	Saúde e Humanização	11.392.056,16	11.867.992,56	11.522.960,20	10.297.815,52
5250	Programa Leite da PB		51.879.926,03	63.690.041,60	62.894.538,72
5252	Defesa Agropecuária	1.100.029,22	00	00	00
5272	Saúde do Servidor	1.432.610,04	1.713.453,68	2.090.520,83	1.467.031,50
5278	Produção e Comercial	00	00	596.171,42	451.040,81
5315	Fortalecimento da Es	00	00	389.544,44	00
<b>Total</b>		<b>441.269.651,85</b>	<b>578.520.750,88</b>	<b>699.855.327,69</b>	<b>610.533.158,29</b>

Fonte: SIAFI



Entre as causas do achado está a falta de comprometimento formal do Estado para com a Estratégia Saúde da Família, com a Atenção Básica à Saúde como principal forma de atuação para a melhoria da saúde pública. As ações do Estados ainda permanecem focadas em atividades curativas em detrimento das ações de prevenção em saúde.

Quanto aos efeitos advindos de uma atuação em termos de planejamento estadual deficiente, pode-se mencionar maior dificuldades dos Municípios de cumprirem os objetivos da ESF, em parte por conta da deficiência no financiamento. A ausência de planejamento também implica diretamente na deficiência de controle da estratégia.

### **3.3.2 Pouco investimento financeiro do Estado na Estratégia Saúde da Família**

Avaliando os gastos do Estado com a Saúde em 2008, a partir dos dados registrados no SIAF constatou-se que foi classificado como investimento em saúde o total de R\$ 699.855.327,69, incluindo as despesas pagas com recursos próprios, transferidos e convênios. Deste total, foi investido na Ação 4005 – Fortalecimento da Atenção Básica apenas R\$ 217.548,98, ou seja, 0,03% do total. Ainda assim, tais recursos foram investidos em toda a atenção básica e não apenas na Estratégia Saúde da Família.

Desta feita, observa-se que o orçamento do Governo Estadual não contemplou, enquanto classificação funcional, um programa especificamente voltado para a Estratégia Saúde da Família. Nos exercícios de 2006 e 2007, a ação: 4005 “AMPLIACAO DAS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAUDE DA FAMÍLIA” esteve concentrado no programa 5149 “QUALIDADE E EFICIÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” e nos exercícios de 2008 e 2009 a ação 4005 teve seu nome alterado para “FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA” e foi inserido no programa 5006 “APOIO À ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DAS AÇOES DE SAÚDE. O desempenho da ação 4005 no período de 2006 a outubro de 2009 está demonstrado no quadro abaixo.

**Tabela 21 – Desempenho da ação 4005**

<b>AÇÃO: 4005</b>	<b>ORÇADA</b>	<b>EMPENHADA</b>	<b>PAGA</b>
<b>2006</b>	1.307.043,49	1.006.725,03	823.771,14
<b>2007</b>	754.642,47	87.879,77	78.769,77
<b>2008</b>	3.658.759,17	231.623,52	217.548,98
<b>2009</b>	5.646.049,18	530.105,42	481.578,60

Do total investido na Atenção Básica pelo Estado, a distribuição entre elementos de despesa ocorreu da seguinte forma:



- Diárias - Civil
- Equipamentos e Material Permanente
- Indenizações e Restituições
- Material de Consumo
- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
- Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
- Passagens e Despesas de Locomoção

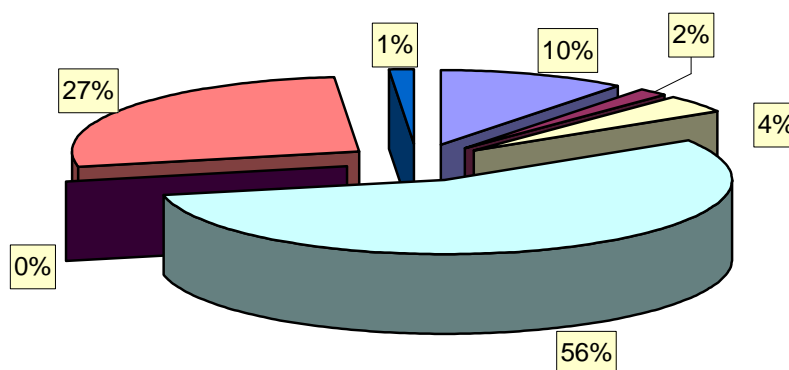


Gráfico 5 - Investimento em Saúde por Elemento de Despesa

Do gráfico acima, percebe-se que os investimentos mais relevantes encontram-se em três elementos de despesa, a saber:

- Material de Consumo
- Outros Serviços de Terceiros – Pessoas Jurídicas
- Diárias Civil

Do valor investido em “Material de Consumo”, 85,49% corresponde a despesas para fabricação e comercialização de medicamentos. Já em relação com “Outros Serviços de Terceiros – Pessoas Jurídicas”, 82,83% deste subtotal foi empregado na realização de cursos, palestras, eventos, material de divulgação de campanhas e outros.

A falta de políticas públicas específicas para a Atenção Básica pode ser um dos fatores que resultam no reduzido investimento financeiro. A deficiência de financiamento, por sua vez, resulta na queda da qualidade do serviço prestado à população.



### 3.3.3 Concentração dos serviços de saúde especializados nos Municípios de João Pessoa e Campina Grande

Sabe-se que a média e alta complexidade da saúde não fazem parte da atenção básica, muito menos da Estratégia de Saúde da Família. No entanto, a Estratégia deve ser a porta de entrada da saúde para todos os pacientes, segundo preconiza o Ministério da Saúde. Assim, um paciente com uma enfermidade grave, como câncer, deverá procurar o posto de saúde em que está cadastrado para que o posto providencie seu tratamento especializado.

Os tratamentos não realizados pelos postos de saúde são realizados através de referência a um serviço que os executem, de acordo com o que foi pactuado na PPI. A Secretaria de Saúde do Estado, assim define a PPI:

“A Programação Pactuada Integrada consiste num instrumento desenvolvido pelo SUS para dinamizar a sistemática da assistência à saúde, visando cumprir o preceito constitucional que assegura a todos o acesso irrestrito aos serviços de saúde em todos os níveis de abrangência. Assim, a Programação Pactuada Integrada tem como escopo garantir a população à cobertura dos serviços de média e alta complexidade disponíveis ou não em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do ente federativo.

A Programação Pactuada Integrada tem o condão de nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI. Os aludidos limites financeiros são definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI.

Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios” (Grifamos)

Como se depreende da descrição acima, a PPI estabelece limites para atendimentos especializados que não possam ser realizados no Município. Ocorre que um dos grandes problemas da saúde na Paraíba é que a pactuação não atende à demanda dos municípios. Tal problema gera a baixa resolutividade dos problemas identificados na Estratégia de Saúde da Família, além da insatisfação dos usuários.



O serviço de alta e média complexidade médica é condensado nos dois grandes municípios da Paraíba, quais sejam: João Pessoa (Capital) e Campina Grande, que conforme dados da tabela abaixo, respondem mais significativamente pela população e receita do Estado.

**Tabela 22 - Desenvolvimento de João Pessoa e Campina Grande**

Local	População 2007	% Paraíba	Receita 2008	Receita 2008
João Pessoa	674.762	18,53%	R\$ 644.737.705,07	11,65%
Campina Grande	371.060	10,19%	R\$ 227.373.653,64	4,11%
Patos	97.276	2,67%	R\$ 76.946.301,74	1,39%
Sousa	63.783	1,75%	R\$ 53.182.491,80	0,96%
Guarabira	54.200	1,49%	R\$ 43.854.674,35	0,79%
Paraíba	3.641.395	100,00%	R\$ 5.535.886.162,27	100,00%

Ao analisar os dados dos Cadernos de Informações de Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, é fácil perceber que, apesar de João Pessoa e Campina Grande concentrarem apenas 28,72% da população e 15,76% da receita do Estado, concentram, desproporcionalmente, os serviços de alta e média complexidade. Senão, vejamos:

Em relação a quantidades de leito de internação, os leitos menos especializados estão mais bem distribuídos no Estado, como os obstétricos, pediátricos e clínicos. Já dos leitos cirúrgicos e complementares da Paraíba, 52,58% e 77,08%, respectivamente, estão concentrados em João Pessoa e Campina Grande. 88,34% e 93,62%, respectivamente, dos leitos de Hospital e outras especialidades estão nos dois municípios citados, conforme demonstrado na tabela abaixo.

**Tabela 23 - Distribuição de leitos de internação**

Leitos de Internação	João Pessoa (JP)	Campina Grande (CG)	JP + CG	Paraíba (PB)	% de JP + CG na Paraíba
Hospital Dia	30	14	44	47	93,62%
Outras especialidades	288	0	288	326	88,34%
Complementares	115	70	185	240	77,08%
Cirúrgicos	306	162	468	890	52,58%
Obstétrico	247	62	309	867	35,64%
Pediátrico	115	79	194	812	23,89%
Clínicos	230	118	348	1579	22,04%



Em relação em como estão distribuídos os profissionais médicos, de acordo com a especialidade, vê-se que a única especialidade não concentrada nos dois maiores municípios da Paraíba é justamente a de Médico da Família. Para todas as outras levantadas, mais de 50% dos profissionais encontram-se em João Pessoa ou Campina Grande. Chama atenção, em especial, os anestesistas, dos quais apenas 18,98% estão em outros municípios do Estado.

**Tabela 24 - Distribuição dos recursos humanos por especialidades médicas**

<b>Categoria de Recursos Humanos</b>	<b>João Pessoa (JP)</b>	<b>Campina Grande (CG)</b>	<b>JP + CG</b>	<b>Paraíba (PB)</b>	<b>% de JP + CG na Paraíba</b>
Anestesista	394	148	542	669	81,02%
Pediatra	534	164	698	891	78,34%
Cirurgião geral	323	119	442	627	70,49%
Gineco obstetra	620	126	746	1069	69,78%
Psicólogo	339	93	432	654	66,06%
Radiologia	171	63	234	389	60,15%
Psiquiatra	73	29	102	171	59,65%
Fisioterapeuta	263	132	395	666	59,31%
Clínico geral	550	368	918	1736	52,88%
Médico da família	195	93	288	1326	21,72%

A concentração de equipamentos disponíveis ao SUS também segue a regra da concentração em João Pessoa e Campina Grande. Todos os aparelhos de ressonância magnética da Paraíba disponíveis ao SUS encontram-se nestes dois municípios, assim como 75% dos tomógrafos computadorizados e 56,25% dos Mamógrafos, equipamento essencial para prevenção do câncer de mama, que deve ser usado anualmente por todas as mulheres a partir dos 40 anos.

**Tabela 25 - Distribuição de equipamentos disponíveis ao SUS**

<b>Equipamentos disponíveis ao SUS</b>	<b>João Pessoa (JP)</b>	<b>Campina Grande (CG)</b>	<b>JP + CG</b>	<b>Paraíba (PB)</b>	<b>% de JP + CG na Paraíba</b>
Ressonância Magnética	4	2	6	6	100,00%
Tomógrafo computadorizado	9	3	12	16	75,00%
Mamógrafo	6	3	9	16	56,25%
Raio X	62	35	97	235	41,28%
Ultrassom	34	30	64	158	40,51%



Para finalizar, a quantidade de procedimentos especializados realizados na Paraíba, demonstra cabalmente a concentração de serviços especializados em seus dois maiores municípios, como demonstrado na Tabela 26.

**Tabela 26 - Distribuição da quantidade de procedimentos especializados realizados**

<b>Procedimentos especializados</b>	<b>João Pessoa (JP)</b>	<b>Campina Grande (CG)</b>	<b>JP + CG</b>	<b>Paraíba (PB)</b>	<b>% de JP + CG na Paraíba</b>
Anestesia	1134	1	1135	1159	97,93%
Terapias Especializadas	88434	656	89090	100281	88,84%
Próteses e Órteses	8130	47	8177	9361	87,35%
Anatomopatologia e Citopatologia	244665	25215	269880	324211	83,24%
Diagnose	195560	128079	323639	458508	70,59%
Radiodiagnóstico	149859	52596	202455	336821	60,11%
Exames Ultra-Sonográficos	89871	30845	120716	241325	50,02%

Diante de tais constatações, a demanda por procedimentos de diagnóstico acaba por sofrer excessivo acréscimo nos Municípios de João Pessoa e Campina Grande, comprometendo a resolutividade da estratégia e a satisfação dos usuários.

#### **4. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO**

Diante do exposto e visando contribuir para o aprimoramento da gestão e funcionamento da Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba, submetemos este relatório à consideração superior, com as seguintes propostas:

I. Recomendar à Secretaria Estadual de Saúde:

- a. A instituição de instrumentos de acompanhamento das secretarias municipais garantindo melhor articulação entre os municípios quando do estabelecimento das pactuações;
- b. A adoção de providências no sentido de estimular o acompanhamento mais eficiente, por parte das secretarias municipais de saúde, no que se refere às reais necessidades de procedimentos de média e alta complexidade;
- c. A realização de estudos para melhorar a distribuição dos centros de referência de atendimentos de média e alta complexidades no território estadual;





- d. A criação, em parceria com as secretarias municipais de saúde, de um cronograma de atualização mais freqüente da PPI, evitando que a mesma permaneça inalterada durante longos períodos;
- e. O incentivo, através da promoção e acompanhamento de capacitações, da formação de profissionais comprometidos e habilitados diante das necessidades particulares da ESF;
- f. O estabelecimento de uma metodologia de atuação para as regionais de saúde do Estado, inclusive com o estabelecimento de uma agenda de trabalho, tendo em vista a necessidade de maior integração entre os planejamentos estadual e municipais em matéria de ESF;
- g. A articulação junto às instituições de ensino para a formação de profissionais da área de saúde com treinamento voltado para o atendimento na perspectiva da ESF;
- h. A criação de condições para a inclusão da Estratégia Saúde da Família no planejamento orçamentário estadual, com ações específicas na Lei Orçamentária e no Plano Estadual de Saúde.

**II. Recomendar às Secretarias Municipais de Saúde:**

- a. A manutenção de um acompanhamento atualizado da necessidade por exames e procedimentos especializados em seu Município, com vistas a melhor subsidiar propostas de alterações na PPI;
- b. A realização de concurso público para a contratação dos profissionais vinculados à ESF objetivando a maior permanência dos profissionais nos municípios, inclusive para a formação de cadastro de reserva;
- c. A criação de um plano de cargos e carreiras para os profissionais integrantes da ESF visando, em última análise, fortalecimento do vínculo com a população;
- d. A adequação da infra-estrutura das Unidades de Saúde da Família aos requisitos mínimos estabelecidos pela Portaria MS nº 648/2006;
- e. O incremento da oferta de cursos de capacitação e educação continuada em saúde da família, com o estabelecimento de um cronograma de atividades;
- f. A distribuição, de forma eqüitativa, aos diversos componentes das equipes dos cursos de capacitação e educação continuada ofertados pelo Município;
- g. A promoção de maior esclarecimento da população acerca do papel da ESF na comunidade de forma a estimular o fortalecimento da identificação e do vínculo das famílias com os profissionais integrantes das equipes;



- h. A promoção de desenvolvimento de estratégias de incentivo à participação da população nas atividades educativas e preventivas;
- i. A maior divulgação das palestras oferecidas pelas equipes de SF;
- j. A diversificação das ações preventivas de forma a torná-las mais atrativas à população;
- k. O estabelecimento de um controle da atuação dos agentes comunitários de saúde;
- l. A disponibilização dos equipamentos mínimos necessários ao bom funcionamento das unidades de saúde da família;
- m. A adoção de uma rotina de manutenção dos equipamentos, especialmente os odontológicos, mais frequentemente acometidos por problemas e cujo conserto envolve maior tempo de espera e maior dispêndio financeiro;
- n. A disponibilização dos medicamentos necessários à atenção básica nas unidades de saúde da família, em atendimento à Portaria nº 648/2006;
- o. O acompanhamento do cumprimento da carga horária específica dos profissionais componentes das equipes de saúde da família.

**III. Recomendar aos Conselheiros Municipais de Saúde:**

- a. Uma atuação mais efetiva através da formalização de sugestões a serem encaminhadas às secretarias municipais de saúde para a resolução dos problemas levados às reuniões dos conselhos;
- b. Acompanhamento e fiscalização da implementação das melhorias necessárias advindas das sugestões encaminhadas às secretarias municipais de saúde;
- c. A evidenciação documental do resultado das apreciações do plano municipal de saúde e do relatório de gestão da saúde.

**5. BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Tendo em vista as recomendações enumeradas no item anterior, espera-se, com sua implementação, os seguintes benefícios, de acordo com cada um dos atores envolvidos no processo:



I. Secretaria Estadual de Saúde

- a. Pactuações melhor articuladas entre os Municípios e atualizadas com maior frequência;
- b. Melhora na distribuição dos centros de referência de encaminhamento para atendimento de média e alta complexidade;
- c. Atuação mais presente das Regionais de Saúde do Estado;
- d. Formação de profissionais mais capacitados à atuação na Estratégia Saúde da Família;
- e. Efetiva participação do Estado na aplicação de recursos orçamentários para a composição do financiamento tripartite da Atenção Básica;
- f. Maior transparência na aplicação dos recursos orçamentários estaduais vinculados à ESF.

II. Secretarias Municipais de Saúde

- a. Propostas de pactuações de atendimento mais bem elaboradas e condizentes com as necessidades de cada Município;
- b. Oferta de cursos de capacitação baseada num planejamento específico para cada Município;
- c. Profissionais mais comprometidos com a ESF e com vínculo forte com a comunidade;
- d. Profissionais atualizados e com oportunidade de aprendizado constante, demonstrando mais valorização por parte do Poder Público;
- e. Unidades de Saúde melhor equipadas, resultando na oferta de atendimento com maior qualidade;
- f. Controle de aquisição e disponibilização de medicamentos mais eficiente;
- g. Maior conhecimento e comprometimento da população local com a ESF, auxiliando na maior participação dos indivíduos, inclusive em atividades preventivas, com melhoria na saúde da população;
- h. Redução da demanda por procedimentos curativos, reduzindo, com isso, as despesas com saúde por parte do Poder Público Municipal.

III. Conselhos Municipais de Saúde

- a. Concretização do controle social da política municipal de saúde;
- b. Fiscalização mais eficaz da aplicação dos recursos na ESF.



**6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 17ª edição. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

DALLARI, Adilson Abreu. **Regime Constitucional dos Servidores Públicos**. 2ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1992.

CRETELLA JUNIOR, José. **Comentários à Constituição Brasileira de 1988**. Vol. 4. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Direito Administrativo na Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1991.

KUHN, Eunice. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta-Grossa-PR**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. 77 p.

João Pessoa, 15 de dezembro de 2009.

---

Adriana Falcão do Rêgo Troccoli

Matrícula: 370.110-7

---

Candice Marques

Matrícula: 370.587-1

---

Diego Sá de Moura

Matrícula: 370.668-1

---

Eduardo Ferreira Albuquerque

Matrícula: 370.593-5

---

Emmanuel Teixeira Burity

Matrícula: 370.293-6

---

Iracilba Pereira Alves

Matrícula: 370.297-9



---

Joseana F. Dantas Gualberto

Matrícula: 370.461-1

---

Plácido César Paiva Martins Júnior

Matrícula: 370.376-2

---

Renata C. Campelo Diniz

Matrícula: 370.581-1

---

Yara Sílvia Mariz Maia Pessoa

Matrícula: 370.080-1 (Coordenadora)

À DIAFI

Em: 05 /02 /2010.

Francisco Lins Barreto Filho

Chefe da DIAFI