



RELATÓRIO FINAL

Distrito Federal

Realização:



Controladoria
Geral





Auditoria Cívica na Saúde

Realização:



Controladoria
Geral



Apoio:



Patrocínio:



OBJETIVOS DA AUDITORIA CÍVICA:

O objetivo do projeto é capacitar o cidadão para que ele consiga acompanhar continuamente os serviços públicos do seu município ampliando e efetivando o Controle Social, gerando um relatório que demonstre o panorama da situação dos serviços de saúde do seu município para que dessa maneira seja possível dar mais qualidade aos serviços públicos prestados à população e ainda, conscientizando o cidadão de que é seu dever fiscalizar e cobrar do setor público serviços de qualidade.

1. INTRODUÇÃO

A origem do **Programa Saúde da Família ou PSF** no Brasil, atualmente conhecido hoje como "**Estratégia da Saúde da Família**", teve início em 1994, como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios para fortalecer a Atenção Primária à Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, no qual predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. No novo modelo, a família passa a ser o objeto central da atenção. O acompanhamento acontece no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a Estratégia da Saúde da Família é uma resposta à necessidade apontada em debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970.

O paradigma anterior é calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado. O novo modelo tem por desafio reorientar os recursos humanos, fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS). A importância da criação de um "novo modo de fazer saúde" é questão unânime entre os especialistas que debatem sobre a reforma sanitária brasileira.

No Brasil a origem do Programa Saúde da Família remonta na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de **PREVENÇÃO** e **PROMOÇÃO** da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o PSF como Política Nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas locais.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o Governo emitiu a **Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006**, onde ficou estabelecido que o PSF é a estratégia **prioritária** do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar **o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade**, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Em 2011 a **Portaria GM Nº 2.488/2011** revogou a portaria **GM Nº 648/2006** e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi um passo a mais dado para aperfeiçoar o Programa.

Como consequência de um processo de desospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, o Programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

2. PROJETO AUDITORIA CÍVICA NO DISTRITO FEDERAL

O projeto da Auditoria Cívica na Saúde no Distrito Federal é uma iniciativa do Instituto de Fiscalização e Controle (IFC), executado no Distrito Federal com o apoio da Controladoria-Geral do Distrito Federal (CGDF), através da Subcontroladoria de Transparência e Controle Social; da Faculdade Processus, através do Observatório

Social da instituição; e do Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT), que disponibilizou os espaços das suas promotorias regionais para apoio logístico, realizou a divulgação do projeto entre os servidores e seus membros, que participaram e respaldaram a ação. A iniciativa também contou com o apoio do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT), da Associação dos Peritos Criminais Federais (APCF), do Sindcomercio e da OAB-DF.

A ação foi executada no dia 10 de Junho de 2016, quando aproximadamente 300 auditores cívicos visitaram 63 unidades básicas de saúde distribuídas em 17 Regiões Administrativas do DF. Os auditores cívicos são cidadãos que, de forma voluntária, se dispuseram a contribuir para a melhoria da saúde pública.

O evento teve a abertura oficial no dia 9 de Junho de 2016, no auditório da Faculdade Processus, em Águas Claras. Contou com a presença da presidente do IFC, Jovita José Rosa, do Controlador-Geral do DF, Henrique Ziller, da Dra. Maria Rosynete de Oliveira, Procuradora Distrital dos Direitos Cidadãos do MPDFT e do Coordenador da Atenção Primária da Secretaria de Saúde do DF, Marcus Quito, além de professores e alunos da faculdade Processus e demais voluntários.

3. METODOLOGIA

a. FICHAS

A avaliação da atenção básica na saúde é realizada pelos auditores cívicos com o auxílio de fichas temáticas (checklist). Esse material foi desenvolvido e adaptado à realidade do DF pelo IFC com o auxílio da CGDF e de servidores da Secretaria de Saúde. São perguntas de fácil resposta, todas elas baseadas nas normas de funcionamento da UBS e da ESF. Foram priorizados alguns elementos de maior relevância dentre as diversas exigências.

Para cada Unidade de saúde foram aplicadas 8 fichas, a saber:

1. Estrutura Física
2. Farmácia
3. Equipamentos
4. Profissionais
5. Usuários

6. Agente Comunitário de Saúde
7. Informações Gerais
8. Insumos

b. VOLUNTARIADO

Os participantes foram divididos em 3 grupos: guardiões, facilitadores, e voluntários (a participação de todos foi voluntária).

Os facilitadores foram sensibilizados, capacitados e treinados pelo IFC juntamente com a CGDF. A tarefa dos facilitadores foi a de mobilizar a comunidade nas Regiões Administrativas (RA) para que, no dia marcado, participassem da realização da auditoria nas unidades escolhidas da RA. Os guardiões, um por RA, foram os responsáveis por fazer a coordenação dos facilitadores, dando um suporte e motivando-os na mobilização da comunidade. Também tiveram como tarefa treinar os voluntários de sua RA e dar suporte técnico no dia da auditoria. A auditoria contou com 14 guardiões.

Os voluntários foram convidados a participar por meio da articulação realizada pelos facilitadores e guardiões. Os Conselhos de Saúde Local, o Conselho Tutelar e grupos da comunidade local foram contatados. Nas redes sociais o convite foi feito à toda a sociedade. O MPDFT e a CGDF incentivaram a participação dos seus servidores, um bom grupo deles participou. Um grupo de aproximadamente 300 voluntários foi responsável pela realização da auditoria cívica em 63 unidades básicas de saúde do Distrito Federal.

c. ESCOLHA DOS POSTOS

A escolha das unidades que foram visitadas foi feita pelo MIT. O MIT está com um projeto para verificar qual o impacto da intervenção do controle social (metodologia do impacto) nas unidades visitadas. Do total de Unidades Básicas de Saúde do DF, foram escolhidas 134 para participar da pesquisa do MIT. Metade dessas foi escolhida para participarem da primeira etapa, recebendo a visita dos auditores cívicos que avaliariam sua situação. A outra metade não foi visitada nessa etapa. Posteriormente

farão uma comparação entre elas, buscando identificar o impacto decorrente do controle social, analisando se houve modificação na qualidade da saúde.

Em 3 das 67 unidades definidas na amostra, a equipe não realizou a visita, devido à falta de tempo e de voluntários.

4. COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA

Na última atualização do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em julho de 2016, a população do DF era de 2.648.532. A estimativa de população coberta por Agentes Comunitários de Saúde (que recebem visita dos ACS em suas casas) era de 545.100, o que representa uma cobertura de 20,58%. Já a estimativa de população coberta pelas Equipes de Saúde da Família era de 838.350, representando uma cobertura de 31,65%..

5. ACHADOS DE AUDITORIA

Os achados de auditoria apresentados nesse relatório foram classificados em quatro níveis, para cada um está relacionado um prazo para que seja solucionado, sendo:

- **PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS:** falta de medicamentos e insumos, coleta e separação de lixo, controle de vetores, adequação de ambientes (o prazo para verificação de resolução dessas medidas é de 5 dias úteis);
- **CURTO PRAZO:** em até 30 dias - pequenas manutenções de equipamentos, problemas que possam ser resolvidos com dispensa de licitação, adequação de ambientes.
- **MÉDIO PRAZO:** em até 60 dias - Manutenções e consertos de ambientes.
- **LONGO PRAZO:** em até 120 dias - para casos que exijam trâmite mais complexo segundo a lei vigente, como a construção de novos ambientes e compra de equipamentos.

Na metodologia aplicada, além do preenchimento do checklist, os auditores são estimulados a registrar outras observações. Essas observações também são muito

importantes, pois, muitas vezes, revelam situações específicas da unidade que impedem a prestação de um serviço de melhor qualidade, ou mesmo, que sejam executados. Na ação em Brasília os auditores fizeram muitas observações. Devido à dificuldade de determinar prazos específicos para a resolução de cada uma delas, foi adotado um prazo máximo de no **máximo de 120 dias** (prazo concedido para os casos em que há necessidade de procedimento licitatório).

Antes de apresentar a lista dos achados com as respectivas classificações, cabe registrar alguns achados que não serão classificados. São achados que dizem respeito a macro estrutura da saúde no DF, não se atendo a uma unidade específica. O objetivo com esse registro é trazer o assunto para a discussão buscando o aperfeiçoamento do serviço prestado, são eles:

1) A grande parte das Unidades de Saúde não têm acesso sobre a informação sobre demanda reprimida para especialidades e exames. Os auditores chegaram a essa conclusão ao verificar que os servidores das unidades não sabiam informar (e nem tinham acesso à informação) de qual a situação da demanda reprimida.

2) O agendamento de especialidades é centralizado, por meio do Sistema de Regulação (SISREG). O matriciamento e os encaminhamentos são feitos pelo médico generalista da equipe. Segundo relato de alguns postos, a espera para algumas especialidades supera doze meses.

3) Não há **transparência na lista de espera**, os usuários não sabem qual sua posição na lista.

4) Aumentar a oferta de consulta das especialidades é fundamental para a redução do tempo de espera.

5) O gerenciamento da resolutibilidade das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Básica (EAB) é importante para reduzir a demanda pelas especialidades. Investir na capacitação das equipes reduzirá a necessidade de encaminhamentos. Segundo o Programa, 80% dos casos devem ser solucionados pelas equipes.

6) É fator indispensável à Estratégia Saúde da Família o reconhecimento do território. A ESF só efetiva quando há a atenção a todas as famílias da área de abrangência. Há a necessidade inicial de fazer a territorialização seguindo os parâmetros da Política Nacional de Atenção Básica para que se possa adequar a unidade a realidade local, tanto em relação a estrutura física quanto de pessoal.

Muitas das Unidades não apresentam efetivamente a estratégia implementada, a territorialização não foi feita.

7) O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) encontra-se desatualizado. Em todas as Unidades de Saúde auditadas foram encontradas divergências entre a escala de profissionais fornecida pela unidade visitada e os dados fornecidos pelo CNES.

8) Há um grande número de Equipes de Saúde da Família incompletas, sem a quantidade mínima de profissionais para seu funcionamento. Na maior parte delas, há falta de Agentes Comunitários de Saúde e Médicos

As deficiências encontradas nas unidades podem ser sintetizadas nos seguintes pontos:

1) Unidades com espaço físico pequeno em relação a população atendida, levando ao uso compartilhado das áreas, muitas vezes de forma inadequada. A falta de espaço limita a quantidade de atendimentos;

2) Muitas Unidades encontram-se instaladas em casas alugadas, muitas delas com ordem de despejo devido a falta de pagamento. Essas unidades têm a estrutura bastante comprometida em relação ao esperado para um atendimento de saúde de qualidade;

3) A falta de manutenção das unidades compromete significativamente o estado de conservação – unidades apresentam infiltração, mofo, pintura descascada, infraestrutura elétrica e hidráulica comprometidas;

4) Foram identificados problemas de acessibilidade para portadores de necessidades especiais em algumas unidades. Os problemas encontrados foram: ausência de rampas, ausência de piso tátil para pessoas com deficiência visual, utilização de pavimentação não apropriada, largura inadequada de portas, sanitários não adaptados.

5) A ausência de depósito de lixo é comum em muitas unidades. O lixo é acondicionado de maneira inapropriada em bombonas e containers. Há casos em que os lixos comum e hospitalar estão dispostos juntos.

Nas próximas páginas estão apresentados os achados de cada unidade visitada, acompanhados dos respectivos prazos para a solução. Para cada Unidade de Saúde são apresentadas fotos, tiradas pelos próprios auditores cívicos, que mostram a situação encontrada por eles. Abaixo, no mapa, estão os achados realizados e o número de unidades visitadas em cada uma das regiões administrativas.

MAPA NÚMEROS POR CIDADE

