



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE



Adriana Maria Gomes Nascimento Leite

Roberta Lima Rodrigues

**Estudo descritivo da situação atual de
implantação da Política de Fortalecimento
da Atenção Primária à Saúde em
Pernambuco e atuação do Tribunal de
Contas do Estado**

RECIFE
2008

ADRIANA MARIA GOMES NASCIMENTO LEITE
ROBERTA LIMA RODRIGUES

Estudo descritivo da situação atual de implantação da Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco e atuação do Tribunal de Contas do Estado

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovado em 26 de maio de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Petrônio José de Lima Martelli
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Maria Cristina Sette de Lima
Faculdade de Ciência Médicas - UPE

Maria das Graças Santos Cavalcanti
Fundação Nacional de Saúde

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L533e Leite, Adriana Maria Gomes Nascimento.

Estudo descritivo da situação atual de implantação da política de fortalecimento da atenção primária à saúde em Pernambuco e atuação do Tribunal de Contas do Estado/ Adriana Maria Gomes Nascimento Leite, Roberta Lima Rodrigues. — Recife: Os autores, 2008.

74 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadores: Petrônio José de Lima Martelli e Maria Cristina Sette de Lima.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Epidemiologia Descritiva. I. Martelli, Petrônio José de Lima. II. Lima, Maria Cristina Sette de. III. Título.

Dedicamos este trabalho a Deus, em primeiro lugar, aos nossos familiares, a nossa orientadora Cristina Sette e a todos os gerentes do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, em especial Geraldo Fiscina, que tornaram possível a realização desta pós-graduação.

RESUMO

Esta monografia tem como objetivo caracterizar a situação atual de implantação da Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em Pernambuco, de outubro de 2007 a abril de 2008. Observaram-se os aspectos quanto ao quantitativo de Equipes de Saúde da Família certificadas por Gerência Regional de Saúde (GERES) no Estado, ao motivo da não certificação das equipes, por ponto de corte e ao total de recursos repassados (incentivo financeiro, kits de insumos estratégicos e atividades de educação permanente) aos municípios que tiveram equipes certificadas. Buscou-se também identificar meios de atuação do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco na fiscalização desta política. Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa da situação atual de implantação da Política de Fortalecimento da APS em Pernambuco, utilizando dados secundários da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. Os principais resultados mostraram que do total de 1.678 equipes implantadas em Pernambuco, 241 equipes foram avaliadas, perfazendo um total de 14,36%. Destas, 40,24% adequavam-se aos requisitos mínimos exigidos para a certificação; a I e a IV GERES obtiveram certificação em mais de 50% das equipes avaliadas; a V, VII, IX e XI GERES não obtiveram certificação em nenhuma das equipes avaliadas; as GERES VI, VIII e X não tiveram nenhum município avaliado até abril de 2008. O principal item responsável pela não certificação das equipes foi o não cumprimento da carga horária pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). Nenhum recurso referente a essa Política foi repassado ainda aos municípios contemplados com a certificação. O TCE/PE, órgão de controle externo do Estado de Pernambuco, reveste-se de fundamental importância na fiscalização da Política de Fortalecimento da APS no Estado, pois, possui relevante papel no controle dos recursos transferidos aos municípios com Equipes de Saúde da Família certificadas e no acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas por esta política.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde. Epidemiologia Descritiva.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DCE	-	Departamento de Controle Estadual
DCM	-	Departamento de Controle Municipal
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	-	Fundação Nacional de Saúde
GERES	-	Gerência Regional de Saúde
GM	-	Gabinete Ministerial
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IGDS	-	Índice Geral e Desenvolvimento Social
MS	-	Ministério da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PAB	-	Piso da Atenção Básica
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	-	Pernambuco
PITS	-	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	-	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF	-	Programa de Expansão da Saúde da Família
PSF	-	Programa Saúde da Família
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica

- SUS - Sistema Único de saúde
- TCE - Tribunal de Contas do Estado
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
3 MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 Atenção Primária à Saúde.....	10
3.2 A Estratégia Saúde da Família.....	11
3.3 A Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco.....	17
3.4 O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco.....	23
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Tipo de Pesquisa.....	27
4.2 Período do Estudo.....	27
4.3 Instrumento e Fonte de Dados.....	27
4.4 Análise dos Dados.....	30
4.5 Considerações Éticas.....	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1 Equipes certificadas por GERES no Estado de Pernambuco.....	32
5.2 Recursos repassados (Incentivo financeiro, kits de insumos estratégicos e atividades de educação permanente) aos Municípios que tiveram equipes certificadas.....	35
5.2.1 Incentivo Financeiro.....	35
5.2.2 Kits de Insumos Estratégicos.....	36
5.2.3 Educação Permanente.....	36
5.3 Atuação do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco.....	36
6 CONCLUSÕES.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde vem avançando de forma substantiva, e a cada dia se fortalece a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Nos últimos anos, acumularam-se evidências de que um Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária alcança melhores resultados à saúde das populações. Tais evidências provêm de estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006, p. 13-19) e apontam quais características da APS podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menos custos, ser mais satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais.

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e o conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006; TAKEDA, 2004, p. 76).

Em sua forma mais desenvolvida, Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 2002, p. 9).

A Atenção Primária à Saúde tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994. Foi uma proposta concebida dentro da vigência do SUS e teve como seu antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, onde já se trabalhava a família como unidade de ação programática. Os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram à busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de saúde da família (RONCALLI *apud* SILVA, 2006, p. 13).

Atualmente, em Pernambuco, há 1.678 Equipes de Saúde da Família implantadas, 13.958 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 959 Equipes de Saúde Bucal (ESB) - modalidade 1 e 36 Equipes de Saúde Bucal – modalidade 2 implantadas, perfazendo uma cobertura da população de 67,66% (PERNAMBUCO, 2008a).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco definiu a Estratégia Saúde da Família como prioridade para organizar a Atenção Primária no Estado. Com base nesse pressuposto, publicou, em 06 de agosto de 2007, a portaria n.º. 720 que estabelece a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de certificar as Equipes de Saúde da Família, fortalecendo assim a atenção primária e dando subsídios para melhoria das ações e da qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS. Essa política tem como áreas estratégicas a saúde da mulher e da criança; atenção às doenças prevalentes na infância e assistências às carências nutricionais; controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus; eliminação da hanseníase e controle da tuberculose; saúde do idoso; saúde bucal; promoção da saúde e atenção às populações rurais, afro-indígenas e dos assentados.

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, órgão de controle externo, não alheio à necessidade de responder à demanda que a sociedade impõe, desenvolve auditorias de acompanhamento da gestão pública, identificando oportunidades de melhoria na prestação dos serviços públicos, verificando se estão presentes os elementos de economicidade, eficiência, efetividade e eficácia. As avaliações realizadas visam possibilitar uma análise da qualidade do gasto público, aumentando o grau de transparência e confiabilidade na divulgação dos resultados obtidos pelos programas, projetos e atividades sob exame.

O presente trabalho se propõe a analisar a implantação da Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco, identificando o quantitativo de equipes certificadas por Gerência Regional de Saúde (GERES) e a situação atual de cumprimento dos objetivos propostos por essa política. Busca-se também, meios de atuação do TCE/PE na fiscalização dessa política. Dessa forma acredita-se estar contribuindo para a otimização do desempenho das ações governamentais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a situação atual de implantação da Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o quantitativo de equipes certificadas por Gerência Regional de Saúde no Estado de Pernambuco;
- Verificar os motivos da não certificação das equipes, por ponto de corte;
- Verificar o total de recursos repassados (incentivo financeiro, kits de insumos estratégicos e atividades de educação permanente) aos municípios que tiveram equipes certificadas;
- Identificar meios de atuação do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco na fiscalização dessa política.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

A APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas de saúde mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p.28).

A declaração de Alma Ata reconheceu que a Atenção Primária reflete e evolui a partir de condições econômicas e características políticas e sócio-culturais de um País e suas comunidades. As características de cada sistema de atenção primária, portanto, são únicas. Dois países nunca configurarão seus sistemas de forma idêntica, e o sistema de atenção primária pode até mesmo diferir dentro dos países se as regiões tiverem características históricas, políticas e culturais diferentes (STARFIELD, 2002, p. 665).

O consenso mostra que a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados no modelo médico-hospitalocêntrico demonstra evidentes sinais de esgotamento, aponta-se a necessidade de traçar estratégias claras para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população. Desta forma, a APS mostra ser um elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de influir para a melhoria dos indicadores e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo acesso

universal com reais benefícios à saúde da população (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p.16).

O SUS avançou de forma substantiva desde que foi criado, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da APS nesse processo. Os esforços dos governos nas diferentes esferas administrativas (federal, estadual e municipal), dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm ao encontro do consenso de que ter a APS como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes. Vários estudos realizados em países desenvolvidos demonstram o impacto positivo da APS na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 15).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica¹ (PNAB), regulamentada pela portaria nº. 648 de 28 de março de 2006, a Atenção Básica tem como fundamentos:

- Possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- Efetivar a integralidade das ações;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população;
- Valorizar os profissionais de saúde através de estímulo e capacitação;
- Realizar planejamento, programação e avaliação das ações;
- Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a).

Para operacionalização da política no Brasil utiliza-se de uma estratégia nacional prioritária, que é a Saúde da Família de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 23).

3.2 A Estratégia Saúde da Família

Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o

¹ Os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” têm o mesmo significado.

pagamento dos serviços prestados por hospitais, a Atenção Básica passou a ser a área de concentração de esforços, programas e investimentos (BRASIL, 2005, p. 15).

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências estaduais e regionais bem sucedidas. Em 1991, a experiência bem sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde (MS) a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado inicialmente na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, e formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna. Em 1992, denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e as secretarias estaduais de saúde, que previa repasses de recursos para custeio do Programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos agentes. Com o PACS, começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANNA; DAL POZ, 1998, p.19).

A criação do PACS, pelo Ministério da Saúde, foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de atenção à saúde, tendo como objetivo central estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno infantil. Seu êxito foi tamanho que impulsionou a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Família. Isto refletiu a valorização da intervenção no nível familiar, como forma de integração e dinamização das diversas políticas de saúde (GATTÁS, 2003, p.17).

O Programa Saúde da Família surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA; LABATE, 2005, p.1028)

De acordo com Muniz (2005, p. 180):

o Ministério da Saúde lança, em 1994, o PSF como alternativa de ampliação da eficácia das ações básicas desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. O primeiro documento produzido sobre o PSF pela Fundação Nacional de Saúde, em 1994, estabelecia como critério para implantação os municípios incluídos no Mapa da Fome, definido pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

Os grupos sociais alvo desta estratégia foram, inicialmente, os de maior vulnerabilidade sócio-econômica a fim de contribuir para a diminuição das iniquidades em saúde (BRASIL, 1994 *apud* HARZHEIM; STEIN, 2006).

De acordo com Negri (*apud* SILVA, 2006, p. 17) durante décadas, no Brasil, não se deu necessária prioridade à assistência básica de saúde da população.

O autor disse ainda que:

o resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante dos hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra conseqüência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento de doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2005, p. 17).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em seu 2º Seminário realizado na Bahia, ano 2003, com os secretários estaduais de vinte e sete estados brasileiros, definiu a APS como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa resolubilidade. O PSF foi então considerado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe multidisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 19).

Macinko, Guanais e Souza (2006, p. 16) afirmam que um modelo assistencial de atenção baseado na promoção e proteção, no diagnóstico precoce, na recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, é fundamental para melhorar os indicadores de saúde. Os referidos autores revelaram a importante contribuição do PSF no decréscimo da mortalidade infantil no Brasil, estimando que um aumento de 10% na cobertura do PSF poderia levar a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil.

De acordo com relatório “Situação Mundial da Infância 2008 - Sobrevivência Infantil” - do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Brasil conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de crianças de até um ano a quase metade, e a de crianças de um a cinco anos em mais de 60% no período de 1990 a 2006. Segundo avaliação do UNICEF, o grande acerto brasileiro ficou por conta da escolha do modelo de atenção à saúde: “A decisão de sair do modelo hospitalar para um modelo que dá prioridade à saúde da família, à saúde da comunidade, à prevenção, a ações simples e baratas, com impacto altíssimo sobre a vida das crianças” (BRASIL, 2008).

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família, que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde, em 28 de março de 2006, publica a Portaria nº. 648, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Essa política estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. A citada portaria, no capítulo II do seu anexo, afirma que além dos princípios gerais da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

1. ter caráter substitutivo em relação à rede da Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
2. atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre a postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
3. desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
4. buscar integração com instituições organizacionais sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
5. ser um espaço de construção e cidadania (BRASIL, 2006a).

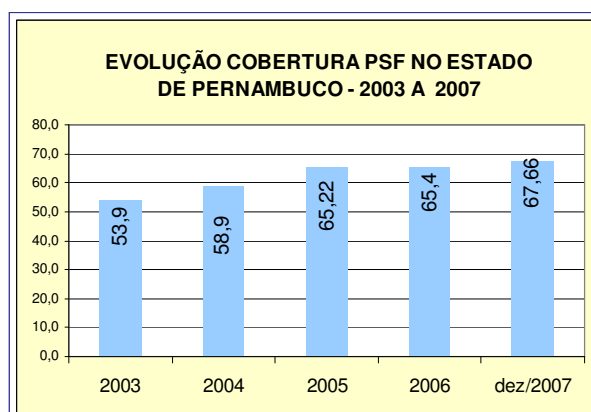
A Política Nacional de Atenção Básica discorre também sobre os itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

- I. existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- II. número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- III. existência de Unidade Básica de Saúde (UBS) inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:
 - 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;

- d. garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e,
- e. existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2006a).

A mínima composição da Equipe de Saúde da Família requer a presença de médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A esta composição pode somar-se a Equipe de Saúde Bucal que em sua modalidade 1 é composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, podendo ser reforçada pela presença de um técnico em higiene dental (modalidade 2). Cada Equipe de Saúde Bucal será responsável pela população de uma ou no máximo duas Equipes de Saúde da Família (CONSELHO NACIONAL SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 82).

O gráfico a seguir demonstra, em percentual, a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, no período de 2003 a 2007:



Fonte: Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2008.

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que o financiamento da atenção básica se dá em composição tripartite. O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste no montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações da Atenção Básica à Saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica (CONSELHO NACIONAL SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 130).

O PAB é composto por uma parte fixa (PAB fixo), per capita, destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena; e Saúde do Sistema Penitenciário (BRASIL, 2006a).

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde da Família registrado no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no mês anterior ao da respectiva competência financeira (BRASIL, 2006a).

Para a implantação das Equipes de Saúde da Família os municípios e/ou o Distrito Federal recebem recursos específicos para estruturação das unidades básicas de saúde de cada Equipe de Saúde da Família, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos para o trabalho dessas equipes e para a realização do Curso Introdutório Saúde da Família para a referida equipe. Esse recurso é transferido do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde em duas parcelas de 10 mil reais nos meses subsequentes à implantação, totalizando 20 mil reais por equipe implantada (CONSELHO NACIONAL SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 34).

Para o custeio das Equipes de Saúde da Família são estabelecidas duas modalidades de financiamento:

1. Equipe de Saúde da Família Modalidade 1 - são as equipes que atendem aos seguintes critérios:
 - I. Estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do país; ou
 - II. Estiverem implantadas em municípios que integram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados nos estabelecidos no item I e;
 - III. Estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nos itens I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residentes em assentamentos de, no mínimo, setenta pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.
2. Equipe de Saúde da Família Modalidade 2 – são as equipes implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1 (BRASIL, 2006a).

A portaria nº. 650, de 28 de março de 2006, estabelece que o valor dos incentivos financeiros referente às Equipes de Saúde da Família Modalidade 1 é de R\$ 8.100,00 a cada mês, por equipe. Para as equipes modalidade 2 são transferidos R\$ 5.400,00 a cada mês, por equipe (BRASIL, 2006b).

3.3 A Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco

Em 2003, o CONASS, reunido em Sergipe, apresentou como consenso de suas discussões referentes à organização, gestão e financiamento do SUS, a Carta de Sergipe. No item dois dessa Carta, os Secretários de Estado da Saúde propõem o fortalecimento da Atenção Primária:

Propõem o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo-a como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e como eixo fundamental pra a mudança de modelo assistencial. Defendem a responsabilidade inerente do gestor municipal pela organização e operacionalização da atenção primária, mas entendem como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, da cooperação técnica e de avaliação, no âmbito de território regional e estadual (CONSELHO NACIONAL SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p.74-75)

Os estados têm papel fundamental na manutenção das ações de Atenção Básica, conforme salienta a Política Nacional de Atenção Básica. Alguns estados, anteriormente à edição da PNAB, já definiram e executam políticas de incentivo financeiro estadual para implantação e custeio de Equipes de Saúde da Família. Um dos aspectos mais importantes sob responsabilidade dos estados na gestão da Atenção Primária é o monitoramento. O desenvolvimento de estratégias de qualificação da atenção prestada é sempre muito importante, com destaque as metodologias de valorização dos resultados (CONSELHO NACIONAL SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 153).

O apoio financeiro dos estados às ações de Atenção Primária pode ser efetivado de várias maneiras, como por exemplo: a) destinar um valor per capita (aos moldes do PAB); b) desenvolver metodologias de valorização de desempenho para municípios e equipes; c) priorizar regiões mais desfavorecidas socialmente; e, d) contratar pessoal para a Estratégia Saúde da Família, entre outros (CONSELHO NACIONAL SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 153).

O quadro abaixo representa algumas das experiências estaduais que utilizam um ou mais critérios para esse financiamento:

SES	FONTES	MODALIDADE	CRITÉRIOS
Bahia	Fundo Estadual de Saúde	Transferência fundo a fundo	A habilitação dos municípios ao incentivo se dá mediante assinatura do Termo de Adesão ao incentivo financeiro estadual destinado ao PSF Certificação das Equipes de Saúde da Família da Bahia

SES	FONTE	MODALIDADE	CRITÉRIOS
Ceará	Fundo Estadual de Saúde	Repasse para associações de ACS Convênio entre a SES/CE e os municípios para incentivo às ESB	Contratação dos ACS dos municípios do interior do estado Para municípios com menor IDH do estado
Espírito Santo	Tesouro Estadual	Convênio entre a SES e o município	Populacional: com população até 15 mil habitantes, e os incluídos na área da SUDENE com até 25 mil habitantes, com cobertura de 80% da população com PSF
Mato Grosso do Sul	Fundo Estadual de Saúde	Depósito em conta bancária do ACS Transferência fundo a fundo por Equipe de Saúde da Família e Saúde Bucal	-
Minas Gerais	Tesouro Estadual	Secretaria da Fazenda deposita na conta das prefeituras	Atestado mensal de funcionamento da equipes fornecido pela SES/MG. Contrato de Gestão, que prevê alcance de metas pactuadas. O “índice de necessidade de atenção primária” permite uma divisão dos municípios mineiros em quatro quartis, por grau de necessidade. O Estado repassa recursos diferenciados pra os municípios, visando atender o princípio da equidade.
Paraná	Fundo Estadual de Saúde	Transferência fundo a fundo	Possuir ESF e/ou ESB atuando de acordo com as normas do programa. Cumprir as metas dos Indicadores da Atenção Básica, da PPI e demais orientações estabelecidas pela equipe da Regional de saúde das suas áreas de abrangência, por ocasião da avaliação realizada.
Tocantins	Tesouro do Estado	Contratação de RH (médico, enfermeiro e odontólogo)	O Estado contrata os profissionais para compor as equipes de PSF. Todos os municípios recebem esse incentivo. Além disso, financia as ações como seleção dos ACS para os municípios.

Quadro 1: Apoio financeiro dos estados às ações de Atenção Primária

Fonte: Conselho Nacional Secretários de Saúde, 2007

No Estado da Bahia, a Portaria nº. 1.529, de 12 de junho de 2007, preconiza que o valor a ser transferido a cada município será definido em função do porte populacional, do Índice Geral e Desenvolvimento Social (IGDS), do número de Equipes de Saúde da Família e da classificação de suas equipes avaliadas pelo Programa Estadual de Certificação da Atenção Básica – instituído pelo Decreto nº. 9.034/2004 (BAHIA, 2007).

Em Alagoas, a Portaria nº. 498, de 12 de novembro de 2007, estabelece que implantação do incentivo será precedida de um monitoramento realizado por uma equipe formada por técnicos da Secretaria de Estado da Saúde atuando, conjuntamente, com técnicos

do Ministério da Saúde, cujo objetivo será avaliar as condições das equipes de Saúde da Família já existentes, destacando o cumprimento das exigências mínimas instituídas na Portaria 648 GM/MS. Esse incentivo terá como base o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família e cobertura da Estratégia de Saúde Bucal do município, acrescidos de incremento por distância da capital e tamanho da população. O valor do incentivo será incrementado ainda de um percentual correspondente ao cumprimento de no mínimo de dois ou, integralmente, do total de quatro dos indicadores elencados na portaria nº 648/MS, a saber:

- a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos na população feminina nesta faixa etária;
- d) cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95% (ALAGOAS, 2007).

Em Pernambuco, a Portaria nº. 720, de 06 de agosto de 2007, estabeleceu as normas gerais da Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, instituída pelo Decreto nº. 30.353, de 12 de abril de 2007, que tem por objetivos a valorização e a melhoria da cobertura e da qualidade da Atenção Primária ofertadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, por meio de Estratégia Saúde da Família.

Nessa portaria, ficaram definidas como áreas estratégicas para atuação da Atenção Primária:

1. Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança:
 - a) Redução da mortalidade infantil e materna;
 - b) Atenção ambulatorial à gravidez e ao puerpério;
2. Atenção às doenças prevalentes na infância e assistência às carências nutricionais:
 - a) Eliminação da desnutrição infantil;
3. Eliminação da hanseníase e controle da tuberculose;
4. Controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus;
5. Saúde do idoso;
6. Saúde bucal;
7. Promoção da saúde;

8. Atenção das populações rurais, de assentamentos de reforma agrária, de aldeias indígenas e remanescentes de quilombolas (PERNAMBUCO, 2007a).

Para a implementação dessas ações nos municípios, criou-se um incentivo financeiro estadual. Para fazer jus a esse incentivo, faz-se necessário cumprir critérios determinados na Portaria n.º.720. Entre esses, assegurar o cumprimento do horário integral – jornada de 40 horas semanais, de todos os profissionais nas Equipes de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde e Saúde Bucal; garantir a essas unidades recursos materiais, equipamentos, insumos suficientes para seu adequado funcionamento, estimular a capacitação dessas equipes e manter alimentados os sistemas de informações do Ministério da Saúde (PERNAMBUCO, 2007b).

A Política de Fortalecimento da APS consistirá na implementação dos seguintes componentes:

1. Incentivo financeiro para qualificação da Estratégia Saúde da Família e valorização dos profissionais integrantes do Programa;
2. Educação permanente e aperfeiçoamento dos recursos humanos na Estratégia Saúde da Família; e,
3. Insumos estratégicos de apoio para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.

A citada Portaria institui o incentivo financeiro de caráter suplementar destinado aos municípios do Estado de Pernambuco, habilitados na Estratégia Saúde da Família e certificados pela Secretaria Estadual de Saúde. As secretarias municipais de saúde certificadas receberão os seguintes valores:

- a) R\$ 1.200,00 (hum mil e duzentos reais) por equipe certificada;
- b) as equipes do Programa Saúde da Família, que atuarem nas áreas contempladas e cujos municípios formalizarem a adesão ao Programa Pacto pela Vida da Secretaria de Desenvolvimento Social, receberão a mais um incentivo de R\$ 600,00 (seiscentos reais).

Os recursos financeiros serão transferidos mensalmente do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Estes recursos deverão ser utilizados, exclusivamente, para o financiamento de ações desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde na Estratégia Saúde da Família, podendo contemplar atividades de qualificação de pessoal,

avaliação, aquisição de insumos estratégicos e equipamentos para uso nas Unidades de Saúde da Família.

De acordo com a Portaria nº. 720 compete à Secretaria Estadual de Saúde articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com as demandas e necessidades identificadas e pactuadas nos municípios.

Os insumos estratégicos de apoio para o desenvolvimento das ações básicas de saúde serão compostos por:

- Kit do ACS: uma balança do ACS; duas camisas; um jaleco; uma bolsa e um boné;
- Kit USF: uma autoclave; uma balança infantil; um glicosímetro; um otoscópio; um tensiômetro; um estetoscópio adulto; um estetoscópio infantil e um kit de espelhos (contendo quinze médios e quinze pequenos) (PERNAMBUCO, 2007a).

A habilitação/certificação será feita após a aplicação do Instrumento de Certificação na Equipe de Saúde da Família. A aplicação dos formulários de entrevista, para certificação, será iniciada após a realização das Oficinas de Fortalecimento da Atenção Primária nas GERES. A equipe que aplicará o Instrumento de Certificação foi treinada para este fim e é constituída por profissionais das várias áreas técnicas do nível central que trabalham nos diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, em um total de trinta e sete técnicos, podendo aumentar este número de acordo com a necessidade, e estão divididos para trabalhar em duplas nas 11 GERES (PERNAMBUCO, 2007c).

Segundo Bittar (*apud* MINAS GERAIS, 2005) “certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas”.

A certificação objeto deste trabalho incorpora o conceito expresso por Malik e Schiesari (1998) em que o objetivo precípua é de fato criar uma cultura institucional na busca da melhoria da qualidade da atenção prestada.

A certificação pode ser entendida como instrumento de orientação para avaliação de serviços. A certificação só tem a sua finalidade precípua adequada se caminhar posteriormente para melhorar a qualidade da assistência prestada (MINAS GERAIS, 2005).

A implantação da Política de fortalecimento da APS seguirá o seguinte fluxograma:

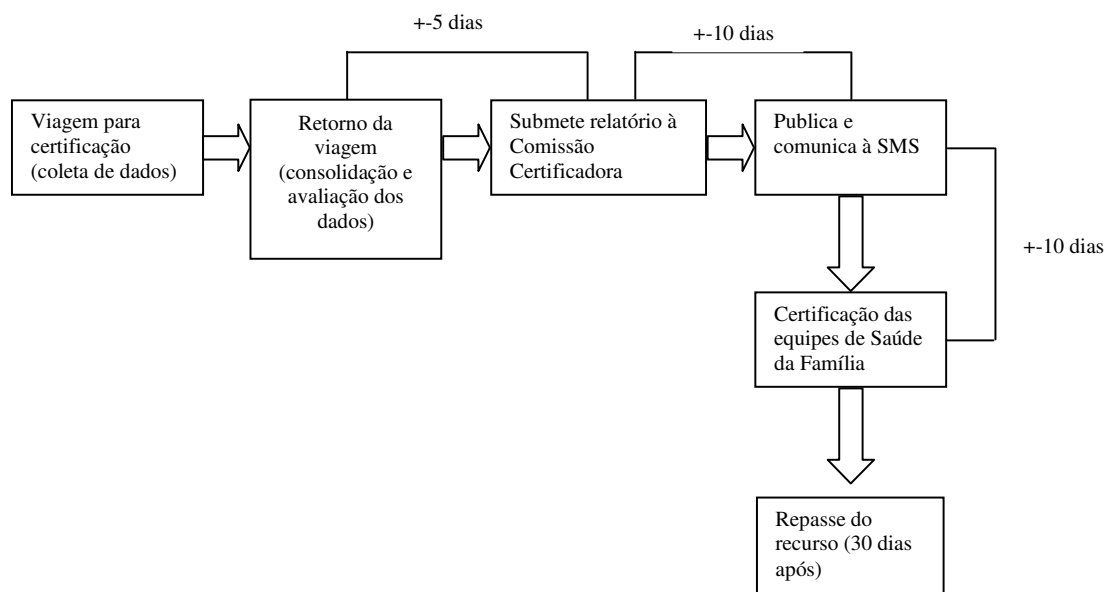


Figura 1: Fluxograma de implantação da Política de Fortalecimento da APS.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

Serão habilitados para a Política de Fortalecimento da APS os municípios que preencherem cumulativamente os seguintes critérios:

- a) Ter equipe completa da Estratégia Saúde da Família, com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de odontologia de acordo com a Portaria nº. 648, do Ministério da Saúde;
- b) Desenvolver as atividades de atenção à saúde, sejam preventivas, de promoção ou de assistência, desenvolvidas no período da manhã e da tarde, durante os cinco dias da semana, cabendo à secretaria Municipal de Saúde indicar, optativamente, em um destes dias, atividades suplementares às descritas acima, tais como desenvolvimento de educação permanente, planejamento e avaliação dos trabalhos ou outras consideradas pelo gestor local como relevantes à Estratégia Saúde da Família;
- c) Tenham unidade de atendimento, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, devendo, na região urbana, contar com pelo menos dois consultórios para assistência clínica, sendo um deles com equipamentos para coleta de exame papanicolaou, um consultório odontológico, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de espera, sala de arquivo e dispensação de medicamentos – caso não tenham local específico no município para a realização destes procedimentos. Nos

municípios com menos de dez mil habitantes, poderá ser considerada a existência de apenas um único local para a coleta de exame preventivo do câncer de colo;

- d) Em áreas rurais será considerada como experiência inovadora na Atenção Primária o modelo volante de atenção às comunidades remotas (PERNAMBUCO, 2007a).

O monitoramento e avaliação desse processo se iniciará após 12 meses da habilitação/certificação. A continuidade do repasse fica submetida à avaliação da comissão de habilitação/certificação, que observará as seguintes metas:

- a) Reduzir 5% em 12 meses, a contar da data da assinatura do termo de compromisso, das internações por condições sensíveis à intervenção ambulatorial;
- b) Cumprir 95% das vacinas do calendário básico em crianças menores de um ano e da tríplice viral nas crianças com um ano de idade, a partir do SIS-PNI;
- c) Ofertar pelo menos seis consultas de pré-natal às gestantes e uma as puérperas, tendo como base os dados do SIS - PRÉ-NATAL;
- d) Atender a pelo menos 50% dos itens contidos no Instrumento de Certificação;
- e) Manter alimentado o SIOPS (PERNAMBUCO, 2007a).

A inobservância das obrigações estabelecidas na Portaria nº. 720/07 e em seus anexos, bem como o emprego irregular dos recursos transferidos acarretará, alternativa ou cumulativamente, as seguintes penas:

- a) Devolução dos recursos transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde;
- b) Comunicação ao Conselho Municipal de Saúde;
- c) Comunicação ao Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco;
- d) Comunicação ao Ministério Público Estadual (PERNAMBUCO, 2007a).

3.4 O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco foi criado em 12 de dezembro de 1967, através da Lei Estadual nº. 6.078, como órgão auxiliar da Assembléia Legislativa no controle externo da administração financeira e orçamentária estadual, função que era exercida anteriormente pelo Tribunal da Fazenda do Estado, extinto automaticamente após instituição do TCE. É um órgão público com autonomia administrativa e financeira em relação aos Três

Poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário). A ele cabe a fiscalização da aplicação de todo o dinheiro público relacionado com o Estado de Pernambuco, nos âmbitos estadual e municipal (PERNAMBUCO, 2008c).

Compete ao TCE-PE examinar a legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade de qualquer ato administrativo de que resulte receita ou despesa. A ele também cabe verificar os atos que provoquem renúncia de receita, que é quando o ente público deixa de arrecadar os recursos que lhe cabe. Essa fiscalização ocorre em todos os Poderes do Estado e nos 184 municípios pernambucanos, através de suas Inspetorias Regionais, incluídas as entidades públicas com administração descentralizada, a administração indireta (autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista) e os responsáveis pela guarda de dinheiro, bens ou valores públicos (PERNAMBUCO, 2008d).

A Constituição Federal de 1988 define, em linhas gerais, as competências e as atribuições dos Tribunais de Contas, nos Artigos 70 e 71, ampliando consideravelmente a abrangência e o alcance dos poderes até então conferidos a tais instituições (BRASIL, 1988).

A Constituição do Estado de Pernambuco, no artigo 29, estabelece que a fiscalização exercida pelo TCE/PE incidirá sobre os aspectos da legalidade, legitimidade, eficácia, eficiência, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas (PERNAMBUCO, 1989).

Ao Tribunal cabe examinar a documentação apresentada pelas instituições públicas que se subordinam à sua atuação, na forma e prazos definidos na legislação e também realizar auditorias que não se limitam a aferir a exatidão aritmética de contas. A ele também cabe examinar a legitimidade da ação do Gestor, a economicidade do ato gerador de gasto e sua compatibilidade com as diretrizes e programas governamentais (PERNAMBUCO, 2008e).

As principais ações envolvidas no exercício do Controle Externo Técnico pelo TCE consistem em:

- a) Investigar e analisar os atos praticados pelos gestores públicos, detectando limitações, falhas e irregularidades. As investigações podem partir de denúncias fundamentadas sobre irregularidades no trato da coisa pública, encaminhadas por qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato;
- b) Apontar os valores monetários a serem devolvidos aos cofres públicos, que terão força de título executivo, seja por motivo de excessos nos gastos, apropriação indevida de recursos e bens públicos etc.;
- c) Aplicar multas diante de condutas irregulares no trato da coisa pública;

- d) Estabelecer prazo, caso identifique ilegalidade, para que o órgão ou entidade adote as providências necessárias ao exato cumprimento da lei. Não sendo atendido, proferir decisão suspendendo a execução do ato impugnado;
- e) Acionar os poderes competentes, diante de irregularidades ou abusos apurados, para que eles dêem seguimento aos possíveis desdobramentos, sejam providências administrativas ou ações cíveis e penais cabíveis contra os responsáveis;
- f) Apreciar a legalidade dos atos de pessoal do setor público, desde contratações temporárias de pessoal, criação/estruturação de cargos, concursos públicos e nomeações, até os atos de aposentadoria, reforma e concessão de pensões;
- g) Prevenir os potenciais desvios na condução da máquina pública, vigiando, orientando e recomendando correções de percurso nas ações dos órgãos fiscalizados, bem como respondendo às consultas formuladas por eles;
- h) Tornar públicos os julgamentos e deliberações realizados pelo colegiado de Conselheiros para informar o cidadão sobre o comportamento dos gestores públicos fiscalizados que o representam e agem em seu nome;
- i) Fornecer laudos técnicos ao Poder Legislativo como subsídio para avaliação da gestão de prefeitos e do governador (PERNAMBUCO, 2008e).

O TCE-PE conta com uma Ouvidoria, que é um setor responsável por receber denúncias, reclamações, elogios ou simplesmente orientar o cidadão, prestando as informações requeridas. Mas não basta julgar as aplicações dos recursos públicos. O TCE necessita de aproximação com a sociedade para, em parceria, desempenhar melhor seu papel de controlador da gestão pública. Além de estar aberto às reclamações e sugestões que a população tem a fazer, o Tribunal de Contas age também orientando e esclarecendo regras para uma boa administração (PERNAMBUCO, 2008d).

A partir do segundo semestre de 2006, o TCE/PE implantou auditorias de acompanhamento durante a fiscalização dos municípios e órgãos estaduais. Com esta medida, a instituição está conseguindo obter resultados mais efetivos pois, ao contrário do modelo tradicional – que se restringe aos fatos já ocorridos, as ações de acompanhamento permitem que os atos dos gestores públicos sejam acompanhados simultaneamente à sua ocorrência (TCE..., 2006, p.29).

As informações coletadas nas auditorias de acompanhamento revelam a eficácia do procedimento. Além de melhorar a organização dos trabalhos, permitem a identificação de

boas práticas por parte dos gestores, entre elas a intenção de regularizar erros cometidos, muitas vezes, por desconhecimento (TCE..., 2006, p.29).

Em 2005, foram integrados ao corpo técnico do TCE/PE, auditores das contas públicas para a área de saúde - cargo criado através da Lei 12.388/2003. Dentre as atribuições deste cargo, compete, prioritariamente, verificar a economicidade, qualidade, eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados na área da saúde pública pelo Estado e Municípios (PERNAMBUCO, 2003).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Estudo descritivo com abordagem quantitativa da situação atual de implantação da Política de Fortalecimento da APS no Estado de Pernambuco.

4.2 Período do Estudo

Outubro/2007 a Abril/2008

4.3 Instrumento e Fonte de Dados

A coleta de dados será realizada a partir dos seguintes dados secundários da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária da SES/PE (Anexos A, B, C, D):

- a) Instrumento de Monitoramento Equipe de Saúde da Família;
- b) Relatório de Pontuação referente ao Instrumento de Monitoramento - SES/PE;
- c) Relatório de Monitoramento da Atenção Primária; e,
- d) Relatório da Comissão Certificadora.

O *Instrumento de Monitoramento Equipe de Saúde da Família* é preenchido in loco, pela equipe de nível central de monitoramento da Secretaria Estadual de Saúde, que atualmente é composta por 17 técnicos de diversas áreas. Esse instrumento se propõe a certificar dois componentes, o de estrutura e o de processo.

Os itens referentes a atributos de estrutura são os abaixo listados:

1. Recursos humanos;
2. Estrutura física;
3. Equipamentos disponíveis;
4. Insumos disponíveis suficientes;

5. Vacinas suficientes;
6. Medicamentos disponíveis suficientes;
7. Apoio diagnóstico disponível.

Os itens referentes a atributos de processo são os seguintes:

1. Referência de serviços;
2. Registro das atividades;
3. Assistência à saúde da mulher
4. Assistência à criança;
5. Assistência ao adolescente;
6. Saúde do idoso;
7. Assistência ao diabético;
8. Eliminação da hanseníase;
9. Controle da tuberculose;
10. Controle e prevenção de IST/HIV-AIDS;
11. Saúde bucal;
12. Saúde mental;
13. Saúde da pessoa com deficiência;
14. Saúde do homem;
15. Saúde do trabalhador;
16. Vigilância nutricional;
17. Vigilância epidemiológica;
18. Vigilância sanitária;
19. Vigilância ambiental;
20. Ações educativas continuadas em grupo;
21. Procedimentos realizados pela equipe;
22. Participação em ações para desenvolvimento de educação permanente;
23. Visita domiciliar;
24. Reunião com a comunidade;
25. Reunião com a equipe para planejar e avaliar o trabalho;
26. Atividades educativas em grupo;
27. Atendimento em casos de urgência/emergência;

28. Reunião de equipe com Conselho Municipal de Saúde ou Comissão local de Saúde.

Existe ainda o componente específico para avaliação da comunidade, o qual consiste em entrevista, preferencialmente realizada com o chefe de família, contendo perguntas acerca do funcionamento geral da ESF e qualidade dos serviços prestados. Essa etapa do processo serve também para ratificar as informações obtidas com a equipe e o gestor.

O *Relatório de Pontuação referente ao Instrumento de Monitoramento* é preenchido pela equipe de monitoramento na sede da SES/PE. Para facilitar a apuração dos dados e permitir a emissão de uma pontuação por Equipe de Saúde da Família, considerou-se oportuno emitir peso para os atributos dos dois componentes e dar mais valor ao componente processo. Para tanto se definiu 100 pontos e, na distribuição destes, foram alocados 30 para os atributos de estrutura e 70 para os de processos. Ressalte-se que nem todos os itens relacionados anteriormente são pontuados, no entanto servem de referência para monitoramento posterior da equipe.

O *Relatório de Monitoramento da Atenção Primária* é preenchido pela equipe de monitoramento na sede da SES/PE, consolidando os dados colhidos do Relatório de Pontuação. Esse instrumento descreve também os pontos fortes, pontos fracos e sugestões.

O *Relatório da Comissão Certificadora* é preenchido pela equipe de monitoramento na sede da SES/PE. Através desse instrumento, a Comissão Certificadora identifica as Equipes de Saúde da Família em condições de serem certificadas. Essa Comissão é constituída por servidores da Secretaria Estadual de Saúde e de representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco – COSEMS/PE, conforme Portaria n°. 946 de 2007. Ela reúne-se mensalmente para avaliar e certificar ou não as equipes monitoradas.

Segundo esse instrumento, as Equipes de Saúde da Família podem ser classificadas nos seguintes estágios:

- A. Adequado (80% ou mais dos padrões)
- B. Satisfatório (60 a 79% dos padrões)
- C. Regular (40 a 59% dos padrões)
- D. Insatisfatório (20 a 39% dos padrões)
- E. Crítico (0 a 19% dos padrões)

São certificadas as equipes que atendem, no mínimo, 50% dos itens constantes no Instrumento de Monitoramento das Equipes de Saúde da Família e que não apresentem

nenhum dos elementos referentes ao ponto de corte. Constituem elementos para o ponto de corte:

- Carga horária inferior a 40 horas sem justificativa aceita pela Portaria n° 720/07 – PE ou Portarias Ministeriais;
- Não ter cobertura da Equipe de Saúde Bucal;
- Ausência de algum profissional da equipe por mais de sessenta dias consecutivos;
- Pontuação zero em ações materno-infantil.

O referido relatório contém ainda a descrição dos pontos fracos de cada equipe e as sugestões para melhoria da situação encontrada. Os resultados obtidos da avaliação deste instrumento são encaminhados à GERES e ao Gestor Municipal para as providências cabíveis.

4.4 Análise dos Dados

Após os dados coletados, os documentos serão analisados à luz das categorias propostas:

- a) Quantitativo de equipes certificadas: verificar, através dos relatórios da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária, o número total de equipes que foram certificadas por GERES, de outubro de 2007 a abril de 2008. Os dados coletados serão comparados por Gerência Regional e consolidados em tabelas;
- b) Equipes não certificadas: verificar, através dos relatórios da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária, os motivos da não certificação das equipes, por ponto de corte. Os dados coletados serão comparados por Gerência Regional e consolidados em tabelas;
- c) Total de recursos repassados:
 1. Verificar os repasses do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, pelos municípios que tiveram equipes certificadas até abril de 2008;
 2. Verificar, através dos relatórios da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária, se os municípios que tiveram equipes de Saúde da Família certificadas já receberam os kits previstos na Portaria n°. 720/PE;

3. Verificar, através de cronograma de capacitação e atas de frequência, se já houve atividades de educação permanente para os municípios que tiveram equipes certificadas, e o cronograma dessas atividades;
- d) Meios de atuação do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco: identificar, dentre as competências do TCE/PE, quais as ações de fiscalização e controle este órgão pode exercer sobre essa Política.

4.5 Considerações Éticas

Este projeto foi desenvolvido obedecendo aos preceitos éticos definidos na resolução 196/96 e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CPQAM. O estudo utilizou dados secundários disponibilizados pela SES/PE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Equipes certificadas por GERES no Estado de Pernambuco

Atualmente, em Pernambuco, as Equipes de Saúde da Família, ACS e Equipes de Saúde Bucal, estão distribuídas da seguinte forma nas Gerências Regionais de Saúde:

Tabela 1 – Distribuição das Equipes de Saúde da família, dos ACS e da Equipe de Saúde Bucal por GERES.

GERES (Município sede)	População	ACS implantado	% cobertura	ESF implantada	% cobertura	ESB	
						Modalidade I implantada	Modalidade II implantada
I - Recife	3.901.983	5.009	73,81	599	52,96	264	33
II - Limoeiro	835.301	1.704	100,00	245	100,00	147	0
III - Palmares	549.184	1.097	100,00	139	87,32	100	0
IV - Caruaru	1.166.374	1.998	98,50	230	68,03	152	0
V - Garanhuns	505.120	1.024	100,00	116	79,23	81	1
VI - Arcoverde	351.657	708	100,00	84	82,41	56	0
VII - Salgueiro	131.469	270	100,00	32	83,97	22	0
VIII - Petrolina	407.453	692	97,66	66	55,88	41	0
IX - Ouricuri	317.843	655	100,00	74	80,32	39	0
X - Afogados da Ingazeira	177.037	398	100,00	51	99,39	29	2
XI - Serra Talhada	212.380	403	100,00	42	68,23	28	0
Total	8.555.801	13.958	93,81	1.678	67,66	959	36

Fonte: Pernambuco (2008).

O processo de monitoramento das equipes teve início em outubro de 2007, na IX GERES, visto que aquela Regional apresentava indicadores mais altos de mortalidade infantil e materna. Até abril de 2008, das 1.678 equipes implantadas, 661 solicitaram o monitoramento. Destas, 250 foram visitadas pela equipe de monitoramento da SES para realização da inspeção in loco dos itens constantes no Instrumento de Monitoramento da Equipes de Saúde da Família. Das 250 equipes visitadas, 241 foram avaliadas, até abril de 2008, pela Comissão Certificadora.

Os dados acima evidenciam a pouca celeridade no processo de certificação das equipes, visto que apenas 37,82% das equipes solicitantes foram inspecionadas. Tal fato deve-

se ao reduzido número de técnicos que compõem a equipe de monitoramento da SES e a demanda crescente de solicitações por parte dos municípios.

Tabela 2 - Equipes avaliadas e certificadas por Gerência Regional

GERES	EQUIPES		%
	AVALIADAS	CERTIFICADAS	
I	81	62	76,54
II	32	5	15,62
III	25	3	12,00
IV	47	27	57,44
V	2	0	-
VI	0	0	-
VII	8	0	-
VIII	0	0	-
IX	40	0	-
X	0	0	-
XI	6	0	-
TOTAL	241	97	40,24

Fonte: Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da SES.

Das 241 equipes avaliadas, apenas 40,24% adequavam-se aos requisitos mínimos exigidos para a certificação, evidenciando as precárias condições de funcionamento da Estratégia Saúde da Família nos municípios. Como se pode observar no quadro acima, apenas duas GERES (I e IV) obtiveram certificação em mais de 50% das equipes avaliadas; a V, VII, IX e XI GERES não obtiveram certificação em nenhuma das equipes avaliadas; as GERES VI, VIII e X não tiveram nenhum município avaliado até abril de 2008.

Conforme informações da Gerência de Monitoramento e Avaliação da APS em Pernambuco, alguns municípios já solicitaram o retorno da equipe de certificação para um novo monitoramento, alegando ter se adequado às recomendações propostas no Relatório da Comissão Certificadora, fato este que comprova o interesse por parte dos gestores municipais em melhorar a qualidade da atenção prestada a seus munícipes. O gráfico a seguir demonstra um comparativo entre as equipes avaliadas e certificadas por GERES de outubro de 2007 a abril de 2008:

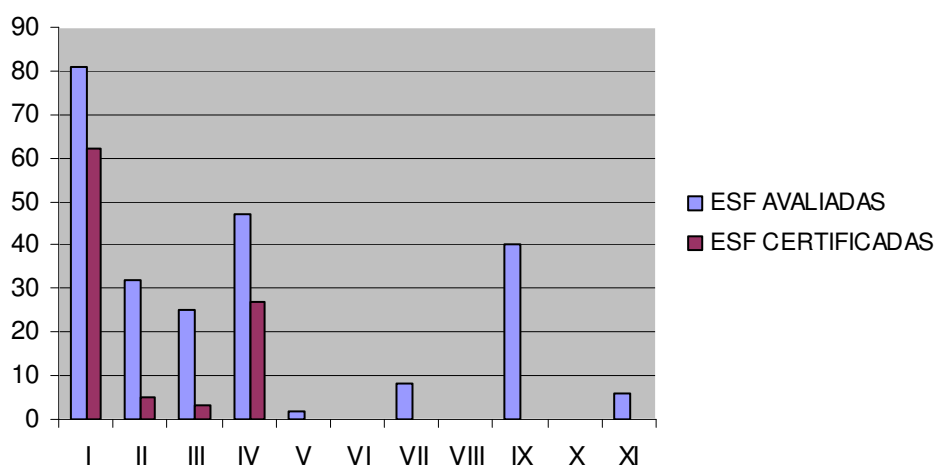


Gráfico 1: Equipes avaliadas e certificadas por Gerência Regional

Fonte: Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da SES.

Conforme descrito anteriormente quando da análise do instrumento de certificação, os itens referentes ao ponto de corte das equipes consistem em: pontuação abaixo de 50%, não cumprimento da carga horária, ausência de algum profissional da equipe por mais de sessenta dias consecutivos, ausência de cobertura de saúde bucal e ausência de ações materno-infantis na ESF. Os principais motivos da não certificação das ESF, nas avaliações realizadas no período compreendido entre outubro de 2007 e abril de 2008, consistem nos dados abaixo consolidados:

Tabela 3 - Equipes não certificadas por ponto de corte, no período de outubro de 2007 a abril de 2008

PONTO DE CORTE	EQUIPES	%
(a) Carga horária	82	56,44
(b) Ausência de profissional por mais de 60 dias	03	2,08
(c) Ausência de cobertura de saúde bucal	11	7,63
(d) Pontuação < 50%	02	1,38
(a) + (c)	31	21,52
(a) + (b)	03	2,08
(a) + (b) + (c)	01	0,69
(a) + (b) + (d)	01	0,69
(a) + (c) + (d)	07	4,86
TOTAL	144	

Fonte: Gerência de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde da SES.

Do exposto acima, conclui-se que, o principal motivo da não certificação das equipes consiste no não cumprimento da carga horária pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, evidenciando problemas relacionados à Gestão de Trabalho na área de saúde, como: vínculo precário, baixa remuneração e o excesso de vínculos empregatícios.

5.2 Recursos repassados (Incentivo financeiro, kits de insumos estratégicos e atividades de educação permanente) aos Municípios que tiveram equipes certificadas

5.2.1 Incentivo Financeiro

O incentivo financeiro proposto pela presente política não foi repassado, até abril de 2008, aos municípios que tiveram equipes certificadas, devido à inexistência de um dispositivo legal que regulamentasse a transferência dos recursos orçamentários do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Em 20 de dezembro de 2007, a Lei n.º 13.377, em seu artigo 12, autorizou o Fundo Estadual de Saúde a efetuar repasses fundo a fundo para os municípios, nos termos a serem disciplinados em decreto. Em 24 de março de 2008, o Decreto n.º 32.544, regulamentou o artigo supracitado, condicionando as transferências do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde aos critérios abaixo relacionados:

1. Manutenção de conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, movimentada sob responsabilidade do Secretário Municipal de Saúde;
2. Implementação das ações a que se destinam, aferidas conforme indicadores estabelecidos em decreto estadual específico, que estabeleça metas de serviços a serem executadas para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde, de cura e reabilitação.

De acordo com as informações repassadas pela Gerência da Atenção Básica da SES/PE, o incentivo será repassado ainda no primeiro semestre de 2008.

5.2.2 Kits de Insumos Estratégicos

Os insumos estratégicos referentes ao kit destinado às equipes certificadas não foi repassado até abril de 2008. Segundo informações da Gerência da Atenção Básica da SES/PE, a aquisição desses insumos encontra-se em fase final de licitação. Vale ressaltar que o referido kit será entregue uma única vez, visto que é composto por materiais de caráter permanente destinados à Unidade de Saúde da Família.

5.2.3 Educação Permanente

As atividades de Educação Permanente não foram iniciadas até abril de 2008. Segundo informações da Gerência de Atenção Básica, os objetivos específicos da Política de Educação Permanente em Pernambuco, consistem em: garantir integralidade e qualidade na atenção; construir metas realistas condizentes às condições dos municípios; criar uma rede de saúde interligada pelo processo de formação e tornar o Sistema de Saúde mais resolutivo.

Do exposto, torna-se claro a pouca celeridade do processo, visto que após oito meses da publicação da Política de Fortalecimento da APS em Pernambuco, nenhum dos componentes propostos foi implantado.

5.3 Atuação do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco possui jurisdição no Estado, através do Departamento de Controle Estadual (DCE) e atua também de forma descentralizada, nos 185 municípios, através do Departamento de Controle Municipal (DCM), desempenhando o papel constitucional de fiscalizar, controlar e orientar a aplicação dos recursos públicos, visando à eficiência, eficácia, economicidade e efetividade das ações e serviços prestados à população.

O DCM é composto pelas seguintes unidades: Divisão de Contas da Capital (DICC), Divisão de Acompanhamento da Gestão Municipal (DIGM), Inspeção Regional de

Arcoverde (IRAR), Inspeção Regional de Bezerros (IRBE), Inspeção Regional de Garanhuns (IRGA), Inspeção Regional Metropolitana Norte (IRMN), Inspeção Regional Metropolitana Sul (IRMS), Inspeção Regional de Palmares (IRPA), Inspeção Regional de Petrolina (IRPE), Inspeção Regional de Salgueiro (IRSA) e Inspeção Regional de Surubim (IRSU). Essas Inspeções Regionais atuam na fiscalização de todos os municípios do Estado, suas Câmaras e seus Órgãos da Administração Direta e Indireta.

Os jurisdicionados possuem a obrigatoriedade de prestar contas anualmente ao TCE/PE, as quais devem conter o demonstrativo da movimentação de entrada e saída de dinheiros, bens e valores públicos, elaborados pelo próprio gestor ou seu sucessor através de seus serviços contábeis.

As auditorias de acompanhamento da gestão realizadas pelo TCE/PE conseguem identificar os atos dos gestores no momento de sua ocorrência, permitindo a intervenção deste órgão em caso de irregularidades encontradas. Permite também a identificação de boas práticas dos gestores e a oportunidade de correção das não conformidades detectadas.

A Política de Fortalecimento da Atenção Primária em saúde estabelece no artigo 8º, que a Secretaria Estadual de Saúde fará ciência ao TCE/PE no caso da inobservância, pelos municípios, das obrigações estabelecidas na Portaria que regulamenta esta política e do emprego irregular dos recursos recebidos do Fundo Estadual de Saúde.

O Decreto nº. 31.544 de 24 de março de 2008 que regulamenta a lei que autoriza o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em seu artigo 5º, preconiza:

Os recursos transferidos pelo FES serão movimentados sob a fiscalização do respectivo Conselho Municipal de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Sistema Único de Saúde – SUS, da Secretaria Especial da Controladoria Geral do Estado e do Tribunal de Contas do Estado. (PERNAMBUCO, 2008b).

Do exposto, conclui-se que o TCE/PE poderá atuar na fiscalização da Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, através de:

- a) Prestação de Contas – na fiscalização dos recursos transferidos aos municípios pelo Fundo Estadual de Saúde, verificando se estes estão sendo utilizados exclusivamente para financiamento de ações na Estratégia saúde da Família;
- b) Auditorias de Acompanhamento da:
 - Gestão Municipal – na verificação do cumprimento das metas estabelecidas por essa Política e na implementação das recomendações sugeridas pela Equipe de Certificação da SES;

- Gestão Estadual – no monitoramento da implantação dessa Política, quanto ao processo de certificação e aos recursos repassados aos municípios.

6. CONCLUSÕES

Esta monografia constatou que do total de 241 equipes avaliadas, somente 40,24% adequavam-se aos requisitos mínimos exigidos para a certificação, evidenciando as precárias condições de funcionamento da Estratégia Saúde da Família nos municípios monitorados. Apenas a I e IV GERES obtiveram certificação em mais de 50% das equipes avaliadas. As GERES VI, VIII e X não tiveram nenhum município avaliado até o momento. O principal item responsável pela não certificação das equipes foi o não cumprimento da carga horária pelos profissionais que atuam na ESF. Tal fato reforça os problemas relacionados à Gestão do Trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.

A equipe constatou também que os recursos referentes à Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde que deveriam ter sido repassados no período de trinta dias após a certificação das equipes de Estratégia Saúde da Família, conforme fluxograma proposto pela SES, ainda não foram recebidos pelos municípios contemplados com a certificação, evidenciando a pouca celeridade no processo de certificação.

O TCE/PE, órgão de controle externo do Estado de Pernambuco, reveste-se de fundamental importância na fiscalização da Política de Fortalecimento da APS em Pernambuco, até a sua completa implantação, realizando monitoramento de todas as etapas do processo de certificação executadas pela SES. Possui aquele órgão relevante papel no controle dos recursos transferidos aos municípios com ESF certificadas, e no acompanhamento do cumprimento das metas estabelecidas por esta Política. Compete ainda ao TCE/PE a verificação dos motivos da não certificação das equipes no município auditado, e o acompanhamento das sugestões de melhoria recomendadas pela SES no Relatório da Comissão Certificadora. Dessa forma, o TCE/PE pode contribuir para uma administração pública fundamentada nos princípios constitucionais, tendo como objetivos o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e efetivas, capazes de se constituírem em instrumentos hábeis à promoção da saúde.

A Política de Fortalecimento da APS em Pernambuco não é apenas para identificar situações de fracasso, mas para elevar o grau de resolutividade das ações das equipes, suprimindo as deficiências encontradas para sanar o indesejado. Esta conclusão é corroborada pela evidência de que grande parte dos gestores municipais já solicitaram o monitoramento, e outros já se adequaram às recomendações feitas pela SES-PE.

Nesta fase difícil em que se encontram os serviços de saúde no Brasil, e, principalmente no Nordeste, a implantação de políticas de qualidade e a conseqüente

certificação revestem-se de grande importância na medida em que proporcionam criar uma cultura institucional de melhoria contínua da Atenção Primária à Saúde nos municípios, atingindo uma maior parcela da população com elevada satisfação dos usuários e conseqüente redução nos índices de morbi-mortalidade.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Portaria n. 498, de 12 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar, aos municípios do Estado de Alagoas, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Básica à Saúde inerentes à Estratégia Saúde da Família. Maceió, AL, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/conteudo/portaria-n%C2%BA-4982007-incentivo-estadual-19-12-2007>>. Acesso em: 20 de mar. 2008.

BAHIA. **Portaria n.1.529, de 12 de junho de 2007**. Dispõe sobre a transferência regular e automática pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos recursos estaduais relativos aos incentivos ao Programa Saúde da Família – PSF. Salvador, BA, 2007. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/cosems/ba/mostraPagina.asp?CodServico=435&codPagina=5444>>. Acesso em: 20 de mar. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Da fiscalização contábil, financeira e orçamentária. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 32. ed. atual ampl. São Paulo: Saraiva, 2003. p.123-130.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, 2005.178p.

_____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 10 mar. 2008.

_____. **Portaria n. 650, de 28 de março de 2006**. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2069062.xml>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção básica no Brasil e em Pernambuco: situação e perspectivas**. Brasília, DF, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde**. 1. ed. Brasília, DF, 2007. 232p.

GATTÁS, G. R. I. C. **Análise do Programa de Saúde da Família a partir dos usuários da USF Vila União no Recife**. 2003. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de saúde coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

HARZHEIM, E. STEIN, A. T. **Efetividade do Programa de Saúde da Família: qual o papel do PSF na redução da mortalidade infantil? Informe da Atenção Básica**, Brasília, nº.33, 2006.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. An evaluation of impact of The Family Health program on infant mortality in Brazil. 1990-2002. **Journal of epidemiology and Community Health**, [SI], n. 60, p.13-19, 2006.

MALIK, A. M. SHIESARI, L.M.C. **Qualidade na gestão local de serviços de saúde e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania, nº 3).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Certificando as unidades básicas de saúde/PSF**. Belo Horizonte, MG, 2005.

MUNIZ, R. A. Construção de uma política nacional de saúde e sua implantação municipal: a experiência de Camaragibe. In: Vilde Menezes (Org.). **Gestão democrática, participação popular e políticas públicas: a experiência de Camaragibe**. Recife: Bargaço, 2005. p.179-185.

PERNAMBUCO. Constituição do Estado. **Da fiscalização financeira, orçamentária operacional**. Recife, 1989. Disponível em: <<http://www.alepe.pe.gov.br/constestad/default.html>> Acesso em: 20 mar. 2008.

_____. **Lei nº. 12.388, de 17 de junho de 2003**. Cria cargos no quadro de pessoal do Tribunal de Contas do Estado e dá outras providências. Recife, 2003. Disponível em: <<http://www.alepe.pe.gov.br/>> Acesso em: 15 mar. 2008.

_____. Portaria nº. 720, de 06 de agosto de 2007. Estabelece as normas gerais da política estadual de fortalecimento de atenção primária. In: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco**. Recife, 2007a.

_____. Política e Fortalecimento da Atenção Primária à saúde em Pernambuco: (re) afirmando o compromisso com a Atenção Primária à Saúde. In: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco**. Recife, 2007b.

_____. Certificação da Atenção Primária. In: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco**. Recife, 2007c.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Gerência Geral de Desenvolvimento de Políticas de Saúde**. Recife, 2008a.

_____. **Decreto n.31.544, de 24 de março de 2008**. Recife, 2008b. Disponível em: http://legis.alepe.pe.gov.br/legis_inferior_norma.aspx?nl=DE31544. Acesso em: 18 mar. 2008.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Histórico**. Recife, PE, 2008c. Disponível em: http://www.tce.pe.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=23>. Acesso em: 18 mar. 2008.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Tribunal de Contas de Pernambuco**. Recife, PE, 2008d. Disponível em: http://www.tce.gov.br/index.php?option=com_context&task=view&id=130&Itemid=186>. Acesso em: 18 mar. 2008.

PERNAMBUCO. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. **Atribuições do TCE-PE**. Recife, PE, 2008e. Disponível em: http://www.tce.gov.br/index.php?option=com_context&task=view&id=132&Itemid=186>. Acesso em: 18 mar. 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R.C. Programa de saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.13, p.1027-34, 2005.

SILVA, S. F. **A Saúde Bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, 2006**. (Especialização em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.11-48, 1998.

TAKEDA, S. M .P. Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI E. (Orgs). **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 76-87.

TCE prioriza as auditorias de acompanhamento. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**, Recife, v. 17, n. 17, 2006. p. 29-41, 2006.

ANEXO A

Equipamentos e Estrutura Física	30	ESTRUTURA FÍSICA		
	<input type="checkbox"/> Boa iluminação <input type="checkbox"/> Boa conservação da pintura <input type="checkbox"/> Boa conservação do teto <input type="checkbox"/> Boa conservação do piso <input type="checkbox"/> Instalação elétrica adequada <input type="checkbox"/> Instalação hidráulica adequada <input type="checkbox"/> Contém placa de identificação da USF <input type="checkbox"/> Acesso físico e acomodação, adequados à pessoa idosa e com deficiência. <input type="checkbox"/> Sala de Recepção / Espera	<input type="checkbox"/> Sala de Procedimentos Básicos <input type="checkbox"/> Sala de Curativo exclusiva <input type="checkbox"/> Sala de Vacina Exclusiva <input type="checkbox"/> Sala para Guarda e dispensação de Medicamento <input type="checkbox"/> Local p/ esterilização de material <input type="checkbox"/> 1 Consultório p/ assistência clínica <input type="checkbox"/> 1 Consultório p/ assistência clínica equipado p/ exame Papanicolaú <input type="checkbox"/> Consultório Odontológico <input type="checkbox"/> Banheiro para Usuário	<input type="checkbox"/> Banheiro para Funcionário <input type="checkbox"/> Local p/ Reunião (Max. 2 Km) <input type="checkbox"/> Escovódromo <input type="checkbox"/> Local para acondicionar o Lixo <input type="checkbox"/> Copas <input type="checkbox"/> Veículo para deslocamento <input type="checkbox"/> Local para colheita do preventivo de câncer, fora da USF (para municípios com menos de 10 mil habitantes)	
Equipamentos e Estrutura Física	31	EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS		
	<input type="checkbox"/> Armário <input type="checkbox"/> Arquivo p/ prontuário <input type="checkbox"/> Autoclave <input type="checkbox"/> Balança infantil <input type="checkbox"/> Balança de adulto <input type="checkbox"/> Caixa térmica ou de isopor <input type="checkbox"/> Estetoscópio adulto <input type="checkbox"/> Estetoscópio de Pinard <input type="checkbox"/> Estufa	<input type="checkbox"/> Extintor de incêndio <input type="checkbox"/> Foco com haste flexível <input type="checkbox"/> Gabinete odontológico <input type="checkbox"/> Geladeira exclusiva p/ vacina <input type="checkbox"/> Glicosímetro <input type="checkbox"/> Kit p/ coleta mat. cêrvico-uterino <input type="checkbox"/> Material p/ pequena cirurgia <input type="checkbox"/> Mat. p/ retirar pontos / curativos <input type="checkbox"/> Mesa ginecológica	<input type="checkbox"/> Otoscópio <input type="checkbox"/> Régua antropométrica <input type="checkbox"/> Sonar <input type="checkbox"/> Tensiômetro infantil <input type="checkbox"/> Tensiômetro adulto <input type="checkbox"/> Termômetro clínico <input type="checkbox"/> Termômetro digital de máxima, mínima e momento	
Insumos	32	INSUMOS DISPONÍVEIS SUFICIENTES		
	<input type="checkbox"/> Agulhas descartáveis <input type="checkbox"/> Algodão <input type="checkbox"/> Álcool a 70% <input type="checkbox"/> Bloco de receituário <input type="checkbox"/> Cartão da Criança <input type="checkbox"/> Cartão da Gestante <input type="checkbox"/> Escova dental	<input type="checkbox"/> Esparadrapo <input type="checkbox"/> EPI <input type="checkbox"/> Fio de sutura <input type="checkbox"/> Fichas do SIAB <input type="checkbox"/> Fita de HGT <input type="checkbox"/> Ficha clínica odontológica <input type="checkbox"/> Gaze/atadura	<input type="checkbox"/> Recipiente p/ desprezar perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Seringas descartáveis <input type="checkbox"/> Luvas para procedimentos <input type="checkbox"/> Material odontológico <input type="checkbox"/> Outros: _____	
	33	VACINAS SUFICIENTES		
<input type="checkbox"/> Anti-hepatite B <input type="checkbox"/> Anti-pólio <input type="checkbox"/> Anti-rábica humana	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Dupla Viral <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> Dupla adulto	<input type="checkbox"/> Tetravalente <input type="checkbox"/> Tríplice Viral (MMR) <input type="checkbox"/> Rotavírus <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Insumos	34	MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS SUFICIENTES		
	<input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Antianêmicos <input type="checkbox"/> Antiemético <input type="checkbox"/> Antimicótico <input type="checkbox"/> Antihipertensivo <input type="checkbox"/> Antiinflamatório <input type="checkbox"/> Antitérmico e analgésico	<input type="checkbox"/> Antiparasitário <input type="checkbox"/> Broncodilatador <input type="checkbox"/> Contraceptivos <input type="checkbox"/> Hanseniostático <input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes <input type="checkbox"/> Insulina NPH	<input type="checkbox"/> Medicação específica em Saúde Mental <input type="checkbox"/> Soro reidratante <input type="checkbox"/> Tuberculostático <input type="checkbox"/> Vitamina A <input type="checkbox"/> Outros _____	

OBS.: Os itens em branco são o Instrumento de Certificação

Outros Serviços	35	APOIO DIAGNÓSTICO DISPONÍVEL		
	<input type="checkbox"/> Pesquisa de BK no escarro <input type="checkbox"/> Pesquisa de BAAR p/ Hansen <input type="checkbox"/> Hemograma completo <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Elisa para HIV <input type="checkbox"/> Urina (cultura) <input type="checkbox"/> Urina (rotina) <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea/ fator RH <input type="checkbox"/> Sorologia para Dengue <input type="checkbox"/> Sorologia para Rubéola <input type="checkbox"/> Sorologia para Chagas <input type="checkbox"/> Sorologia para Leishmaniose	<input type="checkbox"/> Glicemia plasmática <input type="checkbox"/> Curva glicêmica <input type="checkbox"/> Taxa de tolerância à glicose <input type="checkbox"/> BHCG <input type="checkbox"/> Dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico <input type="checkbox"/> Potássio sérico <input type="checkbox"/> Controle das dislipidemias <input type="checkbox"/> Colesterol total <input type="checkbox"/> PSA total e livre <input type="checkbox"/> T4 total e livre <input type="checkbox"/> Triagem neonatal (teste do pezinho)	<input type="checkbox"/> Parasitológico de fezes p/ esquistossomose <input type="checkbox"/> Citopatologia de colo de útero <input type="checkbox"/> Colposcopia c/ biópsia <input type="checkbox"/> Eletrocardiografia <input type="checkbox"/> Mamografia <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> RX periapical (odontológico) <input type="checkbox"/> Ultrassonografia obstétrica <input type="checkbox"/> Outros: _____	
	36	REFERÊNCIA DE SERVIÇOS		
<input type="checkbox"/> Ortopedia (consulta médica) <input type="checkbox"/> Cardiologia (consulta médica) <input type="checkbox"/> Neurologia (consulta médica) <input type="checkbox"/> Saúde Mental (consulta psiquiátrica) <input type="checkbox"/> Oftalmologia (consulta médica) <input type="checkbox"/> Urologia (Consulta Médica) <input type="checkbox"/> Pronto Socorro (risco de vida)	<input type="checkbox"/> Serviço de Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Urgência e emergência odontológico <input type="checkbox"/> Endodontia/Péridontia <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Hanseniose (casos complicados) <input type="checkbox"/> Reabilitação para Hansen <input type="checkbox"/> Tuberculose (casos complicados)	<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar nas Clínicas Básicas <input type="checkbox"/> Internação Hospitalar Especializada <input type="checkbox"/> Maternidades <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Outros: _____		
37	REGISTRO DAS ATIVIDADES			
<input type="checkbox"/> Utiliza Prontuário Saúde da Família (incluindo ESB) <input type="checkbox"/> Atualiza o cadastro das famílias mensalmente (preenche ficha de atualização da Ficha A) <input type="checkbox"/> Alimenta o SIAB rotineiramente	<input type="checkbox"/> Preenche Fichas B do ACS <input type="checkbox"/> Preenche Ficha de Visita diária do ACS <input type="checkbox"/> Preenche SSAz diária <input type="checkbox"/> Alimenta o SIA rotineiramente (odontologia)	<input type="checkbox"/> Possui cronograma das atividades da equipe <input type="checkbox"/> Dispõe de diagnóstico da área <input type="checkbox"/> Dispõe de mapa da área		
Ações da ESF	38	ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER		
	<input type="checkbox"/> Faz busca ativa para citologia oncológica das mulheres de 25 a 59 anos <input type="checkbox"/> Coleta material para citologia oncológica <input type="checkbox"/> Garante entrega do resultado de citologia oncológica em até 60 dias	<input type="checkbox"/> Encaminha os casos de citologia oncológica alterados <input type="checkbox"/> Examina as mamas durante a consulta <input type="checkbox"/> Orienta o auto-exame das mamas <input type="checkbox"/> Solicita mamografia para mulheres com idade acima de 40 anos <input type="checkbox"/> Acolhe a mulher em situação de violência	<input type="checkbox"/> Encaminha os casos de violência a outros serviços, quando necessário <input type="checkbox"/> Garante contraceptivos para planejamento familiar <input type="checkbox"/> Garante contraceptivos de emergência	
		Pré-natal		
<input type="checkbox"/> Realiza consulta médica <input type="checkbox"/> Realiza consulta de enfermagem <input type="checkbox"/> Usa cartão da gestante <input type="checkbox"/> Encaminha a gestante de risco <input type="checkbox"/> Acompanha gestantes desnutridas	<input type="checkbox"/> Realiza cadastramento de gestante no 1º trimestre <input type="checkbox"/> Solicita exames de rotina <input type="checkbox"/> Incentiva aleitamento materno <input type="checkbox"/> Cadastra todas as gestantes no SIS-PRENATAL <input type="checkbox"/> Alimenta o SIS-PRENATAL a cada atendimento	<input type="checkbox"/> Realiza no mínimo 6 consultas PN e 1 puerperal <input type="checkbox"/> Oferece o teste de HIV <input type="checkbox"/> Existe parteira na área que atende à gestante, quando necessário		

OBS.: Os itens em branco são o Instrumento de Certificação.

Ações da ESF

Assistência à Puérpera		
<input type="checkbox"/> Realiza consulta médica <input type="checkbox"/> Trabalha integrado ao "Canto Mãe Coruja" <input type="checkbox"/> Realiza consulta de enfermagem	<input type="checkbox"/> Orienta sobre os cuidados gerais com o recém nascido <input type="checkbox"/> Orienta sobre planejamento familiar	<input type="checkbox"/> Realiza visita domiciliar em até 15 dias pós-parto <input type="checkbox"/> Realiza visita domiciliar em até 3 dias no caso de "mãe-coruja"
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA		
<input type="checkbox"/> Acompanha o crescimento e desenvolvimento (enfermeira) <input type="checkbox"/> Acompanha o crescimento e desenvolvimento (médico) <input type="checkbox"/> Realiza consulta odontológica <input type="checkbox"/> Durante a consulta observa "boa pega" na mamada <input type="checkbox"/> Acompanha estado vacinal	<input type="checkbox"/> Monitora "criança de risco" <input type="checkbox"/> Realiza, no mínimo, 7 consultas de puericultura no 1º ano de vida <input type="checkbox"/> Fornece sulfato ferroso satisfatoriamente para crianças de 6 a 24 meses <input type="checkbox"/> Fornece Vitamina A satisfatoriamente para crianças de 6 a 59 meses	<input type="checkbox"/> Acompanha desnutridos <input type="checkbox"/> Aplica estratégia AIDPI <input type="checkbox"/> Referencia para triagem neonatal (teste do pezinho) <input type="checkbox"/> Informa situações de risco p/ violência ao Conselho Tutelar
ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE		
<input type="checkbox"/> Monitora o crescimento e desenvolvimento físico e psíquico <input type="checkbox"/> Acompanha calendário vacinal	<input type="checkbox"/> Orienta sobre prevenção de drogas <input type="checkbox"/> Orienta prevenção de gravidez precoce <input type="checkbox"/> Prioriza adolescente de risco	<input type="checkbox"/> Informa situações de risco p/ violência, abuso e exploração sexual ao Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Encaminha adolescente para serviços especializados, quando necessário.
SAÚDE DO IDOSO		
<input type="checkbox"/> Dá preferência ao idoso no atendimento <input type="checkbox"/> Encaminha para reabilitação o idoso com alteração neuro-psicomotora <input type="checkbox"/> Dá cobertura às Instituições de Longa Permanência (abrigo) <input type="checkbox"/> Detecta a violência ao idoso e toma providências <input type="checkbox"/> Estimula o Grupo de Convivência <input type="checkbox"/> Faz acompanhamento do esquema vacinal	<input type="checkbox"/> Identifica alguma pessoa que o idoso possa recorrer em caso de necessidade <input type="checkbox"/> Orienta os cuidadores domiciliares <input type="checkbox"/> Orienta a realização de atividade física <input type="checkbox"/> Orienta quanto a adequação ambiental na residência <input type="checkbox"/> Orienta sobre alimentação adequada <input type="checkbox"/> Orienta sobre uso de medicação	<input type="checkbox"/> Orienta sobre sexualidade e doenças sexualmente-transmissíveis <input type="checkbox"/> Faz prevenção de câncer de próstata <input type="checkbox"/> Tem mapeamento (nome, idade e perfil situacional) especificando os frágeis e acamados.
ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO		
<input type="checkbox"/> Investiga usuários com fatores de risco <input type="checkbox"/> Realiza diagnóstico clínico <input type="checkbox"/> Acompanha no domicílio, quando necessário	<input type="checkbox"/> Fornece medicamentos satisfatoriamente <input type="checkbox"/> Referencia para apoio diagnóstico as complicações	<input type="checkbox"/> Cadastra todos os diabéticos no HIPERDIA <input type="checkbox"/> Alimenta o HIPERDIA a cada atendimento <input type="checkbox"/> Realiza exame dos níveis de glicose capilar
ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO		
<input type="checkbox"/> Realiza diagnóstico clínico <input type="checkbox"/> Acompanha no domicílio, pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações <input type="checkbox"/> Fornece medicamento satisfatoriamente	<input type="checkbox"/> Referencia para apoio diagnóstico as complicações <input type="checkbox"/> Cadastra todos os hipertensos no HIPERDIA	<input type="checkbox"/> Alimenta o HIPERDIA a cada atendimento <input type="checkbox"/> Realiza aferição de pressão arterial

OBS.: Os itens em branco são o Instrumento de Certificação

Ações da ESF	ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE		
	<input type="checkbox"/> Realiza diagnóstico da doença <input type="checkbox"/> Orienta quanto aos auto-cuidados <input type="checkbox"/> Classifica os casos <input type="checkbox"/> Realiza tratamento da doença <input type="checkbox"/> Realiza avaliação dermatoneurológica dos casos em tratamento <input type="checkbox"/> Faz captação de sintomáticos dermatológicos	<input type="checkbox"/> Realiza dose supervisionada <input type="checkbox"/> Avalia o grau de incapacidade física <input type="checkbox"/> Classifica o grau de incapacidade física na notificação <input type="checkbox"/> Classifica o grau de incapacidade física na alta <input type="checkbox"/> Realiza o exame de comunicantes <input type="checkbox"/> Realiza vacinação com BCG <input type="checkbox"/> Realiza busca aos pacientes faltosos	<input type="checkbox"/> Possui "livro de registro" preenchido <input type="checkbox"/> Alimenta boletim de acompanhamento dos casos <input type="checkbox"/> Realiza exame dermatoneurológicos dos sintomáticos <input type="checkbox"/> A contra-referência funciona
	CONTROLE DA TUBERCULOSE		
	<input type="checkbox"/> Realiza diagnóstico da doença <input type="checkbox"/> Notifica os casos confirmados <input type="checkbox"/> Solicita Baciloscopia de controle <input type="checkbox"/> Solicita anti-HIV para os casos confirmados <input type="checkbox"/> Realiza tratamento supervisionado (DOTS) dos casos	<input type="checkbox"/> Realiza atendimento às intercorrências <input type="checkbox"/> Realiza busca dos comunicantes <input type="checkbox"/> Realiza exame clínico dos comunicantes <input type="checkbox"/> Realiza busca dos faltosos <input type="checkbox"/> Faz captação de sintomáticos respiratórios (SR)	<input type="checkbox"/> Possui livros de registro preenchidos <input type="checkbox"/> Alimenta o boletim de acompanhamento dos casos regularmente <input type="checkbox"/> Realiza atividades educativas (com divulgação dos sinais e sintomas da tuberculose)
	CONTROLE E PREVENÇÃO DE IST/HIV-AIDS		
	<input type="checkbox"/> Garante a distribuição de preservativos para prevenção das IST's <input type="checkbox"/> Promove ações sistemáticas de prevenção da infecção pelo HIV/DST <input type="checkbox"/> Indica realização do teste Anti-HIV sempre que a pessoa se expuser à situação de risco <input type="checkbox"/> Realiza o diagnóstico síndromico dos portadores de DST's <input type="checkbox"/> Realiza tratamento após diagnóstico síndromico dos portadores de DST's	<input type="checkbox"/> Dá apoio aos familiares de portadores HIV/Aids <input type="checkbox"/> Garante tratamento penicilínico <input type="checkbox"/> Orienta à gestante sobre o uso de preservativos durante e após a gravidez <input type="checkbox"/> Garante exame VDRL para gestante na 1ª consulta e no 3º trimestre <input type="checkbox"/> Notifica caso de sífilis na gestante, quando existente <input type="checkbox"/> Garante teste anti-HIV para gestante na 1ª consulta e no 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Notifica caso de gestante HIV+, quando existente <input type="checkbox"/> Encaminha gestante portadora de HIV ao serviço de referência <input type="checkbox"/> Apóia as gestantes portadoras, garantindo adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Acompanha a criança filha de mãe HIV+ <input type="checkbox"/> Garante que a criança de mãe HIV+ seja acompanhada pelo serviço de referência
SAÚDE BUCAL			
<input type="checkbox"/> Realiza levantamento das necessidades de atendimento junto à comunidade <input type="checkbox"/> Identifica as principais queixas: dor e casos de urgência <input type="checkbox"/> Realiza procedimentos odontológicos básicos individuais <input type="checkbox"/> Realiza atendimento com grupos específicos (idosos, gestantes, etc)	<input type="checkbox"/> Realiza 1ª consulta odontológica programática, com diagnóstico <input type="checkbox"/> Preenche a Ficha Clínica com odontograma na 1ª consulta odontológica programática <input type="checkbox"/> Realiza rotineiramente exames preventivos para detecção do câncer bucal	<input type="checkbox"/> Referência para outros serviços, quando necessário <input type="checkbox"/> Realiza ações de prevenção em saúde bucal (higiene bucal supervisionada e/ou aplicação tópica de flúor e/ou bochecho fluorado)	
SAÚDE MENTAL			
<input type="checkbox"/> Realiza diagnóstico clínico <input type="checkbox"/> Realiza busca ativa dos casos <input type="checkbox"/> Acompanha o usuário em uso de medicamentos	<input type="checkbox"/> Referência para outros serviços quando necessário <input type="checkbox"/> Realiza atividades para inserção do usuário na comunidade <input type="checkbox"/> Orienta os familiares	<input type="checkbox"/> Encaminha para oficinas terapêuticas e centros de convivência (Grupos de Auto-Ajuda) <input type="checkbox"/> Realiza alguma atividade de assistência aos alcoolistas	

OBS.: Os itens em branco são o instrumento de Certificação

Ações da ESF	SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA		
	<input type="checkbox"/> Tem registro das pessoas com deficiência (física, auditiva, visual e mental) <input type="checkbox"/> Encaminha para diagnóstico, tratamento, reabilitação e/ou concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	<input type="checkbox"/> Identifica e encaminha para tratamento as crianças de risco com alteração no desenvolvimento neuro-psicomotor e mal formação congênita <input type="checkbox"/> Existe equipe de reabilitação para atender às pessoas com deficiência na própria comunidade <input type="checkbox"/> Há interação entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a escola, acompanhando as pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/> Inclui as pessoas com deficiência nos programas de saúde da unidade (diabetes, hipertensão, etc.) <input type="checkbox"/> Existe acessibilidade para as pessoas com deficiência (rampa, banheiro adaptado, sinalização em braille e/ou alto relevo e/ou letras ampliadas, intérprete de Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)?
	SAÚDE DO HOMEM		
	<input type="checkbox"/> Realiza atividades para inserção do usuário homem nos serviços.	<input type="checkbox"/> Permite acompanhamento dos homens nas consultas médicas, enfermagem e odontologia.	<input type="checkbox"/> Realiza ações de promoção/prevenção do álcool, tabaco e outras drogas. <input type="checkbox"/> Outras ações: _____
	SAÚDE DO TRABALHADOR		
	<input type="checkbox"/> Identifica atividades produtivas na área, perigo e riscos potenciais <input type="checkbox"/> Identifica trabalho precoce (crianças menores de 10 anos)	<input type="checkbox"/> Registra a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho <input type="checkbox"/> Atualiza ocupação na ficha cadastro (SIAB)	<input type="checkbox"/> Encaminha os casos de acidente ou doenças relacionados ao trabalho p/ preenchimento da CAT (Centros de referências, Delegacias Regionais do Trabalho, outros)
VIGILÂNCIA NUTRICIONAL			
<input type="checkbox"/> Acompanha o estado nutricional da criança de 0 a 5 anos (risco nutricional, desnutrição, sobrepeso, obesidade, hipovitaminose A) <input type="checkbox"/> Acompanha o estado nutricional da criança de 0 a 2 anos (anemia) <input type="checkbox"/> Acompanha o estado nutricional da puérpera (anemia)	<input type="checkbox"/> Acompanha estado nutricional de gestante (anemia, baixo peso, sobrepeso, obesidade) <input type="checkbox"/> Realiza administração de Sulfato Ferroso em gestante <input type="checkbox"/> Realiza administração de Sulfato Ferroso em crianças de 6 a 24 meses <input type="checkbox"/> Realiza administração de Sulfato Ferroso em puérpera	<input type="checkbox"/> Realiza administração de Sulfato Ferroso em mulheres em período pós aborto <input type="checkbox"/> Realiza a administração de Ácido Fólico em gestantes (a partir da 20ª semana de gestação) <input type="checkbox"/> Realiza registro de dados nutricionais no SISVAN	
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA			
<input type="checkbox"/> Existe Ficha de Notificação na USF <input type="checkbox"/> Existe Ficha de Investigação Compulsória na USF <input type="checkbox"/> Realiza notificação compulsória de doenças <input type="checkbox"/> Realiza investigação de casos notificados <input type="checkbox"/> Participa da investigação do óbito infantil	<input type="checkbox"/> Notifica casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências <input type="checkbox"/> Participa da investigação do óbito materno <input type="checkbox"/> Participa da análise da investigação do óbito materno <input type="checkbox"/> Realiza ações de controle e intervenção em surtos <input type="checkbox"/> É ambiente livre do fumo	<input type="checkbox"/> Realiza campanhas sistemáticas de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer (em escola, ambiente de trabalho ou unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Participa da análise da investigação do óbito infantil <input type="checkbox"/> Realiza bloqueio vacinal, quando necessário	

OBS.: Os itens em branco são o Instrumento de Certificação

Ações da ESF	VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
	<input type="checkbox"/> Realiza notificação de surtos envolvendo produtos e serviços de interesse da Vigilância Sanitária	<input type="checkbox"/> Orienta os usuários em relação à boa conservação de alimentos <input type="checkbox"/> Orienta os usuários em relação ao perigo de auto medicação	<input type="checkbox"/> Orienta os usuários em relação ao uso de produtos de limpeza e prevenção de acidentes
	VIGILÂNCIA AMBIENTAL		
	<input type="checkbox"/> Ocorre distribuição de Hipoclorito pelo PSF	<input type="checkbox"/> Coleta material de sorologia para diagnostico da dengue <input type="checkbox"/> A USF tem conhecimento do índice de infestação (L) da Dengue	<input type="checkbox"/> Notifica casos suspeitos de dengue
AÇÕES EDUCATIVAS CONTINUADAS EM GRUPO			
<input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Diabéticos <input type="checkbox"/> Idosos <input type="checkbox"/> Vigilância Nutricional	<input type="checkbox"/> Hipertensos <input type="checkbox"/> Escolares <input type="checkbox"/> Adolescentes <input type="checkbox"/> Saúde Bucal	<input type="checkbox"/> Prevenção de Deficiências <input type="checkbox"/> Mulheres <input type="checkbox"/> Homens <input type="checkbox"/> Planejamento Familiar <input type="checkbox"/> Outros _____	
ATIVIDADES REALIZADAS PELA EQUIPE			
Atividades Realizadas pela Equipe	39 PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> Faz curativos <input type="checkbox"/> Aplica injeções, além das vacinas <input type="checkbox"/> Realiza nebulização <input type="checkbox"/> Faz retirada de pontos <input type="checkbox"/> Realiza sutura, quando necessário <input type="checkbox"/> Verifica pressão arterial <input type="checkbox"/> Verifica peso <input type="checkbox"/> Esteriliza material <input type="checkbox"/> Colhe sangue para exames na USF	40 PARTICIPA EM AÇÕES PARA DESENVOLVIMENTO DE EDUC. PERMANENTE <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião dentista <input type="checkbox"/> Aux. Enfermagem <input type="checkbox"/> ACD <input type="checkbox"/> ACS	
	41 VISITA DOMICILIAR: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião dentista <input type="checkbox"/> Aux. Enfermagem <input type="checkbox"/> ACD <input type="checkbox"/> ACS	42 REUNIÃO COM A COMUNIDADE <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião dentista <input type="checkbox"/> Aux. Enfermagem <input type="checkbox"/> ACD <input type="checkbox"/> ACS	
	43 REUNIÃO COM A EQUIPE PARA PLANEJAR E AVALIAR O TRABALHO <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião dentista <input type="checkbox"/> Aux. Enfermagem <input type="checkbox"/> ACD <input type="checkbox"/> ACS	44 ATIVIDADES EDUCATIVAS EM GRUPO <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião dentista <input type="checkbox"/> Aux. Enfermagem <input type="checkbox"/> ACD <input type="checkbox"/> ACS	
	45 ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião Dentista	46 REUNIÃO DE EQUIPE COM O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE OU COMISSÃO LOCAL DE SAÚDE <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião dentista <input type="checkbox"/> Aux. Enfermagem <input type="checkbox"/> ACS	

OBS.: Os itens em branco são o Instrumento de Certificação

Avaliação da Comunidade

Avaliação da Comunidade (05 comunitários)		
<input type="checkbox"/> Está satisfeito com a ESF <input type="checkbox"/> A ESF resolve os problemas de saúde da comunidade <input type="checkbox"/> Todos os profissionais da ESF trabalham oito horas por dia. <input type="checkbox"/> Conhece os profissionais da ESF <input type="checkbox"/> A USF funciona diariamente, manhã e tarde. <input type="checkbox"/> Recebe visita domiciliar do médico/enfermeira do PSF	<input type="checkbox"/> Os medicamentos entregues pela farmácia do PSF são suficientes. <input type="checkbox"/> Participa de alguma atividade educativa no PSF. <input type="checkbox"/> Recebe visita mensalmente do ACS. <input type="checkbox"/> Conhece o ACS da sua área. <input type="checkbox"/> O ACS dá orientações sobre prevenção de doenças.	<input type="checkbox"/> Considera o trabalho do ACS bom. <input type="checkbox"/> Considera que a saúde da comunidade melhorou após a implantação do PSF. <input type="checkbox"/> Existe facilidade na marcação da consulta <input type="checkbox"/> Existe facilidade de realizar exame laboratorial, quando solicitado.
<input type="checkbox"/> Está satisfeito com a ESF <input type="checkbox"/> A ESF resolve os problemas de saúde da comunidade <input type="checkbox"/> Todos os profissionais da ESF trabalham oito horas por dia. <input type="checkbox"/> Conhece os profissionais da ESF <input type="checkbox"/> A USF funciona diariamente, manhã e tarde. <input type="checkbox"/> Recebe visita domiciliar do médico/enfermeira do PSF	<input type="checkbox"/> Os medicamentos entregues pela farmácia do PSF são suficientes. <input type="checkbox"/> Participa de alguma atividade educativa no PSF. <input type="checkbox"/> Recebe visita mensalmente do ACS. <input type="checkbox"/> Conhece o ACS da sua área. <input type="checkbox"/> O ACS dá orientações sobre prevenção de doenças.	<input type="checkbox"/> Considera o trabalho do ACS bom. <input type="checkbox"/> Considera que a saúde da comunidade melhorou após a implantação do PSF. <input type="checkbox"/> Existe facilidade na marcação da consulta <input type="checkbox"/> Existe facilidade de realizar exame laboratorial, quando solicitado.
<input type="checkbox"/> Está satisfeito com a ESF <input type="checkbox"/> A ESF resolve os problemas de saúde da comunidade <input type="checkbox"/> Todos os profissionais da ESF trabalham oito horas por dia. <input type="checkbox"/> Conhece os profissionais da ESF <input type="checkbox"/> A USF funciona diariamente, manhã e tarde. <input type="checkbox"/> Recebe visita domiciliar do médico/enfermeira do PSF	<input type="checkbox"/> Os medicamentos entregues pela farmácia do PSF são suficientes. <input type="checkbox"/> Participa de alguma atividade educativa no PSF. <input type="checkbox"/> Recebe visita mensalmente do ACS. <input type="checkbox"/> Conhece o ACS da sua área. <input type="checkbox"/> O ACS dá orientações sobre prevenção de doenças.	<input type="checkbox"/> Considera o trabalho do ACS bom. <input type="checkbox"/> Considera que a saúde da comunidade melhorou após a implantação do PSF. <input type="checkbox"/> Existe facilidade na marcação da consulta <input type="checkbox"/> Existe facilidade de realizar exame laboratorial, quando solicitado.
<input type="checkbox"/> Está satisfeito com a ESF <input type="checkbox"/> A ESF resolve os problemas de saúde da comunidade <input type="checkbox"/> Todos os profissionais da ESF trabalham oito horas por dia. <input type="checkbox"/> Conhece os profissionais da ESF <input type="checkbox"/> A USF funciona diariamente, manhã e tarde. <input type="checkbox"/> Recebe visita domiciliar do médico/enfermeira do PSF	<input type="checkbox"/> Os medicamentos entregues pela farmácia do PSF são suficientes. <input type="checkbox"/> Participa de alguma atividade educativa no PSF. <input type="checkbox"/> Recebe visita mensalmente do ACS. <input type="checkbox"/> Conhece o ACS da sua área. <input type="checkbox"/> O ACS dá orientações sobre prevenção de doenças.	<input type="checkbox"/> Considera o trabalho do ACS bom. <input type="checkbox"/> Considera que a saúde da comunidade melhorou após a implantação do PSF. <input type="checkbox"/> Existe facilidade na marcação da consulta <input type="checkbox"/> Existe facilidade de realizar exame laboratorial, quando solicitado.
<input type="checkbox"/> Está satisfeito com a ESF <input type="checkbox"/> A ESF resolve os problemas de saúde da comunidade <input type="checkbox"/> Todos os profissionais da ESF trabalham oito horas por dia. <input type="checkbox"/> Conhece os profissionais da ESF <input type="checkbox"/> A USF funciona diariamente, manhã e tarde. <input type="checkbox"/> Recebe visita domiciliar do médico/enfermeira do PSF	<input type="checkbox"/> Os medicamentos entregues pela farmácia do PSF são suficientes. <input type="checkbox"/> Participa de alguma atividade educativa no PSF. <input type="checkbox"/> Recebe visita mensalmente do ACS. <input type="checkbox"/> Conhece o ACS da sua área. <input type="checkbox"/> O ACS dá orientações sobre prevenção de doenças.	<input type="checkbox"/> Considera o trabalho do ACS bom. <input type="checkbox"/> Considera que a saúde da comunidade melhorou após a implantação do PSF. <input type="checkbox"/> Existe facilidade na marcação da consulta <input type="checkbox"/> Existe facilidade de realizar exame laboratorial, quando solicitado.
47	Nome / formação do entrevistador	
48	Nomes dos entrevistados	
49	Data: / /	50 Assinatura

OBS.: Os itens em branco são o Instrumento de Certificação

ANEXO B

PONTUAÇÃO REFERENTE AO INSTRUMENTO DE CERTIFICAÇÃO - SES-PE

MUNICÍPIO : _____

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA : _____

ASSINATURAS _____

DATA : ____ / ____ / ____

PONTUAÇÃO REFERENTE AO INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO SES-PE

• Itens referentes a atributos de estrutura (equipamentos, insumos e recursos humanos)	=	30 pontos
• Itens referentes a atributos de processo (Ações / atividades / registros)	=	70 pontos
TOTAL	=	100 pontos

Obs.: Dados da Gestão e Dados Gerais (campos do nº 1 a 27) = não pontuar

RECURSOS HUMANOS - Campo 28

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. RH (ESF + SB completa)	5,0	
2. Carga Horária (40 horas semanais)	4,0	
TOTAL	9,0 pontos	

ESTRUTURA

- Distribuição dos 21 pontos a seguir:

Campo 29 - ESTRUTURA FÍSICA = 3,0 PONTOS divididos por 7 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Sala de Recepção / Espera	0,428	
2. Sala de Procedimentos Básicos	0,428	
3. Sala de Vacina Exclusiva	0,432	
4. Sala para Guarda e dispensação de Medicamento	0,428	
5. 1 Consultório p/ assistência clínica	0,428	
6. 1 Consultório p/ assistência clínica equipado p/ exame Papanicolau *	0,428	
7. Consultório Odontológico	0,428	
8. Local para colheita do preventivo de câncer, fora da USF (para municípios com menos de 10 mil habitantes) *	0,428	
-	TOTAL	

OBS: * Só assinalar o item 8, caso não tiver preenchido o item 6

Campo 30 - EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS = 3,0 PONTOS divididos por 25 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Armário	0,12	
2. Arquivo p/ prontuario	0,12	
3. Autoclave	0,12	
4. Balança infantil	0,12	
5. Balança de adulto	0,12	
6. Caixa térmica ou de isopor	0,12	
7. Estetoscópio adulto	0,12	
8. Estetoscópio de Pinard	0,12	
9. Estufa	0,12	
10. Extintor de incêndio	0,12	
11. Foco com haste flexível	0,12	
12. Gabinete odontológico	0,12	
13. Geladeira exclusiva p/ vacina	0,12	
14. Glicosímetro	0,12	
15. Kit p/ coleta mat. cérvico-uterino	0,12	
16. Material p/ pequena cirurgia	0,12	
17. Mat. p/ retirar pontos / curativos	0,12	
18. Mesa ginecológica	0,12	
19. Otoscópio	0,12	
20. Régua antropométrica	0,12	
21. Sonar	0,12	
22. Tensiômetro infantil	0,12	
23. Tensiômetro adulto	0,12	
24. Termômetro clínico	0,12	
25. Termômetro digital de máxima, mínima e momento	0,12	
-	TOTAL	

Campo 31 – INSUMOS DISPONÍVEIS SUFICIENTES = 3,0 PONTOS divididos por 18 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Agulhas descartáveis	0,166	
2. Algodão	0,166	
3. Álcool a 70%	0,166	
4. Bloco de receituário	0,166	
5. Cartão da Criança	0,166	
6. Cartão da Gestante	0,166	
7. Escova dental	0,166	
8. Esparadrapo	0,166	
9. EPI	0,166	
10. Fio de sutura	0,166	
11. Ficha do SIAB	0,178	
12. Fita de HGT	0,166	
13. Ficha clinica odontológica	0,166	
14. Gaze/atadura	0,166	
15. Recipiente p/ desprezar perfuro-cortante	0,166	
16. Seringas descartáveis	0,166	
17. Luvas para procedimentos	0,166	
18. Material odontológico	0,166	
19. Outros:	-	
-	TOTAL	

Campo 32 – VACINAS SUFICIENTES = 3,0 PONTOS divididos por 10 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Anti-hepatite B	0,3	
2. Anti-pólio	0,3	
3. Anti-rábica humana	0,3	
4. BCG	0,3	
5. Dupla Viral	0,3	
6. DTP	0,3	
7. Dupla adulto	0,3	
8. Tetravalente	0,3	
9. Tríplice Viral (MMR)	0,3	
10. Rotavirus	0,3	
11. Outros:	-	
	TOTAL	

Campo 33 – MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS SUFICIENTES = 3,0 pontos divididos por 16 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Antibiótico	0,187	
2. Antianêmicos	0,187	
3. Antiemético	0,187	
4. Antimicótico	0,187	
5. Antihipertensivo	0,187	
6. Antiinflamatório	0,187	
7. Antitérmico e analgésico	0,187	
8. Antiparasitário	0,187	
9. Broncodilatador	0,187	
10. Contraceptivos	0,187	
11. Hansenostático	0,187	
12. Hipoglicemiantes	0,187	
13. Insulina NPH	0,187	
14. Soro reidratante	0,195	
15. Tuberculostático	0,187	
16. Vitamina A	0,187	
17. Outros:	-	
	TOTAL	

Campo 34 – APOIO DIAGNÓSTICO DISPONÍVEL = 3,0 PONTOS divididos por 22 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Pesquisa de BK no escarro	0,136	
2. Pesquisa de BAAR p/ Hansen	0,136	
3. Hemograma completo	0,136	
4. VDRL	0,136	
5. Elisa para HIV	0,136	
6. Urina (cultura)	0,136	
7. Urina (rotina)	0,136	
8. Tipagem sanguínea/ fator RH	0,136	
9. Glicemia plasmática	0,136	
10. Curva glicêmica	0,136	
11. Taxa de tolerância à glicose	0,136	
12. Dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico	0,136	

13. Potássio sérico	0,136	
14. Controle das dislipidemias	0,136	
15. Colesterol total	0,136	
16. Triagem neonatal (teste do pezinho)	0,136	
17. Citopatologia de colo de útero	0,136	
18. Colposcopia c/ biópsia	0,136	
19. Eletrocardiografia	0,136	
20. RX	0,136	
21. Ultrassonografia obstétrica	0,136	
22. Beta HCG	0,144	
23. Outros	-	
-	TOTAL	

Campo 35 – REFERÊNCIA DE SERVIÇOS = 3,0 PONTOS divididos por 11 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Ortopedia (consulta médica)	0,272	
2. Cardiologia (consulta médica)	0,272	
3. Neurologia (consulta médica)	0,272	
4. Saúde Mental (consulta psiquiátrica)	0,272	
5. Oftalmologia (consulta médica)	0,272	
6. Pronto Socorro (risco de vida)	0,272	
7. Serviço de Pronto Atendimento	0,272	
8. Internação Hospitalar nas Clínicas Básicas	0,28	
9. Internação Hospitalar Especializada	0,272	
10. Maternidade	0,272	
11. Fisioterapia	0,272	
12. Outros:	-	
-	TOTAL	
TOTAL (RH + ESTRUTURA)		30 PONTOS

Campo 36 – REGISTRO DAS ATIVIDADES = 10 PONTOS divididos por 7 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Utiliza Prontuário Saúde da Família (Incluindo ESB)	1,428	
2. Atualiza o cadastro das famílias mensalmente (preenche ficha de atualização da Ficha A)	1,428	
3. Alimenta o SIAB rotineiramente	1,428	
4. Alimenta o SIA rotineiramente (odontologia)	1,428	
5. Possui cronograma das atividades da equipe	1,428	
6. Dispõe de diagnóstico da área	1,428	
7. Dispõe de mapa da área	1,432	
-	TOTAL	

Campo 37 = Distribuição dos pontos a seguir:

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER = 2,94 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Coleta material para citologia oncótica	0,49	
2. Examina as mamas durante a consulta	0,49	
3. Garante entrega do resultado de citologia oncótica em até 60 dias	0,49	
4. Encaminha os casos de citologia oncótica alterados	0,49	
5. Garante contraceptivos para planejamento familiar	0,49	
6. Garante contraceptivos de emergência	0,49	
-	TOTAL	

Pré-natal = 2,94 PONTOS divididos por 11 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Realiza consulta médica	0,267	
2. Realiza consulta de enfermagem	0,267	
3. Usa cartão da gestante	0,267	
4. Encaminha a gestante de risco	0,27	
5. Acompanha gestantes desnutridas	0,267	
6. Realiza cadastramento de gestante no 1º trimestre	0,267	
7. Solicita exames de rotina	0,267	
8. Cadastra todas as gestantes no SIS-PRENATAL	0,267	
9. Alimenta o SIS-PRENATAL a cada atendimento	0,267	
10. Realiza no mínimo 6 consultas PN e 1 puerperal	0,267	
11. Oferece o teste de HIV	0,267	
-	TOTAL	

Assistência à Puerpera = 2,94 PONTOS divididos por 3 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Realiza consulta médica	0,98	
2. Realiza consulta de enfermagem	0,98	
3. Realiza visita domiciliar em até 15 dias pós-parto	0,98	
-	TOTAL	

Assistência à Criança

Assistência à Criança = 2,94 PONTOS divididos por 11 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Acompanha o crescimento e desenvolvimento (enfermeira)	0,267	
2. Acompanha o crescimento e desenvolvimento (médico)	0,267	
3. Realiza consulta odontológica	0,267	
4. Acompanha estado vacinal	0,267	
5. Monitora "criança de risco"	0,27	
6. Realiza, no mínimo, 7 consultas de puericultura no 1º ano de vida	0,267	
7. Fornece sulfato ferroso satisfatoriamente para crianças de 6 a 24 meses	0,267	
8. Fornece Vitamina A satisfatoriamente para crianças de 6 a 59 meses	0,267	

9. Acompanha desnutridos	0,267	
10. Aplica estratégia AIDPI	0,267	
11. Referencia para triagem neonatal (teste do pezinho)	0,267	
-	TOTAL	

Assistência ao Adolescente = 2,94 PONTOS divididos por 4 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Prioriza adolescente de risco	0,735	
2. Encaminha adolescente para serviços especializados, quando necessário.	0,735	
3. Orienta sobre prevenção de drogas	0,735	
4. Orienta prevenção de gravidez precoce	0,735	
-	TOTAL	

Assistência ao Idoso = 2,94 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Faz acompanhamento do esquema vacinal	0,49	
2. Dá preferência ao idoso no atendimento	0,49	
3. Orienta a realização de atividade física	0,49	
4. Orienta sobre alimentação adequada	0,49	
5. Orienta sobre uso de medicação	0,49	
6. Tem mapeamento (nome, idade e perfil situacional) especificando os frágeis e acamados.	0,49	
-	TOTAL	

Assistência ao Diabético = 2,94 PONTOS divididos por 7 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Realiza diagnóstico clínico	0,42	
2. Acompanha no domicílio, quando necessário	0,42	
3. Fornece medicamentos satisfatoriamente	0,42	
4. Referencia para apoio diagnóstico as complicações	0,42	
5. Cadastra todos os diabéticos no HIPERDIA	0,42	
6. Alimenta o HIPERDIA a cada atendimento	0,42	
7. Realiza exame dos níveis de glicose capilar	0,42	
-	TOTAL	

Assistência ao Hipertenso = 2,94 PONTOS divididos por 7 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Realiza diagnóstico clínico	0,42	
2. Acompanha no domicílio, pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações	0,42	
3. Fornece medicamentos satisfatoriamente	0,42	
4. Referencia para apoio diagnóstico as complicações	0,42	
5. Cadastra todos os hipertensos no HIPERDIA	0,42	
6. Alimenta o HIPERDIA a cada atendimento	0,42	
7. Realiza aferição de pressão arterial	0,42	
-	TOTAL	

Eliminação da Hanseníase = 2,94 PONTOS divididos por 13 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Realiza diagnóstico da doença	0,228	
2. Classifica os casos	0,226	
3. Realiza tratamento da doença	0,226	
4. Realiza avaliação dermatoneurológica dos casos em tratamento	0,226	
5. Realiza dose supervisionada	0,226	
6. Avalia o grau de incapacidade física	0,226	
7. Classifica o grau de incapacidade física na notificação	0,226	
8. Realiza o exame de comunicantes	0,226	
9. Realiza vacinação com BCG	0,226	
10. Realiza busca aos pacientes faltosos	0,226	
11. Possui "livro de registro" preenchido	0,226	
12. Alimenta boletim de acompanhamento dos casos	0,226	
13. Realiza exame dermatoneurológicos dos sintomáticos	0,226	
-	TOTAL	

Eliminação da Tuberculose = 2,94 PONTOS divididos por 10 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Realiza diagnóstico da doença	0,294	
2. Notifica os casos confirmados	0,294	
3. Solicita baciloscopia de controle	0,294	
4. Solicita anti-HIV para os casos confirmados	0,294	
5. Realiza tratamento supervisionados dos casos (DOTS)	0,294	
6. Realiza a busca de comunicantes	0,294	
7. Faz capacitação dos sintomáticos respiratórios (SR)	0,294	
8. Realiza busca aos pacientes faltosos	0,294	
9. Possui "livro de registro" preenchido	0,294	
10. Alimenta boletim de acompanhamento dos casos regularmente	0,294	
-	TOTAL	

Controle e Prevenção das DST/AIDS = 2,94 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Garante a distribuição de preservativos para prevenção das IST's	0,49	
2. Garante tratamento penicilínico	0,49	
3. Garante exame VDRL para gestante na 1ª consulta e no 3º trimestre	0,49	
4. Notifica caso de sífilis na gestante, quando existente	0,49	
5. Garante teste anti-HIV para gestante na 1ª consulta e no 3º trimestre	0,49	
6. Notifica caso de gestante HIV+, quando existente	0,49	
-	TOTAL	

Saúde Bucal = 2,94 PONTOS divididos por 4 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Realiza ações de prevenção em saúde bucal (higiene bucal supervisionada e/ou aplicação tópica de flúor e/ou bochecho fluorado)	0,735	
2. Preenche a Ficha Clínica com odontograma na 1ª consulta odontológica programática	0,735	
3. Referencia para outros serviços, quando necessário	0,735	
4. Realiza atendimento com grupos específicos: (idosos, gestantes, etc)	0,735	
-	TOTAL	

Vigilância Nutricional = 2,94 PONTOS divididos por 10 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Acompanha o estado nutricional da criança de 0 a 5 anos (risco nutricional, desnutrição, sobrepeso, obesidade, hipovitaminose A)	0,294	
2. Acompanha o estado nutricional da criança de 0 a 2 anos (anemia)	0,294	
3. Acompanha o estado nutricional da puérpera (anemia)	0,294	
4. Acompanha estado nutricional de gestante (anemia, baixo peso, sobrepeso, obesidade)	0,294	
5. Realiza administração de Sulfato Ferroso em gestante	0,294	
6. Realiza administração de Sulfato Ferroso em crianças de 6 a 24 meses	0,294	
7. Realiza administração de Sulfato Ferroso em puérpera	0,294	
8. Realiza administração de Sulfato Ferroso em mulheres em período pós aborto	0,294	
9. Realiza a administração de Ácido Fólico em gestantes (a partir da 20ª semana de gestação)	0,294	
10. Realiza registro de dados nutricionais no SISVAN	0,294	
-	TOTAL	

Vigilância Epidemiológica = 2,94 PONTOS divididos por 12 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Existe Ficha de Notificação na USF	0,245	
2. Existe Ficha de Investigação Compulsória na USF	0,245	
3. Realiza notificação compulsória de doenças	0,245	
4. Realiza investigação de casos notificados	0,245	
5. Participa da investigação do óbito infantil	0,245	
6. Notifica casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências	0,245	
7. Participa da investigação do óbito materno	0,245	
8. Participa da análise da investigação do óbito materno	0,245	
9. Realiza ações de controle e intervenção em surtos	0,245	

10. É ambiente livre do fumo	0,245	
11. Participa da análise da investigação do óbito infantil	0,245	
12. Realiza bloqueio vacinal quando necessário	0,245	
-	TOTAL	

Vigilância Ambiental = 2,94 PONTOS divididos por 3 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Ocorre distribuição de Hipoclorito pelo PSF	0,98	
2. Coleta material de sorologia para diagnóstico da dengue	0,98	
3. Notifica casos suspeitos de dengue	0,98	
-	TOTAL	

Ações Educativas Continuadas em Grupo = 4,02 PONTOS divididos por 10 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Gestantes	0,402	
2. Diabéticos	0,402	
3. Idosos	0,402	
4. Vigilância Nutricional	0,402	
5. Hipertensos	0,402	
6. Escolares	0,402	
7. Adolescentes	0,402	
8. Saúde Bucal	0,402	
9. Mulheres	0,402	
10. Planejamento Familiar	0,402	
11. Outros	-	
-	TOTAL	

ATIVIDADES REALIZADAS PELA EQUIPE

Campo 38 – Procedimentos = 2,94 PONTOS divididos por 8 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Faz curativos	0,367	
2. Aplica injeções, além de vacinas	0,367	
3. Realiza nebulização	0,367	
4. Faz retirada de pontos	0,367	
5. Realiza sutura, quando necessário	0,367	
6. Verifica pressão arterial	0,367	
7. Verifica peso	0,371	
8. Esteriliza material	0,367	
-	TOTAL	

Campo 39 – Participa em Ações para Desenvolvimento de Educação Permanente = 2,94 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Médico	0,49	
2. Enfermeiro	0,49	
3. Cirurgião dentista	0,49	

4. Aux. Enfermagem	0,49	
5. ACD	0,49	
6. ACS	0,49	
-	TOTAL	

Campo 40 – Visita Domiciliar = 1,00 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Médico	0,166	
2. Enfermeiro	0,166	
3. Cirurgião dentista	0,166	
4. Aux. Enfermagem	0,166	
5. ACD	0,166	
6. ACS	0,17	
-	TOTAL	

Campo 41 – Reunião com a Comunidade = 1,00 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Médico	0,17	
2. Enfermeiro	0,166	
3. Cirurgião dentista	0,166	
4. Aux. Enfermagem	0,166	
5. ACD	0,166	
6. ACS	0,166	
-	TOTAL	

Campo 42 – Reunião com a Equipe para Planejar e Avaliar o Trabalho = 1,00 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Médico	0,166	
2. Enfermeiro	0,17	
3. Cirurgião dentista	0,166	
4. Aux. Enfermagem	0,166	
5. ACD	0,166	
6. ACS	0,166	
-	TOTAL	

Campo 43 – Atividades Educativas em Grupo = 1,00 PONTOS divididos por 6 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Médico	0,166	
2. Enfermeiro	0,17	
3. Cirurgião dentista	0,166	
4. Aux. Enfermagem	0,166	
5. ACD	0,166	
6. ACS	0,166	
-	TOTAL	

Campo 44 – Atendimento em Casos de Urgência / Emergência = 1,00 PONTOS divididos por 3 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Médico	0,334	
2. Enfermeiro	0,333	
3. Cirurgião dentista	0,333	
-	TOTAL	

Campo 45 – Reunião de Equipe com o Conselho Municipal de Saúde ou Comissão Local de Saúde = 1,00 PONTOS divididos por 5 itens

Item	Pontuação Padrão	Pontuação Encontrada
1. Médico	0,2	
2. Enfermeiro	0,2	
3. Cirurgião dentista	0,2	
4. Aux. Enfermagem	0,2	
5. ACS	0,2	
-	TOTAL	

Avaliação da comunidade e itens 46, 47, 48 e 49 não recebem pontuação

ANEXO C

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

GERES: _____ MUNICÍPIO: _____ DATA DA VISITA: ____/____/____

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISITADA: _____

Recursos Humanos	Equipamento e Estrutura Física	Insumos	Outros Serviços



RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

GERES: _____

MUNICÍPIO: _____

DATA DA VISITA: ____/____/____

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISITADA: _____

Ações da ESF



RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

GERES: _____ MUNICÍPIO: _____ DATA DA VISITA: ____/____/____

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISITADA: _____

Atividade Realizada pela Equipe	Avaliação da Comunidade	Pontos Fortes

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

GERES: _____ MUNICÍPIO: _____ DATA DA VISITA: ____/____/____

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VISITADA: _____

Pontos Fracos	Sugestões	
Nome	Assinatura	Data:

ANEXO D



RELATÓRIO DA COMISSÃO CERTIFICADORA
(segundo Portaria 720/07-PE do "Fortalecimento da Atenção Primária")

I – IDENTIFICAÇÃO:	
GERES:	Município: DATA DA VISITA: ____/____/____
Equipe Saúde da Família:	
II – PONTUAÇÃO GERAL:	<input type="text"/>
III – ESTÁGIO:	
<input type="checkbox"/> A – Adequado (80% ou mais dos padrões)	<input type="checkbox"/> B – Satisfatório (60 a 79% dos padrões)
<input type="checkbox"/> C – Regular (40 a 59% dos padrões)	<input type="checkbox"/> D – Insatisfatório (20 a 39% dos padrões)
<input type="checkbox"/> E – Crítico (0 a 19% dos padrões)	
IV – PONTOS DE CORTE:	
<input type="checkbox"/> Pontuação (score) abaixo de 50%	<input type="checkbox"/> Ausência de algum profissional da equipe por mais de 60 dias consecutivos
<input type="checkbox"/> Carga horária inferior a 40h sem justificativa aceita pela Portaria 720/07-PE ou Portarias Ministeriais	<input type="checkbox"/> Pontuação zero em ações materno infantil
<input type="checkbox"/> Não ter cobertura da equipe de saúde bucal	
V – PONTOS FRACOS ENCONTRADOS DE MAIOR RELEVÂNCIA:	
VI – SUGESTÕES PARA MELHORIA DA SITUAÇÃO ENCONTRADA:	
VII – ENCAMINHAMENTOS:	
<input type="checkbox"/> ESF em condições de certificação / habilitação, segundo Portaria 720/07-PE do "Fortalecimento da Atenção Primária"	<input type="checkbox"/> ESF sem condição de certificação / habilitação devido obter algum ponto de corte
<input type="checkbox"/> Encaminhar relatório à GERES / GESTOR MUNICIPAL informando decisão da Comissão Certificadora (com sugestões para melhoria dos pontos fracos encontrados)	<input type="checkbox"/> Retorno a ESF após 6 meses / 1 ano para reaplicar o instrumento de certificação
<input type="checkbox"/> Solicitar comparecimento do município a SES para assinar termo de compromisso	<input type="checkbox"/> Dar os devidos encaminhamentos para publicação e repasse de incentivo (R\$ 1.200,00, mês-a-mês e fundo-a-fundo).
<input type="checkbox"/> Das os devidos encaminhamentos para repasse financeiro do Pacto pela Vida (R\$ 600,00, mês-a-mês e fundo-a-fundo).	
VIII – ASSINATURAS:	DATA: ____/____/____
NOME	SETOR

Caso a Equipe Certificadora deseje alguma observação, além das contidas acima, escrever no verso desta página