

FACULDADE LABORO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E  
GESTÃO EM SAÚDE.

**ALDECY MORAES RIBEIRO**  
**CLAYTON MAGALHÃES RIBEIRO**  
**CONCEIÇÃO DE MARIA ARAÚJO FREIRE**  
**KELLY CHRISTINE DE SOUZA BARROS**  
**MILENE MARTA CUTRIM DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: revisão de literatura**

SÃO LUÍS  
2013

**ALDECY MORAES RIBEIRO  
CLAYTON MAGALHÃES RIBEIRO  
CONCEIÇÃO DE MARIA ARAÚJO FREIRE  
KELLY CHRISTINE DE SOUZA BARROS  
MILENE MARTA CUTRIM DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado à Faculdade Laboro –  
Universidade Estácio de Sá, para obtenção  
do Título de Especialista em Auditoria,  
Planejamento e Gestão em Saúde.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Elinor  
Alves Gama.

SÃO LUÍS  
2013

**ALDECY MORAES RIBEIRO  
CLAYTON MAGALHÃES RIBEIRO  
CONCEIÇÃO DE MARIA ARAÚJO FREIRE  
KELLY CHRISTINE DE SOUZA BARROS  
MILENE MARTA CUTRIM DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado à Faculdade Laboro –  
Universidade Estácio de Sá, para obtenção  
do Título de Especialista em Auditoria,  
Planejamento e Gestão em Saúde.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Elinor  
Alves Gama.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>.Mônica Elionor Alves Gama (Orientadora)**

Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo - USP

## RESUMO

O trabalho é uma pesquisa bibliográfica e descritiva, cujo objetivo é analisar e discorrer acerca da importância da Auditoria no processo de organização dos Agentes Comunitários de Saúde – (PACS). Para tanto, faz-se revisão de literatura pertinente, abordando a ação dos Agentes Comunitários e a relevância dos mesmos na estruturação da Saúde da Família. Adotaram-se como parâmetros pesquisas anteriores, levando-se em conta os resultados e abordagens referentes à contribuição que a auditoria confere na organização e no desenvolvimento das atividades dos Agentes Comunitários. Aborda-se também a relação existente entre dados colhidos na área de abrangência dos ACS e as diretrizes das políticas públicas. Adota-se uma perspectiva das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, orientadas por um trabalho de auditoria, de modo que a elevação da qualidade seja percebida pela clientela, uma vez que, os referidos agentes tornam-se aptos a promover, prevenir e educar uma vida salutar, apoiados por uma equipe multidisciplinar, sempre com base nos princípios do SUS e nas diretrizes da ESF.

**Palavras-chave:** A importância da Auditoria. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia da Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The work is a bibliographic search and descriptive, whose goal is to analyze and discuss about the importance of audit in the process of organization of Community Health Agents - (PACS). Therefore, it is pertinent literature review, covering the actions of community agents and their relevance in the structuring of Family Health. Adopted as parameters research, taking into account the results and approaches related to the contribution that the audit provides the organization and development of the activities of Community Agents. It also discusses the relationship between data collected in the catchment area of the ACS and guidelines of public policies. It adopts a perspective of the practices of Community Health Agents guided by an audit, so that the increase in quality is perceived by the customer, once the referred agents become able to promote, prevent and educate a life salutary, supported by a multidisciplinary team, always based on the principles of the NHS and the guidelines of the ESF.

**Keyword:** The Importance of Audit. Agents Program Community Health Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>07</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>09</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>10</b>
3.1	Geral .....	10
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
5.1	Breve histórico do sistema de saúde brasileiro .....	12
5.2	Atenção primária à saúde .....	14
5.3	Estratégia de saúde da família .....	15
5.4	Atuação dos agentes comunitários de saúde na ESF .....	16
5.5	Auditoria em Saúde como ferramenta de gestão aplicada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.....	18
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>22</b>
	REFERÊNCIAS .....	24

## 1 INTRODUÇÃO

Auditoria – “do latim *audire*, significa ouvir” (OLIVEIRA, 2008, p 16) – , tem origens que se confundem com a história do próprio homem, posto que seja essencialmente humana a necessidade de verificar as tarefas, os resultados de suas práticas não importando a sua complexidade – a auditoria, sob uma ótica primária – está ligada à confiança. A auditoria é uma ferramenta de verificação usual em todas as áreas. Dentre as referidas áreas, a contábil é considerada a base dos conhecimentos que norteiam o processo de auditoria.

A auditoria em saúde tem sido muito usada atualmente como mecanismo para alcançar excelência em atendimento e qualidade, sua inserção no campo da saúde iniciou-se com Lambeck, em 1956, sob o termo *audit*. Com o propósito de avaliar processos, serviços e seus resultados. A avaliação pretendida partia da observação direta de registros e históricos clínicos da clientela. Partindo-se desta avaliação estudavam-se metodologias e inovação procedimentais.

A aplicação de ações de auditoria na saúde pública é justificada por um avanço conceitual e normativo. Há ainda que se pensar na avaliação de ações e serviços que estejam de acordo com a realidade na qual estão inseridas e com a qual interagem. Trata-se de identificar e viabilizar a organização de sistemas e serviços de qualidade e a ética profissional.

O SUS – Sistema Único de Saúde – é a política de saúde pública que contempla todos os brasileiros e, por isso, constitui uma conquista significativa, comparando-se com outros países do mundo que não possuem um sistema semelhante. É uma política que garante acesso a todos os usuários sem acepção alguma e considerando todas as particularidades dos usuários, como gênero, localização geográfica e outros.

A singularidade do SUS consiste também no fato de esta política se basear em práticas democráticas, advindas da interação entre organizações sociais de diferentes graus de formalismo como, por exemplo, o Controle Social (Conferências e Controle Social).

O SUS, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e complementada por várias normas e portaria do Ministério da Saúde. Destas regulamentações, têm-se

três princípios que legitimam o SUS (Universalidade, Integralidade e a Equidade).

No entanto, o SUS encontrou diversas problemáticas no que se refere à operacionalização. Para resolver, instrumentos que visavam à reorganização, ou melhor, à reestruturação, foram criados. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) representa uma descentralização de recursos do SUS e foi regulamentado em 1997.

O PACS oferece assistência e orientação ambulatorial e domiciliar aos usuários do SUS e é uma ferramenta para a já citada reestruturação do sistema, pois possibilita o acesso de uma parcela maior da população e compõe a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O programa foi criado com base em experiências sobre a prevenção de doenças através de informações sobre cuidados básicos de saúde, como a higiene e as consultas regulares, por exemplo. A meta de atendimento e atuação está ligada a uma pretendida interação entre comunidade e unidades de saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sujeitos desta prática, são pessoas da própria comunidade cuja tarefa é atuar na prevenção de doenças e promoção de saúde individual ou coletivamente.

O Agente Comunitário de Saúde é uma estratégia para minimizar as barreiras ou falhas de comunicação entre profissionais de saúde e comunidade, sempre pensando nas peculiaridades advindas desta relação.

A auditoria na saúde pública é considerada complexa devido ao tratamento das informações que devem ser colhidas, analisadas e interpretadas e registradas cuidadosamente, já que as responsabilidades desta tarefa são igualmente complexas.

A auditoria é, na verdade, um meio de diagnóstico, identificação, transparência, confiabilidade e otimização da gestão estratégica e participativa. Isto porque a auditoria disponibiliza a sociedade o acesso aos resultados e informações pertinentes. Deve-se entender a auditoria como meio de o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, como de diálogo entre as políticas públicas.



## 2 JUSTIFICATIVA

Dentre muitos aspectos passíveis de análise, adotou-se o estudo acerca da ação e pertinência da auditoria no processo de organização dos agentes comunitários de saúde, partindo de revisão de literatura, buscando-se o aprimoramento, desenvolvimento e capacitação dos profissionais, sob a ótica da contribuição no programa saúde da família, visando à educação, prevenção e a promoção de saúde, em um ambiente dotado de peculiaridades próprias.

Além de se ver na ação dos ACS (agentes comunitários de saúde) a aplicação dos princípios básicos do SUS (sistema único de saúde), como por exemplo, a integralidade, percebida devido a uma integração com a comunidade-cliente e a indivisibilidade desta relação.

As unidades de saúde têm a competência de prestar serviços que variam quanto ao grau de complexidade e este conjunto de fatores forma um sistema de assistência à saúde. Mas os agentes comunitários de saúde, quando capacitados, organizados e norteados de forma eficaz, são parte de uma estratégia que permite que este sistema chegue aos usuários em seus domicílios prevenindo, informando e promovendo ações de saúde. É a dita atenção primária.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Geral**

- Analisar a relevância da auditoria no processo de organização do programa de agentes comunitários de saúde com base em uma literatura especializada.

#### 4. METODOLOGIA

Pesquisa realizada com base na literatura pertinente disponível. Trata-se de uma revisão de literatura.

Para se estruturar a revisão de literatura que se propõe fazer, adota-se como referência Castro (2001):

- **Elaboração da Pergunta:** o que a literatura diz a respeito da relevância da auditoria na organização dos ACS – agentes comunitários de saúde?
- **Localização e seleção dos estudos:** serão adotadas publicações nacionais e periódicas indexadas ou não, impressos, virtuais, referentes à área (artigos, livros, monografias, dissertações) encontrada em base de dados oficiais, eletrônicos ou não.
- **Período:** 2000 a 2012 (período flexível se por ventura não contemplar o conteúdo estudado).
- **Coleta de dados:** Os dados coletados referentes à importância da auditoria no processo de organização dos agentes comunitários de saúde, a atuação na ESF, considerando os princípios e diretrizes.
- **Análise e Apresentação de dados:**
  - Breve histórico do sistema de saúde brasileira.
  - Atenção Primária à Saúde.
  - Estratégia da Saúde da Família.
  - Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF).
  - Auditoria em Saúde como ferramenta de gestão aplicada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

A Estratégia de Saúde da Família pode ser definida como mecanismo assistencialista, que, por meio de uma equipe multidisciplinar das unidades de saúde, faz o acompanhamento de famílias da comunidade circundante a fim de promover ações de prevenção, promoção, manutenção e eventual recuperação de saúde. Caracteriza-se por este contato mais individualizado com a clientela.

A estratégia de trabalho do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada (SOUZA, 2000 apud BEDIN; PAULINO, 2009, p 51-52)

Este programa atua sob a perspectiva das relações individuais ou coletivas com o ambiente físico e social em que estas famílias estão inseridas, detectando os riscos aos quais estão expostas e buscando oferecer informações com vistas a prevenir e promover a saúde. É uma forma de aproximar as famílias da saúde, dar qualidade de vida a uma grande parcela de pessoas por meio de um acesso descomplicado aos serviços do SUS.

O atendimento oferecido pelo PSF vai além do conceito de atenção básica, pois é um aprofundamento da ética do sistema vigente e vai além de uma equipe técnica, trata-se de humanizar o atendimento, chegar às famílias com serviços que vão elevar o nível de qualidade de vida.

O trabalho do agente comunitário de saúde tem sua relevância confirmada quando se pensa que as metas, estatísticas, bancos de dados são formulados de acordo com as informações colhidas por estes profissionais direto da fonte, já que a atuação deles acontece nos domicílios.

### 5.1 Um breve histórico do sistema de saúde brasileiro

Antes do Sistema único de Saúde, a assistência médica era de responsabilidade do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - que oferecia serviços aos contribuintes, ou seja, aqueles que tinham registro na carteira profissional e seus dependentes. Deste modo, não existia o critério de universalidade.

A distribuição de recursos se fazia com proporcionalidade à contribuição recolhida, ou seja, nas grandes cidades, onde havia mais pessoas trabalhando com carteira assinada, os recursos direcionados eram superiores a regiões menos desenvolvidas, continuando o ciclo de exclusão geográfica.

Alguns estabelecimentos eram do próprio INAMPS, mas grande parte era da iniciativa privada que perpetuou a prática de cuidar da doença e não da saúde, ou seja, não havia práticas de prevenção, o usuário associado só tinha acesso ao tratamento para a doença, não havia uma medicina preventiva praticada.

Devido a um problema de má administração, em meados da década de 70, a Previdência Social passa por uma crise financeira e inicia um histórico de parceria com secretarias de saúde de estados e municípios chegando a atender trabalhadores rurais por meio de parcerias com o FUNRURAL, mas a assistência oferecida era precária.

Já no fim da década de 80, o INAMPS iniciou a adoção de medidas que se encaminhavam para uma nova perspectiva do acesso aos serviços de saúde. A carteira de segurado – antes indispensável para o atendimento – perdeu o caráter de obrigatoriedade e outras medidas foram tomadas, o que despertou uma discussão na qual a sociedade como um todo demonstrava a necessidade de um sistema de saúde que propiciasse o acesso a um sistema de saúde menos exclusivista. O resultado foi à criação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, instituído através de uma série de convênios entre os governos de estados e o próprio INAMPS.

A partir daí o Brasil iniciou o que tendia mais à universalidade no atendimento à saúde. Frentes sociais organizadas, profissionais da saúde, grupos universitários se mobilizaram e, juntamente com a crise intermitente da assistência médica previdenciária motivaram a aprovação da Lei nº 8080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, por meio da qual o SUS foi

instituído após o dito “Movimento da Reforma Sanitária”. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005).

Outro resultado do Movimento da Reforma Sanitária foi à definição na Constituição Federal de 1988, no seu art. 196 o qual diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Fixa-se assim a desejada universalidade de cobertura do SUS – Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002 apud GAMA, TONIAL, SIMÕES, 2005).

Já a Lei 8080/90, definiu o comando único do SUS em cada esfera de governo e instituiu o Ministério da Saúde como gestor nacional. Na referida lei, cap. II, art. 7º determina como princípios do SUS:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
  - II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
  - III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
  - IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
  - [...]
  - VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
  - [...]
  - VIII – participação da comunidade; [...]
- (CARVALHO, 2002, p.70).

Constitucionalmente o SUS se organiza com base nas diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

## 5.2 Atenção Primária à Saúde

Atenção Primária à Saúde pode ser definida como um aparato de ações que visam à saúde no individual e coletiva e que abrange a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a promoção.

Desenvolvida por uma equipe multifuncional e por meio de atitudes sanitárias e gerenciais com a participação dos envolvidos: profissionais de

saúde e clientela. Uma comunidade de um espaço geográfico delimitado sobre a qual a referida equipe tem responsabilidades e viabiliza o cuidar na saúde.

Há ainda o uso de tecnologias cuja complexidade pode ser elevada que pretendem sanar problemas relevantes e frequentes da população. Desta prática pode-se ressaltar a interação entre sujeito-sujeito, mecanismo que permite o acolhimento, a escuta e o cuidado.

Adotam-se os meus princípios do SUS garantindo ainda a acessibilidade de todos ao sistema de saúde vigente. Há ainda a participação social bem enfatizada, a humanização também é ponto preponderante nesta prática que se reflete no vínculo. Valoriza-se a dimensão humana, as particularidades dos sujeitos e delas advém o tratamento mais humano conferido aos envolvidos.

Quando se diz que a Atenção Primária à Saúde parte das peculiaridades do sujeito, com a complexidade típica e questões sócio culturais para se objetivar uma promoção de saúde, a prevenção e o tratamento curativo das patologias, perpassam por uma diminuição de sofrimento que inviabilizam uma vida saudável (OHARA; SAITO, 2010).

Os investimentos de verba e pessoal preparado na oferta de atenção primária devem levar em consideração que esta se revela como crucial no sistema de saúde, pois em muitos casos constitui a maior via de acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo referido sistema. Quanto aos profissionais, é importante que se entenda que as competências que esta tarefa exige vão além de simples habilidades clínicas, perpassam por comunicação, relacionamento interpessoal e outras.

### **5.3 Estratégia de Saúde da Família**

O PSF – Programa de Saúde da Família pretende por meio da atenção básica à saúde, reformular o modelo assistencial. Isto sempre levando em conta os preceitos do SUS. Para tanto, conjuga ações na unidade de saúde e nos domicílios, visando sempre a atender integralmente todos os membros da família.

Segundo Ohara; Saito (2010), os profissionais devem agir:

Tendo em vista que o cuidar em saúde implica uma diversidade de concepções como: assistir, tratar, curar, acolher, manifestar cuidado; tem havido dificuldade na construção do seu significado para trabalhadores e usuários. Múltiplas expressões e compreensões abarcam a simples e ao mesmo tempo complexa noção de cuidado, simples pela sua natureza, mas complexa pela sua singularidade (OHARA; SAITO, 2010, p. 96).

Há de se pensar num conceito de cuidar que não se atenha a atitudes técnicas, que perpassa por envolvimento, preocupação, responsabilização. Trata-se do envolvimento de sujeitos para o alívio do sofrimento de um par seu, pois além de profissional, o técnico, o médico, enfermeiro ou agente comunitário, são seres humanos e devem permitir que esta essência humana fizesse parte de suas atividades.

O PSF, surgido em 1994, inicialmente não encontrou um cenário favorável para seu desenvolvimento. Não estavam claras as definições quanto ao financiamento, os recursos humanos, a própria aceitabilidade de um modelo tão diverso do sistema tradicional de saúde era indefinida. Em conformidade com MS, adota os seguintes princípios com vistas a seu desenvolvimento e aplicabilidade:

- a) Territorialização;
- b) Vinculação com a população;
- c) Garantia de integralidade na atenção;
- d) Trabalho em equipe com o enfoque interdisciplinar;
- e) Ênfase na promoção da saúde, com fortalecimento das ações inter-sociais;
- f) Estímulo à participação da comunidade (FIGUEIREDO, 2005).

O PSF é muito mais que um espaço para se fazer triagem ou encaminhamento para a unidade de saúde, trata-se de um primeiro contato com o sistema único de saúde e um mecanismo para a continuidade de uma rotina de cuidados com a saúde e a melhoria da qualidade de vida.

#### **5.4 Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na ESF.**

O Movimento da Reforma Sanitária, a que já se fez referência nesta pesquisa, tem entre suas conquistas a criação do Sistema Único de Saúde



(SUS), entre seus princípios há o da universalidade, a descentralização e a integralidade. Neste sistema há as práticas de prevenção e cura que perfazem uma relação entre os profissionais e os pacientes.

O PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde – foi criado pelo MS em uma parceria com os estados e municípios. Inicialmente, o objetivo era diminuir os índices de mortalidade infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste.

A posteriori, com base na experiência do estado do Ceará, cuja principal pretensão era propiciar à comunidade o cuidado com a saúde como meio de elevar a qualidade de vida por meio da oferta de informações que visam à prevenção, cura e promoção de saúde.

O agente comunitário de saúde, uma pessoa da própria comunidade em que atua, pode ser visto como uma ligação primária entre os usuários e o sistema de saúde, pois em muitos casos esta é a forma de levar ao cidadão os serviços que o SUS oferece para melhorar a sua saúde. Por ser da própria comunidade, há uma diminuição das barreiras comunicativas entre os técnicos e os pacientes, pois todas as cargas culturais e sociais de que o paciente é dotado perfazem a realidade do agente.

Para garantir que os aspectos supracitados de envolvimento entre agente e comunidade sejam atendidos, alguns critérios para a contratação de ACS devem ser respeitados. Isto segundo Ohara; Saito (2010, p. 44):

[...] ser morador da área, ter envolvimento com a comunidade, seja por ações ou pelo tempo de moradia, conhecer a realidade das pessoas que vivem na comunidade e ter afinidade com o trabalho comunitário. Esses critérios tornam as ações de promoção, prevenção e educação em saúde uma realidade contextualizada com as necessidades das pessoas onde se implanta o PAC ou o Programa de Saúde da Família (PSF).

A história dos Agentes Comunitários de Saúde está desde a criação do programa envolvida põe uma precariedade no que se refere aos vínculos empregatícios, questão ainda em discussão e aprimoramento.

Quanto à formação das equipes da Saúde da Família, tem-se a pretensão de romper com o modelo centralizado na ação de um único profissional. Deste modo, o diferencial consiste na formação de uma equipe

multidisciplinar que é dotada de um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Ao Agente Comunitário de Saúde cabe:

[...] realizar mapeamento da área de atuação, cadastrar famílias de sua micro área; identificar, em trabalho de equipe, as áreas e famílias de risco; realizar mensalmente as visitas domiciliares às famílias de sua responsabilidade; participar do processo educativo levado às famílias, incentivar a participação comunitária; discutir com a equipe a realidade da comunidade onde atua e contribuir para possíveis soluções de problemas; comunicar a equipe sobre casos de doenças que necessitam de notificação; fazer o diagnóstico de saúde da comunidade, bem como seu mapeamento; atuar auxiliando no controle da hipertensão e diabetes, grupos com crianças, grupos sobre saúde bucal, etc; estimular o aleitamento materno; verificar se as crianças estão com as vacinas em dia; levar orientação quanto à higiene bucal, dieta e prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 apud OHARA; SAITO, 2010, p. 45).

Cada um dos profissionais supracitados tem a sua função definida e cada um complementa o outro de modo que os sujeitos envolvidos no processo são fundamentais para o resultado esperado e o alinhamento de suas funções e a realização das mesmas interfere diretamente na vida da comunidade circundante.

### **5.5 Auditoria em Saúde como ferramenta de gestão aplicada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde**

O Programa de Saúde da Família surgiu em oposição ao modelo de saúde anterior e tem características que o diferenciam por ser mais próximo da comunidade, estabelecer um vínculo entre as famílias e o sistema único de saúde – SUS –, por ser baseado na ação de uma equipe multidisciplinar e não em um único profissional, por defender a existência de um vínculo entre os atores desta ação e uma humanização na prática da medicina que deve ser preventiva, curativa e promotora de saúde na comunidade na qual está inserida.

Para que os objetivos acima sejam alcançados, há de se pensar em uma estrutura organizada que permita a realização das tarefas pertinentes a cada um dos profissionais envolvidos neste programa, mapeamento e criação

de um banco de dados que permita os profissionais envolvidos e à própria comunidade acessar os dados resultantes do trabalho que envolve as partes citadas.

Como já dito, o ESF representa um novo olhar sobre o serviço de saúde pública, pois parte de preceitos que norteiam a ação dos ACS e que veem o cuidado não mais como fracionado, pois este conceito também foi ampliado e vai além da realização de diagnósticos e administração de medicamentos, por exemplo.

Desta nova perspectiva fica clara uma relação entre a gestão e a comunidade. Resultado do valor dado ao cuidado primário da saúde. Quando se visa a oferecer qualidade na prestação de serviços, atendimento digno aos cidadãos há de desenvolver uma administração com auxílio de uma prática de controle, avaliação, regulação e auditoria de ações e serviços de saúde oferecidos à população.

Frente à reformulação das políticas públicas e incorporação de novas estratégias de trabalho em saúde, o exercício da auditoria em saúde tem sido temática de destaque para a consolidação da ESF, uma vez que possibilita acompanhamento e análise constante de todo o processo de trabalho. Além disso, tem-se buscado condições necessárias para um desempenho adequado das ações e serviços previstos, como forma de garantir a resolutividade dos problemas de saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

A auditoria no então INPS, antes de 1976, era realizada por supervisores com base em prontuários e em contas hospitalares de pacientes. A partir de 1976, as citadas contas hospitalares passaram a ser chamadas de Guias de Internação Hospitalar – GIH sobre as quais ainda se fazia coleta de dados para auditorias. Já em 1983, passa-se a chamar as referidas Guias de Internação Hospitalar de Autorização de Internação Hospitalar. Ainda no mesmo ano o médico-auditor passa a ser um cargo reconhecido e os próprios hospitais são responsáveis por auditar suas ações.

É constitucional a realização de auditorias como mecanismo para aprimorar as práticas e fiscalizar ações realizadas. E esta prática se dá por

meio da coleta de informações acerca das práticas dos sujeitos envolvidos no contexto.

A informação deve ser entendida como um instrumento para o entendimento da realidade, para a melhoria da visão do contexto e no auxílio da identificação de prioridades para as ações necessárias à resolução de problemas, melhorando a eficiência, diminuindo as incertezas e agilizando os processos de trabalho. (OHARA; SAITO, 2010, p. 65)

A Lei nº 8.080/90 estabelece na gestão do SUS o departamento incumbido de avaliar e controlar a ação e os serviços oferecidos. Já o Sistema Nacional de Auditoria era responsabilidade do Estado maior.

No que se refere às mudanças da auditoria de saúde coletiva, deve-se avaliar a qualidade da ação de promoção, prevenção e restabelecimento de saúde, por meio de indicadores de saúde e pela participação do grupo social, para garantir a oferta de serviços de qualidade.

O profissional de auditoria que trabalha nesta área que passou por renovações que lhe atribuíram novos contornos deve estar apto para uma ação observadora e social, para a estruturação de um paradigma de saúde que alcance o objetivo principal dos programas da natureza do PSF, que é melhorar a qualidade de vida da população.

A ação do auditor parte das informações colhidas e divididas entre os profissionais envolvidos no processo, para construir uma colaboração, avaliações, orientações, constatação e resolução de irregularidades, com vistas a uma elevação da qualidade da gestão pública, o que reflete no nível dos serviços oferecidos pelas instituições públicas de saúde.

Auditoria é o exame de ações governamentais no que se refere a aspectos econômicos, a eficiência e qualidade dos serviços, além dos processos que envolvem a gestão. Para tanto, são adotados alguns critérios para a aplicação da auditoria:

Obtenção da taxa de permanência de todas as categorias profissionais da ESF [...];  
Obtenção da taxa de permanência no âmbito de cada CAP;  
Obtenção da taxa de permanência dos profissionais por categoria;  
Obtenção do percentual de profissionais que se retiraram da Estratégia com mais de 24 meses (TCMRJ, 2009);

No âmbito das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, a auditoria objetiva perceber e identificar o nível de alinhamento existente entre as políticas e diretrizes e a ação dos profissionais na comunidade. Se o modelo de atenção usado comparado com o modelo tradicional oferece resultados satisfatórios numericamente.

O simples fato de se inserir um PSF em determinada comunidade não significa que os objetivos de garantir acesso ao SUS, aproximarem a comunidade do sistema de saúde, diminuir ou eliminar as barreiras de comunicação entre os técnicos e os pacientes, enfim tantos outros parâmetros desta estratégia. A auditoria garante que as informações estão sendo coletadas e que no caso do não alcance das metas estabelecidas, podem-se formular estratégias, ações e metodologias que visem a melhorar a gestão e aperfeiçoar resultados.

Ainda no que se refere à verificação do desenvolvimento e implantação do programa, o MS em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, faz visitas para investigar aspectos como “a adequação aos princípios propostos; situação física das unidades básicas de saúde da família; condições e rotinas de trabalho das equipes; como se dá o acesso a serviços de saúde de maior complexidade; composição das equipes”.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere às informações e sua publicação, em qualquer meio, acerca da rotina do PACS, sua relevância e ação na vida da comunidade na qual atua, vale ressaltar que tal oferta possibilita a orientação dos ACS em sua ação de Atenção Básica, de modo que sua ação vise corresponder aos objetivos do próprio programa e do sistema único de saúde.

Estas informações colhidas pelos próprios ACS são gerenciadas, organizadas e veiculadas para disponibilizar literatura aos envolvidos, possibilitam também apoio à gestão que com base nos dados colhidos e apresentados poderá planejar e organizar ações futuras.

À auditoria no processo do PACS, cabe enfatizar que o trabalho poderá ser norteado pelas informações disponibilizadas já que deixam claros os pontos de monitoramento, de avaliação e as ações que devem ser melhor planejadas por terem maior influência na rotina do programa.

A literatura formada pela coleta de dados, publicações anteriores que possibilitam um estudo histórico acerca das problemáticas do PACS, suas ações e resultados permitem que o auditor tenha mais fundamento nas suas decisões, posto que estas influenciem diretamente nos serviços que são oferecidos à população, portanto ao acesso à saúde e qualidade de vida.

O trabalho do auditor no SUS é de extrema importância, pois é responsável por fazer levantamentos como necessidades, irregularidades e distanciamento das normas e bases de ações do programa e do próprio SUS, formulações de correções de posturas e ações para adequar pontos em desconforto com o perfil do sistema de saúde.

O trabalho do auditor no Programa de Agentes Comunitários de Saúde pode ser dividido em aspectos: o técnico se refere à avaliação de desempenho, índice de satisfação dos profissionais e dos usuários assistidos, por exemplo; o aspecto administrativo diz respeito ao cadastro das equipes de saúde, o suporte físico-financeiro e o credenciamento dos profissionais; já o aspecto operacional é responsável pela análise da produtividade entre outros.

O ACS é considerado um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, pois é ele quem ouve as queixas, quem conhece a comunidade onde atua, pois dela é oriundo, é dele que partem os cuidados iniciais. Por estes

motivos, o trabalho deste profissional não pode ser visto como simplificado, um visitador que encaminha os visitados às unidades de saúde. Tem que se pensar em um profissional com tarefas complexas, que deve deter conhecimentos sobre saúde que vão além do elementar, deve conhecer a relação entre saúde e qualidade de vida como sendo direito do cidadão e dever do sistema no qual está inserido.

Partindo-se deste pressuposto, o ACS tem função importante na oferta de serviços de saúde de qualidade aos assistidos, no entanto, o que se percebe na realidade é que não há uma correspondência fiel entre o que se pretende e o que se pode realizar, pois as condições de trabalho nem sempre favorecem uma ação crítica e reflexiva diante da situação do serviço de saúde, muitas vezes desumanas com a qual os pacientes se deparam nas instituições de saúde.

A Estratégia e os Programas têm seu funcionamento comprometido pelos diversos problemas que se apresentam na rotina desses profissionais, como por exemplo, a eventual distância entre os setores da rede de saúde pública, a distância entre a equipe e os pacientes e a comunidade pouco participativa. E esta comunidade onde ainda se percebe prevalecendo uma perspectiva curativa dos serviços de saúde e pouco aberta para preceitos preventivos, como hábitos de higiene que as ESF por meio dos ACS têm dificuldade de difundir.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1996.

BENITO, G. A. V. et al. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n. 1, p.66-72, jan./abr. 2003.

BRAND, Cátia Inácia; ANTUNES, Raquel Martins; FONTANA, Rosane Teresinha. **Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde**. *Cogitare enferm* Jan/Mar 2010; 15( 1 ): 40 – 7.

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria **MS/GM nº 2.123, de 7 de outubro de 2004**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portaria/por2004/gm-2123.htm>. Acesso 20 jan., 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1065/GM DE 04/07 de 2005 – Cria os Núcleos de Atenção Integral em Saúde da Família.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº XXX de 2007 – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154 de 24/12 de 2008 – Diretrizes – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**: programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**. 8.080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização da saúde. Disponível em: [www.scielo.com](http://www.scielo.com). Acesso em 14/01/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS**: Orientações básicas/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373 Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde: NOAS 01/2002. Diário Oficial da União, 8 de fev. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde 2001**.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pacto pela Saúde volume 4**. Brasília; Ministério da Saúde, 2006, 66p.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização dos textos por Alexandre de Moraes, 19ª edição, Editora Atlas S.A. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Determinação e avaliação do custo do Programa de Saúde da Família – PSF**. Relatório Final. Projeto REFORSUS – CNPq. Ministério da Saúde, junho de 2001.

CARVALHO, G.I. DE. **Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da saúde (leis nº 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: Editora da Unicamp, 2002.

CASTRO, A. A. **Formulação da pesquisa**. In: CASTRO, A. A. Revisão sistemática com e sem metanálise. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://WWW.metodologia.org>>. Acesso em: 8 abr. 2013.

COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. **Impacto da criação do Programa de Saúde da Família na atuação do enfermeiro**. Revista de Enfermagem UERJ, 2004, 273 a 279p. Disponível em: [www.scielo.com](http://www.scielo.com).

CORRÊA, N.; MENEZES, M. – **A implantação da Unidade de Saúde da Família, Secretaria de políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**, Editora Yendis – São Caetano do Sul, 2005.

GAMA, M. E. A.; TONIAL, S.R.; SIMÕES, V. M. F. **Políticas de Saúde e Introdução à Estratégia de Saúde da Família**, Laboro, São Luís : LABORO-Centro de Excelência em Pós-Graduação, 2005.

OHARA, E.S.C.; SAITO, R. X. DE S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, R. V. DE. **Auditoria operacional: uma nova ótica dos tribunais de contas auditarem a gestão pública, sob o prisma da eficiência, economicidade, eficácia e efetividade, e o desafio de sua consolidação no TCE/RJ**. Rio de Janeiro:Fundação Getúlio Vargas, 2008.

PAULINO, I.; BEDIN, L.P.; PAULINO, L.V. **Estratégia saúde da família**. São Paulo: Ícone, 2009.

TCMRJ. **Auditoria Operacional TCMRJ/PROMOEX - Estratégia da Saúde da Família**, Rio de Janeiro: 2009.Disponível em: <[www.tcm.rj.gov.br/Noticias/4726/40-088~1.PDF](http://www.tcm.rj.gov.br/Noticias/4726/40-088~1.PDF)>. Acesso em: 20 jan. 2013.