

Anísia da Soledade Dias Ferreira

**AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NO
SISTEMA DE AUDITORIA ASSISTENCIAL DE MINAS GERAIS - 2004/2006**

Dissertação apresentada à Escola de Veterinária da
Universidade Federal de Minas Gerais como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre em Medicina
Veterinária

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. José Newton Coelho Meneses

Belo Horizonte
Escola de Veterinária - UFMG
2007

F383a Ferreira, Anísia da Soledade Dias, 1962-
Auditoria no Sistema Único de Saúde: um estudo de caso no Sistema
de Auditoria Assistencial de Minas Gerais – 2004/2006 / Anísia da
Soledade Dias Ferreira. – 2007.
98 p. :il.

Orientador: José Newton Coelho Meneses
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Veterinária
Inclui bibliografia

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Auditoria – Teses. 2. Serviços
de saúde – Teses. I. Meneses, José Newton Coelho. II. Universidade
Federal de Minas Gerais. Escola de Veterinária. III. Título.

CDD - 614

Assinaturas

*Se os outros são fontes de conhecimento, a recíproca é imediata.
Também eu, qualquer que seja minha provisória posição social,
qualquer que seja a sentença que a instituição escolar tenha
pronunciado a meu respeito, também sou para os outros uma
oportunidade de aprendizado. Por meio de minha experiência de vida,
de meu percurso profissional, de minhas práticas sociais e culturais, e
dado que o saber é co-extensivo à vida, ofereço recursos de
conhecimento a uma comunidade (Lévy, 1999).*

Dedico este trabalho a Wangler, Lygia e Stella.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, não só neste momento, mas por todos os instantes da minha vida, pois esta vitória começou a ser delineada há muito tempo atrás.

Ao meu pai Adão e à minha mãe Antônia, fonte de princípios e sabedoria, verdadeiros mestres, onde tudo começou.

Ao meu marido Wangler pela cumplicidade. Sem seu apoio, paciência, respeito e tolerância, não teria sido possível chegar até aqui.

Às minhas filhas, Lygia e Stella, por serem estímulo para o meu crescimento.

À minha família, por serem presença marcante em minha vida.

Ao José Newton, meu orientador, por ter me acolhido e orientado de forma tão competente e tranqüila, desvendando comigo meu objeto de pesquisa.

À Escola de Veterinária da UFMG e aos seus professores e funcionários do colegiado de pós-graduação, por terem me aceitado como mestranda e possibilitado a “tão necessária” interface entre Serviço e Academia. Espero que o trabalho desenvolvido esteja à altura do prestígio desta instituição.

À Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, especialmente à Superintendência de Regulação, por terem permitido o acesso aos dados do serviço e terem me apoiado no desenvolvimento deste trabalho. Espero, com esse estudo, ter produzido conhecimentos que possam ser úteis ao SAA.

Aos colegas de trabalho do SAA, que auxiliaram em etapas distintas da pesquisa, especialmente os auditores que responderam ao questionário da pesquisa e os funcionários administrativos nas constantes buscas de informações.

Às “pessoas-chave” no âmbito do objeto, Dr. Virgílio e Dr. Joaquim, pela revisão do relatório do estudo de caso.

À Andréa, pelos momentos de discussão do objeto de estudo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram desta tarefa.

SUMÁRIO

	Pág.
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	09
RESUMO.....	11
ABSTRACT	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Estrutura do Estudo.....	13
2 LITERATURA CONSULTADA E DISCUSSÃO CONCEITUAL.....	15
2.1 Direito à saúde e SUS	15
2.2 Regulação Estatal	17
2.3 Controle e auditoria	21
2.4 Auditoria no serviço público de saúde brasileiro.....	25
2.5 Indefinição conceitual das funções controle, avaliação e auditoria.....	31
2.6 Avaliação de políticas e estratégias de saúde pública	33
3 MATERIAL E MÉTODO: percurso investigativo e instrumentos de análise	37
3.1 Área de pesquisa	37
3.2 Tipo de estudo	39
3.3 Coleta de dados	40
3.3.1 Observação participante	41
3.3.2 Pesquisa bibliográfica	43
3.3.3 Documentação do serviço.....	43
3.3.4 Questionário	44
3.4 Considerações sobre os aspectos éticos.....	45
4 A PRÁTICA DE AUDITORIA NO SAA/SUS/MG: um estudo de caso	46
4.1 Histórico.....	46
4.2 Estrutura.....	47
4.2.1 Forma de organização	47
4.2.2 Base legal.....	49
4.2.3 Diretrizes do SAA.....	49
4.2.4 Planejamento anual de atividades do SAA	53
4.2.5 Respaldo pela SES/MG	55
4.2.6 Sistema de gerenciamento de informações.....	56
4.2.7 Manuais de normas e rotinas e roteiros de auditoria.....	57
4.2.8 Quadro técnico	58
4.2.8.1 A inserção do médico veterinário na equipe de auditoria do SUS	62
4.2.9 Recursos físicos.....	64
4.3 Processo	64
4.3.1 Auditorias realizadas.....	64
4.3.2 Avaliação da satisfação do usuário	74
4.3.3 Acompanhamento das entidades auditadas / Implementação das recomendações feitas pelo SAA.....	74
4.3.4 Relação do SAA e os outros componentes do SNA.....	74
4.3.5 Relação do SAA e outros órgãos de controle	75
4.4 Resultado	76
4.4.1 Valorização do trabalho desenvolvido pelo SAA.....	76

4.4.2	Utilização das informações produzidas pelo SAA	77
4.4.3	Contribuições do SAA	77
4.4.4	Avaliação do desempenho do SAA	78
4.5	Comparação: o SAA em 1997 e o SAA em 2006	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
	APÊNDICE A – Autorização da Superintendência de Regulação para consulta aos processos de auditoria.....	89
	APÊNDICE B – Autorização da Gerência do SAA/SUS/MG para consulta aos processos de auditoria.....	90
	APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido	91
	APÊNDICE D – Questionário para coleta de dados da pesquisa.....	92
	ANEXO A – Estrutura organizacional SES/MG dez/2006.....	95
	ANEXO B – Árvore de problemas - SAA/SUS/MG	96
	ANEXO C – Síntese do planejamento estratégico do SAA/SUS/MG.....	97
	ANEXO D – Síntese do planejamento estratégico do SAA/SUS/MG.....	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Ciclo de auditoria clínica	25
Figura 2 -	Organograma do SAA/SUS/MG - Julho 1997	48

LISTA DE QUADROS

Quadro1 -	Abrangência de uma auditoria sobre sistemas de saúde	30
Quadro2 -	Nº de auditores estaduais por unidade do SAA em dez/2006	59
Quadro3 -	Nº de auditores estaduais por unidade, segundo categoria profissional em out/2004.....	60
Quadro4 -	Situação do SAA em 1997 e situação do SAA em 2006	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1 -	Percentual de auditorias especiais arquivadas no período de outubro de 2004 a setembro de 2005, por fator desencadeante	67
Gráfico2 -	Percentual de auditorias programadas arquivadas pelo SAA no período de outubro de 2004 a setembro de 2005, por tipo de auditoria	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH** - Autorização de Internação Hospitalar
- CAS** – Coordenadoria de Assistência à Saúde
- CDC** – Código de Defesa do Consumidor
- CDC** - Centers for Disease Control
- CES** – Conselho Estadual de Saúde
- CGU** – Controladoria Geral da União
- CF** - Constituição da República Federativa do Brasil
- CIBE** – Comissão Intergestores Bipartite Estadual
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- COSEMS** – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
- DAA** - Diretoria de Auditoria Assistencial
- DCAA** - Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
- DENASUS** – Departamento Nacional de Auditoria do SUS
- DRS** – Diretoria Regional de Saúde
- ESP/MG** - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
- FHEMIG** – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- FSESP** – Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
- FUNED** – Fundação Ezequiel Dias
- GAA** - Gerência de Auditoria Assistencial
- GIH** - Guia de Internação Hospitalar
- GM** – Gabinete do Ministro
- GRS** – Gerência Regional de Saúde
- HEMOMINAS** – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- JURASE** – Junta de Recursos de Auditoria de Serviço de Saúde
- JURSIM** – Junta de Recursos de Auditoria de Sistemas Municipais de Saúde
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- MS** – Ministério da Saúde

NAA – Núcleo de Auditoria Assistencial

NOAS – Norma Operacional da Assistência à saúde

NOB/SUS - Norma Operacional Básica do SUS

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

SAA/SUS/MG – Sistema de Auditoria Assistencial do Sistema Único de saúde em Minas Gerais

SAC – Serviço de Atendimento ao Cidadão

SADE – Serviço de atendimento a denúncia

SAMPS - Sistema de Assistência Médica da Previdência Social

SAS - .Secretaria de Assistência à Saúde

SDO – Superintendência de Desenvolvimento Operacional

SES/MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SISAUD – Sistema de Auditoria

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SOS – Superintendência Operacional de Saúde

SR – Superintendência de Regulação

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

RESUMO

O presente estudo versa sobre o tema “Auditoria no Sistema Único de Saúde” por meio de um estudo de caso único, cuja unidade de análise é o Sistema de Auditoria Assistencial do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais (SAA/SUS/MG). Esse sistema é descrito e avaliado nas dimensões, Estrutura, Processo e Resultado. Para tanto houve coleta de dados através de: observação participante, pesquisa bibliográfica, consulta a documentação do serviço e questionários. Os resultados e discussão apresentam-se sob a forma de uma dissertação interpretativa na sessão: “A Prática de Auditoria no SAA/SUS/MG: um estudo de caso”, contendo o confronto de dados levantados na legislação do SUS e nos documentos do serviço, com dados coletados por meio das diferentes técnicas e instrumentos utilizados na pesquisa. Verificou-se que o serviço avaliado apresenta deficiências que decorrem, em grande parte, da falta de clareza dos seus princípios e diretrizes. Verificou-se, também, que essa falta de clareza de princípios e diretrizes é encontrada no Sistema Nacional de Auditoria do SUS como um todo, uma vez que, desde a criação desse sistema, existem indefinições quanto à sua organização, atribuições e forma de atuação.

Palavras-chave: Auditoria no SUS; regulação de serviços de saúde; avaliação de serviço.

ABSTRACT

The current study makes an approach to the topic “The Audit in SUS”, based in a study of unique case, which unit analysis is the Assistance Audit System of the Unified Health System in the Minas Gerais State (SAA/SUS/MG). This system is described and evaluated based on the following dimensions: Structure, Process and Result. Data was collected through the participant observation, bibliographic research, documents consultation and questionnaires. The results and the discussion are presented in an interpretative dissertation in the session: “The Audit Practice in the SAA/SUS/MG – A Study of Case”, which contains the comparison among collected data from the SUS legislation and documentation of service and the data obtained through the different techniques and instruments used in this research. It was verified that the failures found were mainly due to the lack of objectivity of system principles and guidelines and this problem was also found in the SUS National Audit System as whole, once that from the beginning of the system there is no definition about the organization, attribution and its manner of operation.

Key words: The audit in SUS; health care system regulation; service evaluation.

1 INTRODUÇÃO

“Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”.

(Minayo, 2004, p. 90).

O Estado Moderno ou Liberal que se limitava a garantir a ordem, sem intervir na sociedade e na economia, após a segunda guerra mundial, deu lugar ao Estado Contemporâneo ou Estado do Bem-Estar Social, implementador de políticas sociais. Essa transformação trouxe inúmeras consequências, entre elas a consciência dos direitos sociais como um dever do Estado. Entre esses direitos estava o direito à saúde, que não pode ser alcançado de uma forma individual, sendo essencial a presença do poder público (Dallari, 1988).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 provocou profundas mudanças nas políticas sociais, especialmente na área da saúde, ao estabelecer que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). A partir desse momento, o cumprimento do direito à saúde poderá ser exigido pelo cidadão, sendo possível, inclusive, demandar judicialmente, do Estado, sua satisfação.

A escassez de recursos, o número crescente de usuários, o alto custo e a complexidade da atenção à saúde, tudo isso requer a modernização do aparelho do Estado, para que este se transforme em uma instituição forte e gerencialmente competente no desempenho do seu papel estratégico de promover, restaurar e manter a saúde da população. Nesse sentido, a Constituição Federal, no seu Art. 198, prevê a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para alcançar seus objetivos, os sistemas de saúde devem desempenhar determinadas funções que podem ser agrupadas em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação de serviço (Mendes, 2002a).

Com relação à regulação, a Constituição Federal, Art.197, amplia as obrigações do Estado ao classificar as ações e serviços de saúde como de “relevância pública” e encarregar o Poder Público de “dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil, 1988).

Sendo assim, cabe ao Estado exercer a função de regulação sobre um sistema composto por diferentes participantes, organizados dentro de uma estrutura altamente complexa. Nesse sistema estão incluídas as relações entre os níveis de governo municipal, estadual e federal; as relações entre governos e prestadores privados e semipúblicos contratados; e as relações entre governo e agentes no mercado.

Uma das iniciativas adotada pelo Estado Brasileiro para exercer sua função de regulação foi a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe, no Capítulo IV, na Seção II, no Art. 19 (Brasil, 1990a) que, entre outras competências, cabe à direção nacional do Sistema Único de Saúde:

XIX – estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Esse sistema foi instituído pela Lei Federal nº 8.686 de 27/07/1993 e regulamentado pelo decreto nº 1651 de 28/09/95, que prevê sua organização em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo (Brasil, 1993).

Em conformidade com a legislação supracitada, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) criou o Sistema de Auditoria Assistencial (SAA), por meio do Decreto nº 36.629 de 30/12/1994 /94 (Minas Gerais, 1994).

O Sistema Nacional de Auditoria do SUS atua suplementando outras instâncias de controle e subsidiando o processo de planejamento das ações de saúde, sua execução, gerência técnica e avaliação qualitativa dos resultados obtidos e tem como área de atuação um sistema de saúde ao qual pertence uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos e cuja produção é de, aproximadamente, 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de todos esses procedimentos de assistência à saúde, o SUS é responsável, também, pelas ações de vigilância à saúde em todo território brasileiro, incluindo todo e qualquer estabelecimento de saúde (Brasil, 2006a).

Este sistema é especialmente necessário a partir do momento em que “o poder público passa a delegar a agências autônomas e empresas privadas a execução de seus serviços [...]” (Costa e Castanhar, 2003).

Organizar e operacionalizar um serviço com função tão complexa e importante é um desafio para os gestores de saúde nos três níveis de governo. É de se esperar que um Sistema de Auditoria ineficaz não só deixará de atingir o objetivo de ajudar a garantir e melhorar a qualidade da atenção, como também não desempenhará sua função de prevenir a malversação dos recursos públicos destinados à Saúde.

O uso da auditoria no sistema público de saúde é relativamente recente e pouco conhecido, havendo uma carência de estudos empíricos sobre o tema no mundo e, principalmente, no Brasil.

Assim sendo, a justificativa para a escolha deste objeto de pesquisa reside na necessidade de se produzir conhecimentos que contribuam para a melhoria do desempenho dos serviços de auditoria no âmbito do SUS, uma vez que o SNA ainda está sendo discutido e organizado. Se for levado em consideração que a avaliação serve basicamente para conhecer o objeto e para aprimorá-lo (Malick, 1998), os conhecimentos produzidos por intermédio deste estudo podem ajudar nesse sentido, ao permitir análises técnicas que facilitam os processos de tomada de decisão.

Como objetivo geral desta pesquisa, pretendeu-se conhecer, descrever e avaliar o SAA/SUS/MG. Para isso, cumpriram-se os objetivos específicos apontados a seguir:

- fazer um levantamento e uma reflexão sobre literatura relacionada a auditoria no âmbito do SUS; descrever e avaliar estrutura organizacional do SAA/SUS/MG;
- descrever e avaliar as atividades desenvolvidas pelo SAA/SUS/MG;
- avaliar os resultados alcançados pelo SAA/SUS/MG;
- ao avaliar o componente estadual do SNA, em Minas Gerais, avaliar o próprio SNA;
- publicizar as atividades do SNA; refletir sobre a possibilidade e potencialidade da participação do profissional médico veterinário na equipe de auditoria do SUS.

Ao conhecer e avaliar o componente estadual do SNA em Minas Gerais será possível, em um primeiro momento, produzir conhecimentos que possam contribuir para a reorganização desse sistema e, em um segundo momento, contribuir para a garantia da qualidade da atenção à saúde.

1.1 Estrutura do estudo

Este estudo está estruturado em sessões distintas a partir de uma Introdução, seguida de três Capítulos e de Considerações

Finais. Seguem-se a esse corpo do texto, as Referências, Apêndices e Anexos.

Na Introdução procurou-se apresentar o objeto de estudo, bem como os objetivos geral e específicos. A justificativa e a relevância do estudo também estão explicitadas nessa sessão.

Com o objetivo de entender melhor o contexto em que se insere o objeto de estudo, no Capítulo 2 – “Literatura Consultada e Discussão Conceitual”, optou-se por fazer uma revisão mais ampla do referencial teórico dos temas a ele relacionados. Dessa forma, na sessão “Direito à saúde e SUS”, foi elaborado um breve histórico da evolução da atenção à saúde no Brasil, até o surgimento do SUS. Por ser a auditoria um instrumento da regulação, achou-se necessário abordar os conceitos e princípios dessa função. Isso foi feito na sessão “Regulação estatal”. Em seguida, nas sessões “Controle e auditoria” e “Auditoria no serviço público de saúde brasileiro”, buscou-se o referencial teórico específico do objeto estudado. Apresentaram-se os conceitos, origem e objetivos da “Auditoria”. Na sessão “Indefinição conceitual das funções controle, avaliação e auditoria” procurou-se fazer um confronto entre as definições encontradas na literatura, na tentativa de estabelecer os limites entre essas atividades. Finalmente, para embasar a avaliação realizada neste estudo, foram apresentados os fundamentos do tema “Avaliação de políticas e estratégias de saúde pública”.

No Capítulo 3 – “Material e Método: percurso investigativo e instrumentos de análise”, como o próprio nome indica, encontram-se descritos os procedimentos empregados para a elaboração desta pesquisa. Encontra-se, também, nessa sessão, as referências bibliográficas relacionadas ao desenho de estudo adotado, bem como a descrição dos instrumentos de coleta de dados.

Dando prosseguimento ao trabalho, apresentamos, no Capítulo 4 – “A Prática De Auditoria no SAA/SUS/MG: Um estudo de caso”, a descrição e avaliação das

dimensões Estrutura, Processo e Resultado, utilizando as categorias listadas a seguir.

Na dimensão Estrutura:

- forma de organização;
- base legal;
- diretrizes;
- planejamento anual de atividades do SAA;
- respaldo pelos gestores da SES/MG;
- sistema de gerenciamento de informações;
- manual de normas e rotinas e roteiros de auditoria;
- quadro técnico;
- recursos físicos.

Na dimensão Processo:

- auditorias realizadas;
- avaliação da satisfação dos usuários;
- acompanhamento das entidades auditadas / implementação das recomendações feitas pelo SAA;
- relação do SAA e outros componentes do SNA;
- relação do SAA e outros órgãos de controle.

Na dimensão Resultados:

- valorização do trabalho desenvolvido pelo SAA;
- utilização das informações produzidas pelo SAA;
- contribuições do SAA;
- avaliação do desempenho do SAA.

Finalmente, são apresentadas as “Considerações Finais” com as principais conclusões desta pesquisa e nas sessões seguintes, estão listadas as Referências e inseridos os Apêndices e Anexos pertinentes.

2 LITERATURA CONSULTADA E DISCUSSÃO CONCEITUAL

2.1 Direito à saúde e SUS

A conquista da cidadania, nas suas três dimensões - civil, política e social - foi e, possivelmente, será objeto de lutas permanentes dentro das sociedades. Essas lutas levaram à instituição da cidadania civil no século XVIII, à conquista do direito político no século XIX e, finalmente, ao reconhecimento da dimensão social da cidadania, com a ascensão do *Welfare State*, no século XX (Hischman, 1992). No entanto, existe, hoje, um amplo consenso de que a cidadania só será alcançada quando suas três dimensões forem contempladas, uma vez que, os direitos políticos e civis são insuficientes quando existem grandes desigualdades sociais que impedem, na prática, que esses direitos sejam exercidos (Reis e Schwartzman, 2002).

Os direitos sociais são direitos ao acesso a condições mínimas de educação, saúde, trabalho e segurança, indispensáveis para se ter uma vida digna. Em se tratando do direito social à saúde, a sociedade brasileira percorreu um longo caminho até a Constituição Federal de 1988. Antes, o que se verificava era uma grande exclusão social, com a população brasileira dividida em dois grupos: previdenciários e não-previdenciários.

Essa divisão, profundamente injusta do ponto de vista social, separava a população brasileira em cidadãos de 1ª e de 2ª classe. Os de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham [...] um acesso mais amplo à assistência à saúde, dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não-previdenciários, tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde – normalmente restrita às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais (Para entender - CONASS, 2003, p.09).

Diante dessa forma de organização da assistência, competia ao Ministério da Saúde (MS) e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde desenvolverem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, consistindo basicamente de campanhas de vacinação e controle de endemias. A prestação de assistência à saúde, por essas instituições, limitava-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), dirigida à população não-previdenciária, que ainda poderia ter acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico como as chamadas Santas Casas.

Até então, a saúde ainda não era considerada um direito social e as ações de saúde eram realizadas de forma desvinculada das ações de saneamento. O modelo assistencialista e o caráter emergencial das ações prevaleciam sobre o modelo de prevenção da doença.

Esse quadro vai ser alterado com o surgimento de um novo movimento sanitário que, após muitas discussões com os diversos segmentos do setor saúde, aprovou, na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, propostas que nortearam os parâmetros da constituição para um novo sistema de saúde, baseado na integralidade, equidade e universalidade das ações de saúde, realizadas de forma descentralizada e hierarquizada.

A Constituição de 1988 se constitui no marco mais importante para as transformações ocorridas na área da saúde pública brasileira, nas últimas décadas. De acordo com o seu artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

As leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, detalham o que seria a “saúde”,

incorporando a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (Constituição - OMS, 1946). “Tal definição coloca na área de atuação das estruturas estatais, que visam garantir o acesso a este bem-estar, toda uma variedade de assuntos e áreas antes não vistas” (Silva e Waissmann, 2005). Além disso, essa legislação regulamentou os dispositivos constitucionais no tocante ao Sistema Único de Saúde.

Para cumprir os preceitos da Constituição Federal de 1988, está em vigor, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na lei regulamentar 8.080 de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde, como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990a).

Em consonância com o previsto na constituição, esta lei, dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990a). Está previsto que o SUS:

- articule ações de promoção, prevenção e recuperação, utilizando a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- assegure a todos o acesso gratuito aos diferentes níveis de complexidade do sistema, mediante a operação de mecanismos de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e nacional;
- promova as ações de vigilância e controle sobre ambientes, produtos, processos e serviços que envolvam risco à saúde;
- garanta o acesso a informações e o exercício do controle social.

Desde então, a lógica de provisão de ações e serviços de saúde foi revertida: a tendência hegemônica da assistência

médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, foi redirecionada e substituída por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (Barros *et al*, 1996).

Ao tomar conhecimento da legislação de criação e regulamentação do SUS, pode-se verificar a complexidade desse sistema. É inquestionável o valor da conquista social, mas também é inquestionável o tamanho da responsabilidade que o Estado brasileiro assumiu. A forma como o direito à saúde foi introduzido na Constituição de 1988, com os princípios “universalidade, integralidade e equidade”, levou a uma profunda transformação no sistema de saúde do país. A partir desta data, as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública¹ e, ao mesmo tempo, o direito à saúde transformou-se em Direito Público Subjetivo² (Reis e Schwartzman, 2002).

Segundo Dallari (1988), “[...] fica evidente a dificuldade que existe para a garantia do direito quando se considera a amplitude da significação do termo saúde e a complexidade do direito à saúde[...]”. No entanto, “não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que a Constituição organize os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa o seu direito”. A Constituição Federal, ao tratar do direito à saúde como um direito fundamental, ampliou as obrigações do Estado para além da função de prestador de serviços de saúde. A partir desse momento, o poder público deve assumir o papel de garantidor positivo de uma política sanitária ampla para cumprir seu dever constitucional.

¹ Serviço de relevância pública são serviços essenciais que garantem a dignidade do ser humano.

² Direito público subjetivo configura-se como um instrumento jurídico de controle da atuação do poder estatal, pois permite ao seu titular constranger judicialmente o Estado a executar o que deve (Duarte, 2004).

2.2 Regulação estatal

A Constituição Federal, no Art.197, amplia as obrigações do Estado ao classificar as ações e serviços de saúde como de “relevância pública” e encarregar o Poder Público de “dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil,1988). Essa legislação estabelece claramente a regulação do sistema de saúde como uma das atribuições dos gestores do SUS, ultrapassando, inclusive, o sistema público, pois, ao definir que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, independente de serem públicos ou privados, a Constituição Federal delegou ao gestor público o poder para regular, fiscalizar e controlar todos os serviços de saúde.

A origem da regulação estatal coincide com o surgimento do Estado no momento em que se fez necessária a presença de uma força pública especial para manter a ordem. É um produto da sociedade que, quando chegou a um determinado grau de desenvolvimento, criou o Estado para controlar os antagonismos que surgiram com a evolução da humanidade. Logo, se buscarmos a origem do Estado, concluiremos que ele nasceu diante da necessidade de intermediar conflitos (Engels, 1978).

Segundo o *Dicionário Aurélio Eletrônico* (1999), o verbo “regular” é usado, como verbo transitivo direto, no sentido de: dirigir, ajustar, estabelecer regras, encaminhar conforme a lei.

De acordo com Santos e Merhy (2006), “na teoria econômica a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir ‘falhas de mercado’, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle”.

Em síntese, a regulação pode ser considerada como uma ação executada pelo Estado sobre atividades que são valorizadas socialmente e que, juntamente

com segurança e arrecadação de impostos, são atividades não-delegáveis, ou seja, de realização exclusiva do poder público. A Organização Mundial de Saúde (OMS) trabalha com uma definição abrangente de regulação, quando de responsabilidade dos Ministérios da Saúde, compreendendo “um conjunto de regras governamentais que enquadram o comportamento dos atores do sistema de saúde, bem como as formas de assegurar que elas sejam respeitadas” (The World - WHO, 2000).

O Estado tem as seguintes macrofunções: macrofunção de financiamento da assistência à saúde quando prestada por terceiros; macrofunção de prestação de serviços de saúde; e macrofunção de regulação dos setores públicos e privados. Nos países com grau de desenvolvimento mais avançado, a tendência é de maior presença do poder público na macrofunção regulação e financiamento, ao contrário da prestação de serviço que tende a deixar de ser estatal e passar para a iniciativa privada (Barros *et al*, 1996; Mendes, 2002b). Sendo assim, o Estado reduz seu papel de executor ou prestador direto de serviços, para se tornar mais efetivo no papel de regulador e provedor ou promotor. Segundo Mendes (2002a), o poder público, por meio da regulação estatal “exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar, controlar e avaliar esses sistemas” com o objetivo de “ordenar o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e expectativas da população”.

Ainda segundo Mendes (2002a, p.12), os papéis da regulação estatal dos sistemas de serviços de saúde são os seguintes:

O papel de reitoria - a condução política e o planejamento estratégico do sistema de serviços de saúde;

O papel de normalização - a delimitação das regras do jogo e das condições para que os jogadores entrem e desempenhem, com efetividade, eficiência e qualidade, na arena sanitária;

O papel de supervisão - o controle e avaliação do sistema de serviços de saúde.

Santos e Merhy (2006, p.30) afirmam que a macrorregulação “consiste nos mecanismos mais estratégicos de gestão” como:

o estabelecimento de planos estratégicos; de projetos prioritários; de relação com o controle social; as definições orçamentárias maiores; a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde, que é sempre um ator importante.

Saltman e Busse (2002), citados por Ferreira (2003), listam duas dimensões da regulação. A primeira está vinculada aos aspectos normativos e as finalidades da política de saúde, entre os quais a equidade no acesso, a eficiência econômica e técnica e a segurança em termos de saúde pública. A segunda dimensão está associada aos aspectos da atividade prática dos regulados, regulamentados pelo quadro normativo estabelecido anteriormente.

A forma como está estruturado o sistema de saúde brasileiro, em que o poder público **regula, financia e presta serviço**, torna o escopo da regulação no SUS bastante amplo e confuso. Nesse escopo estão incluídas as relações entre os níveis de governo municipal, estadual e federal; as relações entre governos e prestadores privados e semipúblicos contratados; e as relações entre governo e agentes no mercado.

Rotineiramente, as relações entre esferas de governo não costumam ser foco de políticas regulatórias. No entanto, no Brasil, as especificidades das relações entre os níveis de governo no âmbito do SUS demanda que isso ocorra (Ribeiro *et al*, 2000). Ao instituir o sistema de saúde brasileiro, a Constituição Federal de 1988 o fez com a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, como uma de suas diretrizes. Em decorrência disso, houve a transferência gradativa de poder, responsabilidades e funções da esfera federal para os estados e municípios,

um processo político administrativo que manteve o poder central como centro orientador do sistema. Observa-se, assim, a tendência de fortalecimento das funções de regulação e de coordenação do Estado, especialmente no nível federal.

De acordo com Ferreira (2003), a função regulatória assume contornos mais complexos quanto maior for “a descentralização do sistema de saúde, a diversidade de atores no lado da prestação de serviços e a pluralidade de formas institucionais de que estes se revestem”.

Logo, o desenvolvimento da capacidade regulatória, visando à garantia de resultados eficientes, justos e de qualidade, é indispensável para a evolução de um sistema de saúde que optou por adotar a estratégia da descentralização e participação da iniciativa privada na prestação de serviços, como foi o caso do Estado brasileiro.

No Brasil, o grande volume de dispositivos, instituições, departamentos e agências governamentais envolvidos com atividades de controle, avaliação, fiscalização e normatização torna o quadro regulatório brasileiro bastante difuso (Ribeiro *et al*, 2000). Além disso,

*O exercício da regulação não é trivial. [...] pela complexidade intrínseca da função diante dos inúmeros fatores tecnológicos, jurídicos e, até mesmo, éticos envolvidos. [...] porque a regulação é competência concorrente das três esferas de governo, e nem sempre é fácil definir com clareza o que cabe a cada uma. [...] Finalmente, [...] porque não são nítidos os limites da regulação. (Barros *et al*, 1996, p. 21).*

As relações do governo federal com os governos estaduais e municipais e entre o SUS e os prestadores privados são reguladas por diferentes organismos e departamentos, porém três instâncias regulatórias apresentam-se como as mais relevantes e demonstram modelos diferenciados de controle dos serviços e ação do sistema público: o Sistema Nacional de Auditoria, as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde.

As Comissões Intergestores são órgãos colegiados compostos por gestores municipais e estaduais, nas bipartites regionais e estaduais, e por representantes do Ministério da Saúde e dos conselhos nacionais de secretários municipais e estaduais de saúde na tripartite, de caráter nacional.

Os Conselhos de Saúde previstos pela Constituição de 1988 e regulamentados pela Lei 8.142/90 são compostos por representantes governamentais, de profissionais de saúde e de entidades comunitárias, possuem caráter deliberativo e seu funcionamento é pré-requisito para o recebimento de recursos da união por parte dos estados e municípios.

Para Ribeiro *et al* (2000, p.76),

O SNA procura associar as funções típicas de auditoria com avaliação da qualidade de gestão. O foco de intervenção das comissões intergestores está na gestão dos recursos do SUS e suas atribuições competem com a do SNA. Os conselhos de saúde funcionam como um efetivo colegiado político, o seu papel regulatório envolve desde o estabelecimento de normas e prioridades para a política de saúde, mediante conferências anuais e o estabelecimento de um plano de intervenção, até funções de ouvidoria pública e fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelo sistema público.

No caso dos mercados, o modelo de regulação aplicado é o da agência autônoma regida por contrato de gestão com o governo federal (Ribeiro *et al*, 2000; Campos *et al*, 2000). Nessa dimensão cabe regular a capacidade produtiva das instituições; a sua eficiência técnica; o seu desempenho; a qualidade dos serviços que prestam; a quantidade e qualidade da informação que deve ser produzida; e o acesso e direitos dos usuários (Ferreira, 2003).

Além destes organismos, para alguns autores, o direito a saúde é regulamentado também pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), (Sposati e Lobo, 1992). No entanto, este não é o consenso. Santos (1997) acredita que o CDC não é aplicável

às relações do cidadão com as ações e os serviços públicos de saúde (SUS), uma vez que, o que este código protege é a relação de compra e venda e...

[...] no SUS não existe esta relação comutativa, pois os serviços públicos de saúde não podem ser caracterizados como “qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária” (art. 3º, § 2º, CDC). Logo, os serviços de saúde ofertados pelo Poder Público não se caracterizam como “atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração”. Mas, ainda que o CDC não se aplique às ações e serviços públicos de saúde, de qualquer forma, o CDC é um importante instrumento de defesa dos direitos do cidadão nas suas relações de consumo, devendo ser aplicado nos serviços privados de saúde, mormente no tocante aos planos de saúde (Santos, 1997, p. 261).

Em síntese, a regulação estatal tem como objetivos “proteger o usuário, assegurando padrões mínimos de qualidade na prestação de serviços de saúde ou na produção de insumos, e equalizar o acesso aos serviços de saúde” (Barros *et al*, 1996).

Enquanto alguns autores trabalham com essa concepção ampliada de regulação, ou macroregulação segundo Mendes (2002b) e Santos e Merhy (2006), que incorpora entre outros: condução política, estabelecimento de planos estratégicos, normalização ou regulamentação, controle e avaliação do sistema; outros autores concebem regulação em um sentido restrito, como regulação assistencial ou microregulação, definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002) como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (Brasil, 2002a).

Mendes (2002b) reconhece que “a conceituação de regulação é paupérrima, tal como se depreende da análise da NOAS SUS 01/2002” em que a proposta de regulação consiste na “institucionalização de centrais de regulação, que são, em geral, a operação de um sistema logístico de agendamento de consultas especializadas e

de internações hospitalares”. Segundo esse autor, “a concepção de regulação está contaminada pela cultura inampsiânica dos anos 70 - uma mistura de flexnerianismo e centralismo - do que resulta um hibridismo conceitual e operacional”. Como influência dessa “cultura inampsiânica”, verifica-se a supervalorização da regulação assistencial, centrada nos procedimentos de média e alta complexidade.

Santos e Merhy (2006) afirmam que o processo regulatório desenvolvido pelo INAMPS, por meio de ações que “[...] tinham como objetivo o acompanhamento da relação econômica estabelecida com os prestadores credenciados, particularmente no tocante à correção das faturas apresentadas”, foi adotado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro.

Essa concepção de regulação é reforçada, também, pela Portaria 423/2002 que restringe o processo regulatório à intervenção sobre o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde (Brasil, 2002b).

Embora a rede assistencial seja altamente importante, no tocante à utilidade, complexidade e custos para o SUS, esse sistema congrega outras ações e serviços relativos à promoção e proteção à saúde que deverão também ser alvo da regulação estatal.

Numa perspectiva de correção da fragilidade regulatória do estado brasileiro no campo da saúde pública, recentemente, o Ministério da Saúde no Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS inseriu novos conceitos de regulação e ampliou seu espectro de atuação ao propor a distinção da regulação em: Regulação sobre Sistemas, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do acesso ou Regulação Assistencial. Segundo esse novo modelo, a regulação sobre Sistemas de Saúde incorpora as ações de Regulação da Atenção à Saúde e esta, por sua vez, ao regular a produção direta das ações e serviços de saúde atuando sobre prestadores de serviço, faz, também, a

regulação sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde ou seja, a Regulação do acesso ou Regulação Assistencial (Curso, 2006).

O modelo ampliado de regulação, previsto nesse curso (Curso, 2006), dispõe que a regulação sobre sistemas comporta as seguintes ações:

- Gestor federal sobre sistemas estaduais, municipais, produtores de bens e serviços em saúde e sistemas privados vinculados à saúde complementar.
- Gestor estadual sobre sistemas municipais e produtores de bens e serviços em saúde.
- Gestor municipal sobre produtores de bens e serviços em saúde.
- E a auto-regulação de cada esfera de gestão.
- Esta regulação compreende as seguintes ações:
 - Regulamentação geral.
 - Controle sobre sistemas.
 - Avaliação dos sistemas.
 - Regulação da atenção à saúde.
 - Auditoria.
 - Ouvidoria.
 - Controle social.
 - Vigilância sanitária.
 - Ações integradas com outras instâncias de controle público.
 - Regulação da saúde complementar.

No processo regulatório, pode se usar, essencialmente, duas estratégias: baseadas no convencimento, numa lógica cooperativa e baseada na repressão, numa lógica autoritária. Ayres e Braithwaite (1992), citados por Costa *et al* (2000, p. 58-59), afirmam que:

As estratégias baseadas principalmente na punição enfraquecerão a boa vontade dos

agentes quando eles estiverem motivados pelo senso de responsabilidade; a punição é cara, persuasão barata; uma estratégia baseada principalmente na punição favorece a organização de um subcultura de resistência a regulação [...] a imposição da punição gera um jogo regulatório de gato e rato por onde as empresas desafiam o espírito das leis pela exploração das brechas da legislação e o regulador escreve mais e mais regras específicas para cobrir essas brechas [...].

Para Ferreira (2003, p.15), literatura considera basicamente duas estratégias de regulação:

[...] uma em que o regulador procura a “concordância” entre si e o regulado (compliance) e aquela em que o regulador procede ao “desencorajamento” de ações do regulado, podendo mesmo sancioná-lo (deterrence). Enquanto a estratégia de compliance se baseia na cooperação e negociação entre regulador e regulado, no desenvolvimento de incentivos que sirvam de orientação para as entidades reguladas, e o regulador é encarado como um “consultor” que apóia os regulados na sua procura da “melhor prática”, no caso da estratégia de deterrence, há uma atuação mais rígida, formal e mesmo autoritária do regulador face aos regulados [...].

A regulação é a função nobre e essencial de um sistema de saúde (Shimazaki, 2006). No entanto, o SUS é frágil nessa função, principalmente na superintendência regulatória, que engloba vários instrumentos de gestão como a certificação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e o controle e avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Dentro do sistema de controle e avaliação encontra-se a auditoria em saúde (Mendes, 2002b).

2.3 Controle e auditoria

A Administração de uma entidade pública ou privada se faz através de ações de previsão, organização, coordenação, direção e controle. O termo “controle” designa a “fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos, ou sobre produtos, etc., para que tais atividades, ou produtos, não se desviem das normas preestabelecidas” (Ferreira, 1999). O controle administrativo é

exercido pelo “Executivo e pelos órgãos de administração e dos demais Poderes sobre suas próprias atividades, visando mantê-las dentro da lei, segundo as necessidades do serviço e as exigências técnicas e econômicas de sua realização” (Meirelles *et al*, 2000).

Diante do tamanho e da complexidade das organizações, a função do controle é indispensável para acompanhar a execução de programas e apontar suas falhas e desvios, garantindo que metas e objetivos previamente estabelecidos sejam atingidos. Um sistema de controle bem estruturado subsidia a tomada de decisões e contribui com o controle externo feitos pelos órgãos oficiais e pela sociedade.

De acordo com Mendes (2004, 2006), os sistemas de controle deverão ser fortalecidos e como parte inerente ao controle terá que se reforçar a auditoria em saúde. Segundo o mesmo autor, “auditoria é uma palavra que tem adquirido diferentes significados[...]”, “[...] às vezes como a avaliação da qualidade da atenção; outras vezes, num sentido mais amplo, como a avaliação da qualidade da atenção e as mudanças da prática para melhorar a atenção”. No entanto, pode-se afirmar que “auditoria é, fundamentalmente, um dos mais potentes instrumentos de controle”.

Auditoria significa “lugar ou repartição em que o auditor exerce as suas funções, exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis, desde o início até o balanço; auditagem” (Ferreira, 1999). Llanos Zavalaga (2000) afirma que auditoria é um termo que tem origem na expressão latina “audire” que significa escutar. Foi usado inicialmente na área financeira na qual significa a avaliação dos estados contábeis de uma instituição e sua respectiva verificação e, posteriormente, foi introduzida em outras áreas como instrumento de gestão.

Na área da saúde, a ação de auditar tem sua origem com a auditoria médica em 1910, está intimamente ligada à qualidade dos serviços médicos e tem como objeto os registros de atendimento aos pacientes,

sendo realizada somente por profissional médico. Com a edição em 1910 do Relatório Flexner³, fica evidente a necessidade de avaliar também a qualidade dos hospitais e da prática médica, principalmente cirúrgica (Lembecke, 1967).

Datam de 1914 os esforços de Edward Codman para tentar implementar a auditoria médica em hospitais de Boston – EUA, como forma de prevenir erros médicos (Piscoya, 2000). Em um segundo momento surge à auditoria clínica e tem como alvo todos os aspectos do cuidado clínico do paciente, realizados por profissionais de saúde médicos ou não médicos (Llanos Zavalaga, 2000).

Norman e Redfern (2000), citados por Mendes, (2002a), afirmam que auditoria em saúde é “o processo sistemático pelo qual os profissionais de saúde continuamente monitoram e avaliam suas práticas clínicas, a organização dos serviços, as funções gerenciais e as atividades educacionais”. Sendo assim, “aborda todo o conjunto de ações derivadas da estrutura, processo, resultados e impactos da equipe multidisciplinar de saúde” (Piscoya, 2000).

O Ministério da Saúde Brasileiro define auditoria como:

Exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas” (Manual, 1998, p. 06).

Auditoria em saúde é um tema relativamente novo e tem sido abordado com diferentes terminologias, sendo as mais

³Relatório Flexner: Avaliação feita pelo educador americano Abraham Flexner, e que dá lugar à publicação do documento "Medical Education in the United States and Canada", pela Fundação Carnegie, em 1910, o qual ficou conhecido como Relatório Flexner. Contém uma crítica à situação da medicina àquela época e propõe soluções para a questão

comuns: auditoria médica e auditoria clínica. No entanto, não existe ainda um detalhamento quanto às tipologias, usos e formas de desenvolvimento das ações de auditoria. A maior parte dos princípios utilizados são provenientes da área contábil e financeira, mas agrega também conceitos do campo da avaliação de programas e políticas públicas.

Existem várias classificações para auditoria. Uma, mais abrangente, tem como critério o vínculo do profissional que realiza a auditoria. Quando realizada por profissional que possui vínculo empregatício com a entidade auditada, dá-se o nome de auditoria interna, podendo ser identificada como um serviço ou departamento de uma entidade, responsável pelas verificações e avaliações dos sistemas e procedimentos organizacionais. Quando realizada por profissionais não ligados à organização, dá-se o nome de auditoria externa (Rodrigues, 2001).

Quanto ao campo de atuação, classifica-se a auditoria em Governamental e Privada. A auditoria governamental é exercida nas entidades públicas da administração direta e indireta⁴, por instituições autorizadas e reguladoras de determinados serviços e são divididas pela Controladoria Geral da União (CGU), órgão central de controle interno do poder executivo federal (Manual, 2001b), em:

- auditoria de avaliação da gestão - tem como objetivo emitir opinião com vistas a certificar a regularidade das contas, verificar a execução de contratos, acordos, convênios ou ajustes, a probidade na aplicação dos dinheiros públicos e na guarda ou administração de valores e outros bens da União ou a ela confiados. Realiza as seguintes ações: exame das peças que instruem os processos de tomada ou prestação de contas; exame da documentação comprobatória dos atos e fatos administrativos; verificação da eficiência

⁴ Entre as entidades públicas auditadas pelo CGU e Tribunal de Contas da União (TCU), estão os sistemas municipais de saúde.

dos sistemas de controles administrativo e contábil; verificação do cumprimento da legislação pertinente; e avaliação dos resultados operacionais e da execução dos programas de governo quanto a economicidade, eficiência e eficácia dos mesmos;

- auditoria de acompanhamento da gestão - executada com o objetivo de acompanhar, em tempo real, os atos efetivos e os efeitos potenciais positivos e negativos de uma unidade ou entidade federal, detectando melhorias e economias existentes no processo ou evitando falhas no desempenho da sua missão institucional;
- auditoria contábil: consiste no exame dos registros e documentos e na coleta de informações, por meio de procedimentos específicos, pertinentes ao controle do patrimônio de uma unidade, entidade ou projeto, verificando a efetividade e a aplicação dos recursos;
- auditoria operacional - compreende a avaliação das ações gerenciais e os procedimentos relacionados ao processo operacional das unidades ou entidades da administração pública, programas de governo, projetos, atividades, ou segmentos destes, com a finalidade de emitir uma opinião sobre a gestão quanto aos aspectos da eficiência, eficácia e economicidade. Consiste numa atividade de assessoramento ao gestor público, com vistas a aprimorar as práticas dos atos e fatos administrativos, sendo desenvolvida de forma tempestiva no contexto do setor público;
- auditoria especial - são realizadas em situações relevantes de natureza incomum ou extraordinária, para atender determinação expressa de autoridade competente.

O Tribunal de Contas da União (TCU), em manual do serviço (Brasil, 2000b), define Auditoria de Natureza Operacional como “avaliação sistemática dos programas, projetos, atividades e sistemas

governamentais, assim como dos órgãos e entidades jurisdicionadas ao Tribunal” e divide esse tipo de auditoria em duas modalidades: a **auditoria de desempenho operacional** e a **avaliação de programa**.

A **auditoria de desempenho operacional** visa examinar a ação governamental, utilizando três abordagens de acordo com o problema e as questões que se pretende examinar: análise da estratégia organizacional, análise da gestão e análise dos procedimentos operacionais. A primeira abordagem – análise da estratégia organizacional – envolve, basicamente, os seguintes aspectos: o cumprimento da missão definida em lei; a adequação dos objetivos estratégicos às prioridades de Governo; a identificação dos principais produtos, indicadores de desempenho e metas organizacionais; a identificação dos pontos fortes e fracos da organização, e das oportunidades e ameaças ao desenvolvimento organizacional; a existência de superposição e duplicação de funções. A segunda abordagem, denominada análise da gestão, abrange as seguintes questões: a adequação da estrutura organizacional aos objetivos do órgão ou entidade; a existência de sistemas de controle adequados, destinados a monitorar, com base em indicadores de desempenho válidos e confiáveis, aspectos ligados à economicidade, à eficiência e à eficácia; o uso adequado dos recursos humanos, instalações e equipamentos voltados para a produção e prestação de bens e serviços na proporção, qualidade e prazos requeridos; a extensão do cumprimento das metas previstas pela administração ou legislação pertinente. A terceira abordagem – análise dos procedimentos operacionais – está voltada para o exame dos processos de trabalho e pode envolver a análise dos seguintes fatores: a existência de rotinas e procedimentos de trabalho documentados e atualizados; o cumprimento das práticas recomendadas pela legislação para aquisição de bens e serviços; a adequação das aquisições no que se refere aos prazos, à quantidade, ao tipo, à qualidade e aos preços; a guarda e manutenção dos bens móveis e imóveis (Brasil, 2000b).

- A **avaliação de programa** busca examinar a efetividade dos programas e projetos governamentais. Enquanto a auditoria de desempenho operacional verifica, além da eficiência operativa, o grau de cumprimento das metas, comparando metas previstas com metas realizadas, a avaliação de programa busca apurar em que medida as ações implementadas lograram produzir os efeitos pretendidos pela administração. Entre os aspectos a serem examinados, mediante uma avaliação de programa, destacam-se:
 - a sua concepção lógica;
 - a adequação e a relevância de seus objetivos, declarados ou não, e a consistência entre esses e as necessidades previamente identificadas;
 - a consistência entre as ações desenvolvidas e os objetivos estabelecidos;
 - as conseqüências globais para a sociedade;
 - os efeitos não incluídos explicitamente nos seus objetivos;
 - a relação de causalidade entre efeitos observados e política proposta;
 - os fatores inibidores do seu desempenho;
 - a qualidade dos efeitos alcançados;
 - a existência de outras alternativas de ação, consideradas ou não pela administração, e os respectivos custos envolvidos (análise de custo / efetividade);
 - o cumprimento de dispositivos legais aplicáveis à sua natureza, aos seus objetivos e à população-alvo.

Cabe ressaltar que os princípios e metodologia utilizados nas auditorias realizadas pelo CGU e TCU se aplicam às auditorias realizadas pelo SNA, uma vez que esse sistema faz parte da esfera de atuação desses dois órgãos de controle, havendo, inclusive, parceria firmada entre esses órgãos e o Departamento Nacional de

Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) para realização de auditorias conjuntas.

Santos (1996), em cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS, fornece as seguintes classificações:

- auditoria contábil – aquela que emite opinião sobre as demonstrações financeiras da unidade gestora ou entidade supervisionada, e certifica a regularidade, ou não, das contas de seus responsáveis.
- auditoria de programas – visa acompanhar, examinar e avaliar a execução de projetos governamentais, bem como a aplicação de recursos descentralizados;
- auditoria operacional ou administrativa – objetiva avaliar a eficiência e a racionalidade da gestão, a organização, os métodos de trabalho e os sistemas administrativos;
- auditoria especial – realizada para atender a uma solicitação específica, tendo como objetivo certificar a existência de fatos ou situações incomuns ou extraordinárias.

Norman e Redfern (2000), citados por Mendes (2002b), categorizam a auditoria de sistemas de serviços de saúde⁵ em dois grandes componentes: auditoria clínica, definida como "uma análise crítica sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes", e auditoria organizacional, relativa a

⁵ Sistema de Serviços de Saúde são definidos pela OMS como o conjunto das atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde da população. Esses sistemas são constituídos por três componentes centrais, quais sejam: instituições prestadoras de serviço, população e Estado (mediador coletivo), e outros atores sociais como, por exemplo: as universidades, geradoras de recursos humanos, conhecimentos e de tecnologias; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria farmacêutica.

aspectos institucionais que ultrapassam a dimensão clínica.

Sobre auditoria clínica, Mendes e Shimazaki, (2006, p. 13-14) comentam:

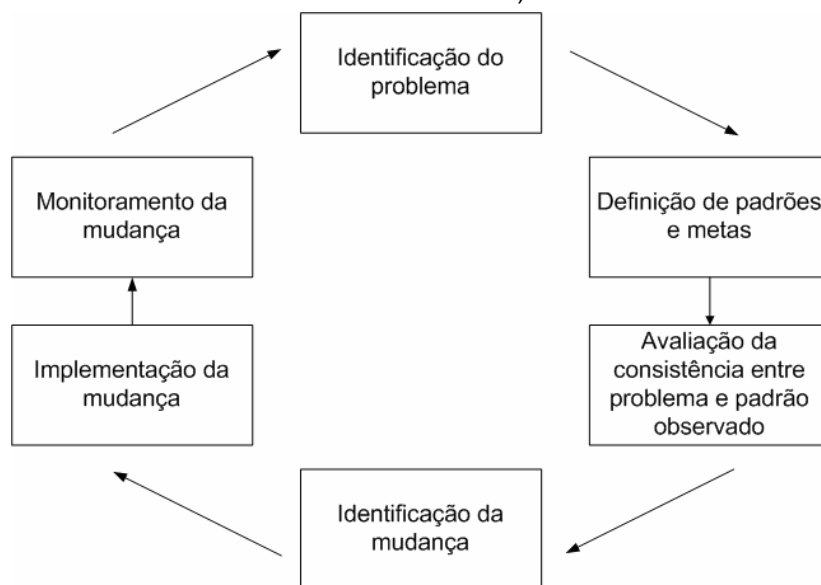
A auditoria clínica é uma disciplina mais ou menos recente, tendo sido introduzida, de forma mais sistemática, como parte de programas de qualidade, nos países desenvolvidos, a partir dos anos 80. Ela se caracteriza por dois marcos essenciais: é focada nos pacientes e desenvolve-se num ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica com o objetivo de otimizar os resultados clínicos para os usuários dos serviços de saúde. Assim, a visão contemporânea de auditoria clínica distancia-se, radicalmente, de um enfoque anterior de uma cultura fiscalista ou polícialista, voltada para o controle de recursos, enfocada nos aspectos contábeis e financeiros dos serviços de saúde e numa atitude de punição.

Essa modalidade de auditoria pode ser classificada quanto ao seu foco em: auditoria genérica, quando avalia a qualidade global de uma unidade de serviço; auditoria de problema específico, quando avalia a qualidade de um tema clínico; e auditoria de atividade específica,

quando avalia a qualidade da atenção à saúde provida por um profissional ou por uma equipe profissional. A classificação quanto ao método, o mais comum é que a auditoria clínica obedeça ao modelo de Donabedian, de avaliação de estrutura, processo e resultado (Norman e Redfern, 2000, citados por Mendes, 2002b).

Para ser realizada dentro desta filosofia cooperativa, a auditoria clínica é representada por um ciclo composto de seis momentos: a identificação do problema a ser auditado; a definição de padrões e metas; a avaliação da consistência entre o padrão e o problema observado; a identificação das mudanças a serem implementadas para superação do problema; a implementação das mudanças identificadas e o monitoramento da mudança (Norman e Redfern, 2000, citado por Mendes, 2003).

O monitoramento da mudança ou acompanhamento da implementação das recomendações também é indicado por Gil (2000) e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1998).



Fonte: Norman e Redfern (2000), citados por Mendes (2003).

Figura1. Ciclo de auditoria clínica.

2.4 Auditoria no serviço público de saúde brasileiro

A forma de utilização da auditoria pela saúde pública brasileira guarda estreita

relação com a forma de organização da assistência. O Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (História, 2006), em sua página na Internet, traça a trajetória, apresentada a seguir, para a auditoria no SUS.

Até 1976, não havia auditorias diretas em hospitais, as atividades de auditoria se restringiam a apurações em prontuários, realizadas pelos supervisores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A partir de 1976, as ações de auditoria são executadas visando ao Controle Formal e Técnico das Guias de Internações Hospitalares (GIH).

Em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) centralizava a prestação de assistência médico-hospitalar à população ofertada por intermédio de prestadores de serviços, públicos e privados, contratados ou conveniados com o governo federal. Nessa época foram criadas: a Secretaria de Assistência Médica subordinada ao INAMPS, a Coordenadoria de Controle e Avaliação nas capitais e o Serviço de Medicina Social nos municípios. Esse setor revisava os prontuários médicos dos hospitais contratados, os boletins de produção ambulatorial de clínicas contratadas e conveniadas, previamente ao pagamento, e realizava a avaliação das estruturas de unidades que se propunham a serem prestadoras de serviços de saúde para o INAMPS. Embora ainda não existisse oficialmente a estrutura de Auditoria, algumas ações de auditoria eram realizadas sob o nome de Controle e Avaliação.

Em 1983, o cargo de médico-auditor é reconhecido e a auditoria passa a ser feita nos próprios hospitais e tinham como objeto os procedimentos médico-hospitalares visando controlar a compra de serviços da iniciativa privada para evitar distorções e fraudes.

Nesse mesmo ano, o Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS) adota a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em substituição à GIH.

Logo em seguida, a Resolução nº 45 de 1984 define auditoria médica como um conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais que buscavam a caracterização do desempenho assistencial referenciado às unidades médico-assistenciais próprias, contratadas, conveniadas e em regime de co-gestão, com o propósito de preservar o adequado cumprimento das normas, índices e parâmetros regulamentares, para o alcance do objetivo da melhoria progressiva da qualidade médico-assistencial, da produtividade, e os ajustes operacionais devidos, sob a garantia dos princípios éticos (Silva *et al.*, 1996, citado por Castro, 2004). Trata-se da primeira normatização de Auditoria na área do atendimento da Saúde Pública.

A Lei 8.080/90 prevê a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), como instrumento fiscalizador e atribui a ele a coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional.

Em 1993, a Lei de n.º 8.689 extinguiu o INAMPS, fazendo com que, a partir desse momento, os prestadores que recebiam diretamente desse órgão, passassem a ser pagos pelo Ministério da Saúde, por intermédio dos estados e municípios. A descentralização deu autonomia para estados e municípios e obrigou o governo federal a criar mecanismos de regulação e fiscalização, introduzindo o Controle, Avaliação e Auditoria nas três esferas de governo. No entanto, segundo Santos (1998, p.32), as atividades de controle e avaliação...

Historicamente vinculadas ao INAMPS, não chegaram a ser estadualizadas na maioria dos estados [...]. Quando da transferência aos Estados, toda a estrutura do controle e avaliação já apresentava um grau bastante elevado de burocratização, com a consolidação de todo um “modus operandi” que, ao penetrar as estruturas estaduais, conservou, em grande parte, sua forma de funcionamento, não se chegando à construção de uma “cultura estadual” de controle e avaliação.

A transferência da atribuição de desenvolver as ações de controle, avaliação e auditoria, do nível federal para os níveis estaduais e municipais, deveria ter sido acompanhada da capacitação das esferas subnacionais para desenvolvê-las; entretanto, isso não aconteceu. Em decorrência, os setores responsáveis por essas atividades, nos municípios e nos estados, ainda estão em fase de estruturação, ocasionando grandes prejuízos para a gestão do SUS.

A mesma lei que extinguiu o INAMPS instituiu o SNA dentro dos preceitos da descentralização, prevendo a incorporação de instâncias municipais e estaduais e estabelecendo que o então Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) será o órgão central do Sistema. Pelo menos no caso da saúde, o controle formal, exercido pela Secretaria de Controle Interno na esfera federal, não é suficiente para responder aos requisitos de um sistema que deve avaliar os serviços prestados à população sob a ótica da gestão da qualidade das ações, (Barros *et al*, 1996; Remor, 2002).

O Decreto Federal n. 1.651 de setembro de 1995 (Brasil, 1995) regulamenta o SNA no âmbito do SUS, e no seu art. 2º determina que: “O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, as atividades apontadas a seguir.

I – Controle da execução para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento.

II – Avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade.

III – Auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Ainda neste decreto, o art. 5º dispõe sobre as competências dos componentes do SNA,

nas três esferas de governo: “Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos municípios”, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I – No plano federal:

- a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e municípios, mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994;
- b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão;
- d) os sistemas estaduais de saúde;
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de Controle, Avaliação e Auditoria.

II – No plano estadual:

- a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;
- b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de Controle, Avaliação e Auditoria.

III – No plano municipal:

- a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

A Norma Operacional Básica 01/96 (NOB SUS 01/96) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS SUS 01/2001) também fazem referência à auditoria no SUS ao considerar o Controle, a Avaliação e a Auditoria, ações necessárias ao exercício da gestão no SUS e estabelecer a estruturação dos componentes municipais e estaduais do SNA, como um dos requisitos para habilitação nas condições de gestão plena do sistema municipal, gestão avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual (Brasil, 1996; Brasil, 2001a)

Consoante o Art. 4º do decreto n. 1.651/95, que determina que “O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS”, e o inciso § 3º do mesmo artigo, em que se encontra-se que “a estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações” (Brasil, 1995), o Governador do Estado de Minas Gerais, por meio do Decreto n. 36.629 de 30 de dezembro de 1994, organiza o Sistema de Auditoria Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde (SAA). As suas normas de organização e funcionamento, de que trata o decreto anterior, estão contidas no Regulamento do Sistema Estadual de Auditoria Assistencial aprovado pela Resolução SES n. 674, de 02 de maio de 1997 (Minas Gerais 1994; 1997).

De acordo com o seu decreto de criação (Minas Gerais, 1994), Art. 4º, as competências do Sistema de Auditoria Assistencial (SAA), são:

I - avaliar, acompanhar e auditar os Sistemas Municipais de Saúde;

II - acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços colocados à disposição da população, por intermédio de entidades

públicas ou privadas, integrantes ou participantes do SUS/MG;

III - avaliar os resultados obtidos em ações e serviços do SUS, relativamente aos objetivos predeterminados pela gestão do Sistema;

IV - exercer o controle preventivo e corretivo sobre a legalidade e propriedade dos gastos e atividades, no âmbito do SUS/MG;

V - informar à Administração sobre irregularidades detectadas em averiguações e propor a adoção de medidas cabíveis, em conformidade com as normas próprias;

VI - criar condições para assegurar a eficácia dos controles interno e externo e a regularidade do funcionamento do SUS;

VII - promover a integração com os órgãos ou sistemas de controle e fiscalização das demais esferas de governo no sentido de manter uma atuação sinérgica em busca do desenvolvimento do SUS.

O mesmo decreto considera que as ações desse sistema abrangem:

a) As entidades e órgãos públicos integrantes do SUS/MG ou não integrantes, que recebam recursos por seu intermédio.

b) As entidades privadas participantes do SUS/MG, prestadoras de serviços assistenciais mediante contrato, convênio ou instrumento congênere.

c) As pessoas físicas, nas condições dispostas no item acima citado ou na condição de usuárias do SUS, quando couber.

d) Os Sistemas Municipais de Saúde, em qualquer nível e gestão ou os municípios não habilitados, observadas as normas em vigor.

A Lei n. 15.474/05 (Minas Gerais, 2005), que altera o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais, no Art. 96-C, ao dispor sobre o SAA, define auditoria assistencial como “conjunto de ações que visam ao controle prévio, concomitante e subsequente da legalidade e regularidade dos atos técnico-operacionais, bem como à análise e à avaliação dos procedimentos e resultados

das ações e dos serviços de saúde realizados no SUS no âmbito do Estado”.

De acordo com essa mesma lei, no Art. 96-D, compete à auditoria assistencial:

I - realizar auditorias programadas em serviços de saúde do SUS para verificar a conformidade dos serviços e da aplicação dos recursos à legislação em vigor, a propriedade e a qualidade das ações de saúde desenvolvidas e os custos dos serviços;

II - elaborar relatórios informando à Administração sobre as irregularidades detectadas e propondo a aplicação de medidas técnicas corretivas;

III - emitir pareceres conclusivos, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados;

IV - realizar auditorias especiais em caso de denúncias que envolvam os serviços de saúde do SUS, mediante a apuração dos fatos, emitir parecer conclusivo e sugerir a aplicação de medidas técnicas corretivas;

V - realizar auditorias programadas e especiais nos órgãos e entidades municipais integrantes do SUS ou a ele conveniados, para verificar a conformidade do funcionamento, da organização e das atividades de controle e avaliação à legislação em vigor, mediante a emissão de parecer conclusivo;

VI - analisar os recursos de auditoria interpostos por gestores e prestadores de serviços ao SUS, por meio Junta de Recursos, mediante a elaboração de parecer conclusivo;

VII - analisar os relatórios gerenciais dos sistemas de pagamento do SUS, dos Municípios e dos prestadores de serviços sob orientação dos coordenadores técnicos e emitir parecer conclusivo;

VIII - propor a aplicação de medidas técnicas corretivas, quando couber, inclusive quanto à devolução ao Fundo Estadual de Saúde de recursos utilizados indevidamente;

IX - instaurar e julgar processo administrativo, no âmbito de sua competência;

X - expedir intimações, por intermédio da junta de recursos, e aplicar penalidades.

A Portaria n. 399/06 que divulga o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a), é a legislação federal mais recente que faz referência à auditoria no âmbito do SUS. Essa portaria estabelece que o estado deve:

a) avaliar e auditar os sistemas municipais em saúde;

b) implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em circulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

c) realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

O regulamento do SAA determina que esse sistema realizará auditorias classificadas, quanto ao fator desencadeante, como **programadas** e **especiais**. As auditorias programadas, como o próprio nome indica, consta em programação, com plano de ação aprovado periodicamente. As auditorias especiais são aquelas realizadas para apurar denúncias ou indícios de irregularidades, por determinação externa (Minas Gerais, 1997).

Esse mesmo regulamento classifica as auditorias realizadas por este sistema, quanto ao objeto, em auditoria de serviços e auditoria de sistemas de saúde (auditoria de gestão) quando o foco de análise são as unidades prestadoras de serviços assistenciais ou os aspectos gerenciais e assistenciais do sistema municipal de saúde, respectivamente. As auditorias de serviços se desdobram em vários tipos, de acordo com a modalidade da assistência prestada (Minas Gerais, 1997).

Segundo o curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS ministrado pelo Ministério da Saúde (Curso, 2006), “a Auditoria de Gestão dos Sistemas, também denominada Auditoria de Gestão, é muito abrangente, indo além de atividades pontuais em unidades prestadoras de serviços e ações isoladas”. Esse tipo de auditoria “propicia um olhar total sobre o sistema, seja ele estadual ou municipal”.

AUDITORIA DE GESTÃO SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE

Função da Gestão	Estrutura Organizacional	Ações/Atos Administrativos	Aplicação de Recursos Financeiros	Satisfação dos Usuários
Participação e Controle Social	Ações de Vigilância em Saúde	Ações/Programas Isolados	Unidades Prestadoras de Serviços	Qualidade da Atenção

- **Legenda:**
- **Funções da Gestão:** planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, financiamento, provisão de serviços (prestação direta ou pela rede complementar), gestão de pessoas e do trabalho em saúde.
- **Estrutura Organizacional:** lei que institui a estrutura organizacional, organograma, competências setoriais, dentre outros.
- **Ações e Atos Administrativos:** licitações, portarias, decretos, normas, rotinas, controles internos, dentre outros.
- **Aplicação de Recursos Financeiros:** Fundo de Saúde, recursos dirigidos a ações específicas.
- **Satisfação dos Usuários:** avaliação do sistema a partir da visão do usuário, por meio de entrevistas, instrumentos de pesquisa, cartas, telefone, etc.
- **Participação e Controle Social:** realização de Conferências de Saúde, capacitação, resoluções dos Conselhos, atas de reuniões, dentre outros.
- **Ações de Vigilância da Saúde:** vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador.
- **Programas e Ações isolados:** tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, programa de atenção à saúde escolar, programa de atenção à mulher, etc.
- **Unidades Prestadoras de Serviços:** unidades básicas de saúde, centro de especialidades, hospitais, etc.
- **Qualidade da Atenção:** eficácias, eficiência e efetividade das ações e serviços de saúde.

Fonte: Curso, 2006, p. 238.

Quadro 1 - Abrangência de uma auditoria sobre sistemas de saúde

Consoante a legislação referente a auditoria no SUS e levando-se em consideração que a definição de que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, a Constituição Federal prevê que “ o poder público tem que exercer seu papel de regulação, fiscalização e controle sobre todos os serviços de saúde tanto próprios

quanto privados” (Carvalho, 1999) e que o sistema de saúde engloba todos os recursos, organizações e atores que realizam ou apóiam ações sanitárias (Viacava *et al*, 2004), pode-se concluir que o SAA tem uma grande área de atuação.

Em síntese, a legislação do SUS dispõe que compete aos componentes estaduais do SNA:

- a) realizar auditorias programadas de gestão sobre Sistemas Municipais de Saúde;
- b) realizar auditorias programadas sobre ações e serviços desenvolvidas no âmbito do estado;
- c) realizar auditorias especiais desencadeadas por denúncias que envolvem o SUS ou por demanda externa.

Sendo assim, quando se pensa em auditoria do SUS, deve-se levar em consideração a amplitude e diversidade dos objetivos e atribuições desse sistema, conforme previsto na legislação. Logo, a área de atuação do serviço de auditoria do SUS é bem mais abrangente que a do extinto INAMPS, não se restringindo ao conjunto de procedimentos médico-assistenciais e o controle de contas (Relação, 1997). Esse fato por si só já demonstra a complexidade das atribuições de um serviço de auditoria do SUS. Além disso, deve-se também, considerar a ausência do detalhamento dos procedimentos de auditoria, tornando a sua execução amplamente diferenciada de um programa para o outro e fazendo com que a implementação dessa ferramenta configure-se em um dos principais temas na atualidade dos órgãos de controle governamental (Barros, 2000).

Diante disso, pode-se concluir que, para auditar o SUS é necessária uma equipe composta pelas diferentes categorias de profissionais envolvidos na realização das ações de saúde e que tenha um largo conhecimento desse sistema. Nesse sentido, pode-se já aqui adiantar a pertinência da participação do médico veterinário na ação auditora interdisciplinar.

2.5 Indefinição conceitual: controle, avaliação e auditoria

A indefinição dos conceitos de regulação, controle, avaliação e auditoria, tanto na literatura quanto na legislação do SUS, traz como consequência a falta de limites das

atividades pertinentes a cada uma dessas funções. Em seu estudo “Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema único de Saúde”, Remor (2003) fez um levantamento da legislação do SNA e coletou dados por meio de entrevistas com técnicos dos componentes estaduais do SNA. A autora concluiu que “as imprecisões conceituais estão presentes na legislação, nos manuais e nas estruturas do SNA, com reflexos na prática”. Como evidência dessa constatação, a autora encontrou que “alguns setores não diferenciam essas atividades, nem conceitualmente nem em suas prerrogativas práticas”.

Em revisão documental realizada para elaboração de dissertação de mestrado em saúde coletiva, Castro (2004) constatou “a necessidade de se avançar na conceituação da Auditoria do SUS enquanto instância regulatória” e que a falta de discussão sobre os conceitos e funções de auditoria, regulação, controle e avaliação, “induz a uma polissemia conceitual, levando, muitas vezes, a uma indefinição dos papéis desses controles internos, que são muitas vezes estruturados como um único setor com função única no âmbito das Secretarias de Saúde”.

Vianna (2005) chegou a conclusões semelhantes em estudo intitulado “As atividades de auditoria, controle, avaliação e regulação na saúde: significado teórico x significado prático”. A análise das entrevistas do estudo, realizadas com auditores e técnicos da regulação da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, demonstrou à autora “que tanto no componente estadual de auditoria, como no órgão de regulação desta secretaria, os profissionais não têm uma noção clara do significado de cada uma dessas atividades”.

Stenzel (1996), em sua dissertação de mestrado, fez uma análise da Lei Federal 8080/90 e observou que “a maioria das atribuições do SUS são definidas através de conceitos próprios do campo da avaliação”, sendo que, os termos “controle e avaliação”, “acompanhamento e fiscalização” estão presentes em vários pontos da legislação do SUS.

Moreira (2002) afirma que “avaliação possui diferentes conceitos e significações”. Porém, segundo essa autora, para alguns autores “avaliação, investigação ou mensuração têm o mesmo significado” e existe ainda quem compare “avaliação com auditoria ou com diversas variantes do controle de qualidade”.

O termo “auditoria” é bastante amplo e tem assumido diferentes significados. No entanto, em saúde, esse termo é constantemente associado com avaliação, mais especificamente, como avaliação da qualidade da atenção. Dependendo do objetivo e profundidade da ação de auditoria, esse instrumento pode estar sendo usado como instrumento de avaliação ou de controle (Giraud, 1992; Coleman *et al*, 1998; Mendes, 2003; 2006).

Os termos controle e monitoramento estão associados em vários pontos da literatura. O manual de normas de auditoria do Ministério da Saúde atribui ao controle “o monitoramento de processos, com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda” (Manual 1998). Segundo Mendes (2006), controle “consiste no trabalho contínuo de monitoramento de objetivos pré-definidos em termos de processos e resultados, com vistas ao aprimoramento da eficiência, efetividade e qualidade dos serviços” enquanto avaliação se restringe a uma “intervenção discreta e pontual sobre os serviços de saúde de modo a analisar explicações alternativas”. O caráter de continuidade das atividades de controle também é evidenciado por Silver (1992), citado por Cosendey (2000). Esse autor distingue controle e avaliação em função da temporalidade da ação: o “controle” ou “monitoramento” implica em “um seguimento longitudinal no tempo”, enquanto a avaliação é “uma espécie de corte transversal e de visão mais ampla”. Para Aguilar e Ander-Egg (1995) citados por Arkeman e Luiz (2004), o controle se resume a “verificação” de algo, enquanto a avaliação consiste em um “juízo” acerca deste algo. Segundo esses autores, “uma

coisa é constatar o que acontece (controle) e outra é julgar por que acontece o que acontece (avaliação), quer se trate de atividades, recurso ou resultado”. Stenzel (1996, p. 224), afirma que:

A avaliação é um conceito que permeia o processo de planejamento sob diferentes “nomes” ou “termos”. Na perspectiva linear do planejamento normativo, a avaliação corresponde a “etapas” do processo: no momento inicial do plano (sob o nome de diagnóstico de saúde), no decorrer da implantação do plano (como função de controle) e no final do plano (sob o próprio nome de avaliação).

Segundo Arkeman e Luiz (2004), “enquanto o monitoramento busca alcançar as metas, a avaliação julga se as metas e objetivos foram alcançados” e “ao oferecer um sistema de informação sobre o avaliado, o monitoramento contribui com o processo de avaliação, mas é possível haver avaliação sem monitoramento e vice-versa”. Nessa mesma linha de raciocínio, Hartz (1999a) acredita que o monitoramento pode produzir informações para a realização de uma avaliação, mas não se equivale à implementação da mesma. Essa autora define monitoramento como “análise continuada dos sistemas de informação, acompanhando procedimentos, produtos e situações de saúde” diferindo de avaliação que focaliza o impacto das mudanças ocasionadas pela intervenção.

Apesar de vários autores usarem o termo acompanhamento como sinônimo de monitoramento, o manual de normas de auditoria do Ministério da Saúde define esta ação como “processo de orientação, em que o orientador, mediante contato com o processo, serviço ou sistema, acompanha o desenvolvimento de determinada atividade...” (Brasil, 1998). Nesse sentido, acompanhamento subentende cooperação técnica, sem relação de subordinação ou controle.

Outro termo que está, freqüentemente, vinculado à expressão controle é fiscalização. Segundo Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, “controle é a fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas,

órgãos, departamentos, ou sobre produtos, etc., para que tais atividades ou produtos não desviem das normas preestabelecidas” (Ferreira, 1999). O Ministério da Saúde define fiscalização como “ação de submeter à atenta vigilância, a execução de atos e disposições contidas em legislação [...]” (Manual 1998).

Diante da diversidade de conceitos, e da variedade de aplicações dos mesmos, fica difícil estabelecer, com precisão, as atribuições de cada uma dessas atividades. Facilitaria muito para o serviço, a definição de onde começa e onde termina o espectro de atuação de cada uma das atividades. No entanto, pode-se concluir que não existe uma linha que divide o território de cada setor responsável por executá-las. Essas atividades se constituem numa espécie de engrenagem, sem início nem fim preestabelecidos, uma interagindo com outra, complementando-se e suportando as práticas dos serviços. “Estas atividades necessitam, na verdade, estar integradas e com fluxo de informações de rotina estabelecido entre elas, pois são atividades complementares que podem ocorrer de forma isolada ou conjunta [...]” (Castro 2004).

Essa indefinição conceitual reflete na forma de atuação do SNA. O que se verifica é que existe uma tendência desse sistema atuar nos moldes essencialmente formalista e policialesco, com a visão de controle/fiscalização. Remor (2002) defende esta visão ao afirmar: “Parece-nos que o SNA deva ser destinado exclusivamente às atividades de Auditoria, e atuar nas ações e serviços já executados, com caráter fiscalizador. Ela não pode ser de orientação nem educativa [...]”. Mendes (2002b, p.125) tem a seguinte explicação para esta tendência:

No Brasil, existe pouco conhecimento e, em conseqüência, uso muito limitado das tecnologias de gestão da clínica. O que se denomina, normalmente, de auditoria, controle e avaliação do SUS, restringe-se à utilização de algumas tecnologias de revisão de uso, combinadas com um sistema logístico de acesso a consultas especializadas e a internações hospitalares. E,

ainda, com forte viés fiscalista, na melhor tradição inamsiana.

Essa lógica repressiva, em alguns casos, tem razão de ser. “Não se pode ignorar ou fechar os olhos às fraudes, às distorções e às desobediências de normas básicas praticadas por muitos agentes e instituições participantes do SUS” (Ferreira *et al*, 2006).

A verificação estrita do cumprimento de todas as normas exigidas, no entanto, não garante o atendimento do cidadão e as respostas às suas demandas e necessidades. A ação de um serviço de auditoria, principalmente quando da realização de auditorias de gestão dos sistemas de saúde, deve ser voltada para a avaliação de resultados, atuando de forma cooperativa, com a proposta de corrigir distorções para garantir a qualidade da atenção, apoiando a gestão do SUS, ao invés de ter como meta a estrita punição (Curso, 2006).

Auditar como instrumento de controle ou como instrumento de avaliação? O enfoque a ser dado à atividade de auditoria vai depender da situação.

2.6 Avaliação de políticas e estratégias de saúde pública

Para garantir os direitos do cidadão, o poder público lança mão de políticas e estratégias que podem ser entendidas como “intervenções”, definidas por Contandriopoulos *et al* (1997), como o “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” podendo consistir em “uma técnica, um programa, um tratamento, uma organização, uma determinada política”.

Na avaliação destas intervenções, é preciso fazer uma distinção entre as expressões “avaliação de políticas” e “avaliação de programas”. Em vários países europeus o termo avaliação de políticas públicas é usado indistintamente tanto para políticas como para programas (Hartz, 1999b). No

entanto, a palavra políticas tem um significado mais amplo e remete-nos à idéia de diretrizes, princípios, propostas de ação, enquanto o termo programa designa um conjunto de ações específicas com determinado objetivo. Uma política pode ser composta de vários programas.

A avaliação de políticas e de estratégias de saúde pública é um instrumento fundamental para se avançar no processo de formulação e aperfeiçoamento das intervenções no campo da saúde coletiva, garantindo, assim, melhoria da qualidade do gerenciamento do setor público. Entretanto, apesar de ter seu valor reconhecido, a avaliação, de forma sistemática, é ainda pouco realizada pelos responsáveis pela formulação e execução das políticas públicas, representando assim, um desafio tanto para as instituições de pesquisa como para os gestores do sistema de saúde.

Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997), "a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao processo de aprendizado". A partir dos anos 1950, surgiu, principalmente na área social, a avaliação dos programas públicos. Nesse momento, o Estado, que passava a substituir o mercado, devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Nesse início, a avaliação surge numa vertente econômica em que os economistas desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos das intervenções implementadas com utilização de recursos públicos (Contandriopoulos *et al.*, 1997). "A visão predominante da avaliação nesse período era da racionalização econômica, com ênfase no uso e desenvolvimento de métodos de avaliação fundamentalmente quantitativos" (Gil *et al.*, 2001). No entanto, esta metodologia de avaliação, mostrou-se inadequada para aplicação em programas sociais e na educação. No decorrer dos anos 70, surge a avaliação com foco na qualidade e, junto com ela, a necessidade de se usar outros instrumentos, especialmente na avaliação de processos (Gil *et al.*, 2001; Shimazaki, 2006).

São inúmeras as definições de avaliação, mas é consenso que avaliar envolve, necessariamente, um julgamento. Para Contandriopoulos *et al.* (1997), "avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões". Donabedian (1984) conceitua avaliação como "um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos".

Para Nemes (2001), "uma avaliação – uma 'boa' avaliação – deve julgar. Uma 'boa' e 'completa' avaliação julga e explica. Mas julgar e, sobretudo, explicar são atributos da investigação científica". Nessa mesma linha de avaliação, Contandriopoulos *et al.* (1997), cita a pesquisa avaliativa, como a "que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos". Segundo esse autor, esse tipo de pesquisa analisa "a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões". Moreira (2002) preconiza os seguintes usos para esse tipo de pesquisa:

- avaliar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção;
- avaliar a efetividade do programa e seus resultados;
- medir e demonstrar o impacto do programa;
- propor futuras ações.

Quanto à tipologia, Contandriopoulos *et al.* (1997) decompõe a pesquisa avaliativa em seis diferentes análises:

- *Análise estratégica* – analisa a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que lhe deu origem.

- *Análise da intervenção* – estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Questiona a capacidade dos recursos mobilizados e dos serviços produzidos para atingir os objetivos definidos.
- *Análise da produtividade* – estuda o modo como os recursos são utilizados para produzir serviços.
- *Análise dos efeitos* – avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde, determinando sua eficácia para modificá-los.
- *Análise de rendimento* – relaciona a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. É uma combinação da análise de produtividade econômica e da análise dos efeitos.
- *Análise da implantação* – mede a influência do contexto e da variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos.

Scriven (1967), citado por Calmon (1997), afirma que há dois tipos distintos de avaliação: somativa e formativa. Avaliação somativa (ou normativa), segundo esse autor, é a determinação sistemática e objetiva do valor, mérito ou custo de um programa, baseada em critérios ou normas, comparando sua organização com os recursos utilizados, os serviços, os bens ou os resultados produzidos. As informações geradas por esse tipo de avaliação auxiliam a tomada de decisões sobre o futuro de um programa. A avaliação formativa é aquela realizada para subsidiar a implementação das atividades de um programa por permitir a compreensão das reais necessidades da intervenção. Os principais interessados nesse tipo de avaliação são os gerentes ou administradores de programas e suas equipes.

De acordo com Vieira-da-Silva *et al.* (1997), a pesquisa avaliativa é um julgamento de políticas, programas e serviços de saúde, feito com utilização de metodologias científicas, objetivando uma resposta a uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada. Para essa autora, a avaliação para a gestão ou avaliação

administrativa em saúde pode ser considerada uma pesquisa avaliativa por recorrer à metodologia científica e por preencher uma lacuna no conhecimento sobre determinada situação.

Antes de iniciar uma avaliação, faz-se necessário responder a um conjunto de questões relativas a uma intervenção, suas atividades e seus efeitos. O que avaliar? Com que objetivo? Como avaliar? Quais critérios devem ser usados para avaliar?

A avaliação do desempenho do serviço público brasileiro, apesar de incipiente, tem ocupado um espaço maior nos textos legais, técnicos e científicos. A tendência é de se utilizar cada vez mais essa atividade como instrumento para o aperfeiçoamento da gestão governamental, o aumento da eficiência e a ampliação do controle social (Hartz, 1999b; Santos e Cardoso, 2001). São inúmeros os critérios utilizados para esse tipo de avaliação, embora a eficiência na gestão de programas públicos seja o mais comum.

A metodologia a ser usada em uma avaliação de desempenho está na dependência da disponibilidade e clareza de princípios, objetivos, efeitos e impactos do programa. Essas informações vão direcionar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação e servirão como padrões de referência para o julgamento. Os **objetivos** se referem à situação que se pretende alcançar com a realização do programa. O recomendado é que os objetivos de um programa sejam identificados por descrições claras das metas a serem atingidas, bem como das atividades requeridas para que isso ocorra. Deve-se estabelecer uma diferenciação entre **objetivos, efeitos e impactos** de um programa. Os **efeitos** constituem resultados das ações realizadas pelo programa e podem ser intermediários (que ocorrem durante a realização do programa) ou finais (a transformação verificada no ambiente que pode ser atribuída ao programa). O **impacto** pode ser definido como um resultado, gerado a partir dos efeitos de um programa. A avaliação do impacto demanda a existência de descrições detalhadas dos objetivos e

estratégias operacionais do programa e a verificação da relação causa-efeito entre as ações do programa e os resultados constatados, uma vez que o impacto de um programa se comporá dos efeitos que se pode, com certeza, atribuir exclusivamente ao programa, (Framework-CDC, 1999; Santos e Cardoso, 2001). Sendo assim, uma metodologia de avaliação de desempenho de um programa ou de uma organização deve ser orientada “por um quadro de referência que levasse em consideração a sua concepção legal, a forma como vem sendo implantado...”, “[...] além de que deveria permitir avaliar em que medida seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos”, (Viacava *et al*, 2004).

Entretanto, segundo Nemes (2001, p.13),

[...] na área social em geral, mas especialmente na área da saúde, nem sempre é possível fazer esse tipo de avaliação. Um primeiro problema é definir o que são “os efeitos”, ou seja, ter clareza do que se espera como consequência da intervenção tomada sob avaliação. Seria esperado que programas ou intervenções bem planejadas tivessem isso a priori muito bem definido – a partir de um determinado conjunto de ações se espera atingir tais ou quais resultados. No “melhor dos mundos” um programa deveria já ter definido, ainda no seu planejamento, mecanismos para medir resultados de uma forma válida e confiável.

De acordo com Weilenmann (1980), citado por Stenzel (1996), “vêm de longa data as queixas dos avaliadores de que os objetivos dos programas não são claros, ou são formulados em termos muito vagos, o que dificulta extremamente a tarefa de avaliar”.

Além do mais, segundo Santos e Cardoso (2001), o desempenho de uma instituição é um conceito relativo que, em muitos casos, não pode ser avaliado em relação a um padrão, por isso, sugerem-se três bases de comparação:

- em relação ao desempenho da instituição no **tempo**, nos anos anteriores;
- em relação ao desempenho de seus **pares**, ou instituições similares ou comparáveis;

- em relação ao que foi **planejado** ou **orçamentado** para um período determinado.

Vieira-da-Silva e Formigli (1994) recomendam recorrer à classificação das abordagens preconizadas por Donabedian para uma primeira aproximação com o objeto a ser avaliado. Segundo essas autoras, “com base no enfoque sistêmico e principalmente preocupado em avaliar a qualidade do cuidado médico, Donabedian sistematizou diversas propostas de abordagem na tríade: estrutura-processo-resultados”. A dimensão “Estrutura” é constituída por toda a base necessária ao funcionamento do serviço, compreende recursos humanos, financeiros e físicos e a forma como estão organizados. Na dimensão “Processo”, está contido o conjunto de ações inerentes às diversas atividades relacionadas ao cumprimento das atribuições necessárias para atender aos objetivos previstos. Essas atividades são avaliadas para verificar se as mesmas são suficientes em qualidade, em quantidade e na maneira como estão organizadas para produzir os resultados parciais ou finais, referenciados aos objetivos e metas propostos pela política ou programa. Por “Resultado”, entende-se a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população ou os efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade e, portanto, para além dos beneficiários diretos da intervenção pública, avaliando-se sua efetividade social (Carvalho, 2003; Contandripoulos *et al*, 1997; Barbieri, 2003). Segundo Minayo (2005), “a avaliação de resultados visa a dimensionar, qualitativa e quantitativamente as diferenças entre o momento inicial e as metas atingidas ao final de uma intervenção”. Porém, “estes resultados devem ser previstos da forma mais clara possível dentro das estratégias de planejamento que antecedem aos primeiros passos da intervenção”.

3 MATERIAL E MÉTODO: percurso investigativo e instrumentos de análise

3.1 Área da pesquisa

Para estudar o tema “Auditoria no SUS”, desenvolveu-se uma pesquisa no Sistema de Auditoria Assistencial do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais (SAA/SUS/MG)⁶. Neste estudo, optou-se por usar forma abreviada - SAA. Esse sistema faz parte do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), juntamente com o componente federal, os outros componentes estaduais e os municipais.

O SAA foi escolhido como unidade de análise para esta pesquisa pelos seguintes motivos:

- conhecimento prévio da unidade de análise (a autora da pesquisa trabalha no sistema);
- o SAA é uma unidade bastante representativa do SNA, devido à posição que o Estado de Minas Gerais ocupa no cenário da saúde pública brasileira;
- facilidade de acesso às fontes de dados;
- o SAA passa, atualmente, por um processo de reestruturação organizacional com ampla discussão sobre o seu processo de trabalho.

O caminho percorrido para a realização deste estudo começa com a inquietação da pesquisadora diante de questões levantadas no exercício de sua função de

⁶ Esta denominação consta no decreto de criação e na resolução que regulamenta este serviço, no entanto, esta terminologia não foi usada na legislação subsequente. Quando se referem a este sistema, o fazem com as denominações de “Diretoria de Auditoria Assistencial”, “DAA” e “Auditoria Assistencial”. Neste trabalho, optou-se por utilizar terminologia original – SAA/SUS/MG - abreviada para SAA, por entender que o serviço de auditoria do SUS na SES/MG está organizado em forma de sistema, devido à existência de unidade central e unidades regionais.

auditora. Desde que começou a trabalhar com auditoria do SUS, em meados de 2002, alguns questionamentos foram feitos pela autora deste estudo.

- Até que ponto as atividades realizadas eram condizentes com o resultado a ser alcançado?
- A forma de realização destas atividades está correta?
- O serviço está estruturado adequadamente para desempenhar suas funções?

Esses questionamentos sensibilizaram a autora desta pesquisa para a busca de respostas por intermédio de pesquisa bibliográfica, consultas a documentos do serviço, contato direto com colegas que trabalhavam há mais tempo no setor e pesquisa de outros serviços de auditoria do SUS.

Constatou-se que “auditoria no SUS”, assim como o próprio SUS, está em construção e, sendo assim, é um assunto relativamente novo, pouco conhecido e estudado e com referencial teórico escasso. Estudar esse tema atende a interesses próprios, aos interesses da instituição e aos interesses da sociedade.

Conhecer a forma de atuação do serviço de auditoria do SUS, seus objetivos, suas atribuições e as atividades desenvolvidas tornaram-se o objetivo inicial desta pesquisa.

Para conhecer mais sobre o objeto de estudo e determinar o tipo de questão a ser abordada, fez-se uma pesquisa bibliográfica mais ampliada e pesquisa documental.

Na pesquisa bibliográfica, foram encontradas poucas referências sobre auditoria no âmbito do SUS. Por ser a auditoria um instrumento da regulação, foram consultados estudos sobre esse tema. No entanto, a maior parte dos estudos encontrados versam sobre regulação estatal de forma geral. Os poucos estudos sobre a regulação da área da saúde,

especificamente, restringem-se à saúde suplementar.

Após a leitura do material compilado, decidiu-se por realizar um estudo para conhecer, descrever e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Sistema de Auditoria Assistencial do SUS na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, com o intuito investigar a seguinte hipótese: O SAA não estaria desempenhando suas atividades de forma adequada a atingir os objetivos previstos, em função de problemas estruturais e organizacionais.

Segundo Minayo (2005), “ter clareza do objetivo da avaliação direciona o desenho da investigação, possibilita a definição de objetivos específicos e a construção de indicadores e dos instrumentos de coleta de dados...”. O conhecimento prévio que a pesquisadora tinha do objeto, aliado a pesquisa documental e bibliográfica, possibilitaram a escolha das dimensões a serem descritas e avaliadas, bem como a determinação das fontes de coleta de dados.

Assim como existe uma grande variedade de definições do que seja avaliação, existe também grande número de modelos e técnicas passivas de serem utilizados pelos avaliadores. No entanto, a escolha de determinada prática está na dependência das características do objeto ou da intervenção, das perguntas para as quais se quer respostas, do perfil do avaliador, dos objetivos da avaliação, das expectativas dos interessados e da disponibilidade de recursos para sua realização (Contandriopoulos *et al*, 1997; Calmon, 1999). A avaliação do SAA é bastante complexa uma vez que, as informações necessárias para subsidiar esta avaliação como: princípios, objetivos, resultados esperados, bem como as atividades a serem realizadas para alcançar estes resultados (CDC, 1999; Nemes, 2001; Santos e Cardoso, 2001; Viacava *et al*, 2004; Minayo, 2005), não estão bem definidas nem na legislação, nem em documentos do serviço.

Para avaliar o SAA, optou-se por adaptar e utilizar as dimensões propostas por Donabedian (1980): Estrutura, Processo e Resultado, verificando se o serviço dispõe de recursos (Estrutura) adequados para produzir serviços (Processo) que atendam às necessidades dos beneficiários, e se os efeitos (Resultado) das ações de auditoria correspondem aos esperados.

A avaliação de Processo vai ao encontro do preconizado por Contandriopoulos *et al* (1997) e Barbiere (2003), ao comparar os serviços oferecidos pelo SAA com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados, ou seja, verificando-se a observância dos objetivos institucionais. Buscaram-se os critérios e normas na literatura, na legislação do SUS e nos manuais do serviço que foram comparados com os dados produzidos a partir da observação participante, consulta a documentos do serviço e questionários aplicados aos técnicos do SAA. Foi feita, também, uma comparação entre a situação atual do sistema e a situação em 1993⁷. Para essa comparação, foram usados dados de um estudo de caso realizado em 1997 (Kern, 1997) cuja unidade de análise foi o SAA.

Na dimensão Estrutura, foram descritas e avaliadas as seguintes variáveis:

- forma de organização;
- base legal;
- diretrizes;
- planejamento anual de atividades do SAA;
- respaldo pelos gestores da SES/MG;
- sistema de gerenciamento de informações;
- manual de normas e rotinas e roteiros de auditoria;
- quadro técnico;

⁷ Na SES/MG as ações de controle, avaliação e auditoria iniciam-se no ano de 1992 na Superintendência Operacional de Saúde – SOS.

- recursos físicos;

Na dimensão Processo, foram descritas e avaliadas as seguintes variáveis:

- auditorias realizadas;
- avaliação da satisfação dos usuários;
- acompanhamento das entidades auditadas / implementação das recomendações feitas pelo SAA;
- relação do SAA e outros componentes do SNA;
- relação do SAA e outros órgãos de controle.

Apesar de concordar com Nemes (2001), quando esta autora diz que o objetivo mais nobre e mais ambicioso de uma avaliação é concluir se a intervenção funciona, isto é, se produz os resultados e os impactos esperados, a dimensão “Resultado” do SAA não será avaliada em toda sua amplitude dada a ausência de clareza quanto aos objetivos e metas a serem cumpridas pelo serviço. Nessa dimensão, foi possível descrever e avaliar as seguintes variáveis:

- valorização do trabalho desenvolvido pelo SAA;
- utilização das informações produzidas pelo SAA;
- contribuições do SAA;
- avaliação do desempenho do SAA.

3.2. Tipo de estudo

Para responder às questões desta pesquisa optou-se por um estudo de caso descritivo e exploratório, cuja unidade de análise é o SAA no espaço temporal da atuação da pesquisadora no serviço⁸. O caso de análise em questão, no entanto, incorpora um tempo cronológico anterior (1994, ano de criação do SAA).

Segundo Holanda (2003, p.09),

⁸ A autora deste estudo passou a exercer a função de auditora do SAA a partir de julho de 2002.

Os estudos de casos podem ser descritivos, exploratórios ou explanatórios (ou explicativos, ou, ainda, avaliativos). [...] os estudos descritivos não têm por objetivo formular ou testar uma teoria [...]. Os estudos exploratórios vão mais adiante, buscando levantar hipóteses e proposições relevantes que possam orientar futuros esforços de pesquisa. Já os estudos explanatórios ou explicativos (ou avaliativos) procuram identificar aquelas hipóteses – dentre diferentes teorias alternativas – que melhor explicam a realidade ou conjunto de eventos pesquisados.

Segundo Gil (1995), os métodos descritivos são usados, principalmente, para perceber as características de determinada população ou objeto de estudo, mas também podem proporcionar uma nova visão do problema fazendo com que o mesmo assuma as características das pesquisas exploratórias e compreendem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. De acordo com este mesmo autor, as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral do tipo aproximativo, acerca de determinado fato e devem ser utilizadas, principalmente, quando o tema escolhido é pouco explorado.

Conforme Yin (2005), um estudo exploratório está indicado quando a base de conhecimento existente é insuficiente e a literatura disponível não traz uma estrutura ou hipótese conceitual significativa. Já o estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

De acordo com Pereira (1995), “um estudo de caso pode ser restrito a uma simples descrição ou pode ir mais além, de modo a sugerir explicações sobre elementos pouco conhecidos”. Tais estudos se constituem, segundo o mesmo autor, “em um verdadeiro inventário, [...] com o aspecto positivo que é a possibilidade de observação intensiva de cada caso”.

Yin (2005) afirma que o estudo de caso pode ser utilizado em várias situações,

inclusive estudos organizacionais e gerenciais nos quais “faz-se uma questão do tipo ‘como’ ou ‘por que’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle”.

Segundo Kátya Maria Nasiaseni Calmon, em estudo sobre avaliação de programas e a dinâmica da aprendizagem organizacional⁹...

Alguns teóricos qualitativos acreditam que o estudo de caso é tão bom quanto outros métodos de inferência causal, e, portanto é preferível, porque permite responder a uma ampla gama de questões. Se questões relativas à descrição, explicação, generalização e descobertas sobre o programa têm a mesma prioridade que as questões causais, significa que os experimentos são ferramentas muito limitadas.

Yin (2005, p.34-35) esclarece que os estudos de caso têm as seguintes aplicações:

[...] explicar os supostos vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos demais para estratégias experimentais ou aquelas utilizadas em levantamentos [...] descrever uma intervenção e o contexto da vida real em que ela ocorre [...] ilustrar certos tópicos dentro de uma avaliação, outra vez de modo descritivo [...] explorar aquelas situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados [...] o estudo de caso pode ser uma meta-avaliação – o estudo de um estudo de avaliação.

Mesmo sabendo que “uma preocupação muito comum em relação ao estudo de caso é que ele fornece pouca base para fazer generalização científica” (Yin, 2005), optou-se por realizar um estudo de caso histórico-organizacional por ser o objeto de estudo ainda pouco conhecido, necessitando ser descrito e explorado e por considerar esse método suficientemente sensível para conhecer e avaliar os processos de trabalho da instituição. Além do mais, Yin (2005) contemporiza: “os estudos de casos, da

⁹ Disponível em <http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp19/Parte_1.pdf>

mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos”.

Patton (1980), citado por Denis e Champagne (1997), afirma que “[...] estudo de caso único oferece um potencial elevado de ‘generalização lógica’, ou seja, as conclusões de tal pesquisa poderão eventualmente servir para explicar um grande número de situações análogas”. Sendo assim, acredita-se que algumas das conclusões tiradas deste trabalho podem ser úteis aos outros componentes estaduais do SNA por terem similar histórico de criação e enfrentarem problemas equivalentes. Além disso, o Estado de Minas Gerais é uma unidade da federação representativa no âmbito da saúde pública brasileira em sua diversidade de situações e em sua dinâmica operacional.

Apesar do estudo de casos múltiplos fornecer mais evidências do que um estudo de caso único, este último foi realizado devido à viabilidade.

3.3 Coleta de dados

O conhecimento que a pesquisadora tem da instituição foi muito útil para o direcionamento da coleta de dados. Esse conhecimento permitiu o entendimento das questões teóricas e políticas em discussão, fator imprescindível, segundo Yin (2005), para se fazerem julgamentos analíticos durante a fase de coletas de dados. Muitas dessas questões foram abordadas no Curso de Especialização de Auditoria em Sistemas de Saúde¹⁰ freqüentado pela pesquisadora, concomitantemente ao desenvolvimento deste estudo. Esse fato foi um grande facilitador para a realização da pesquisa.

Além do conhecimento que a autora do estudo já tinha da unidade de análise, foi realizada uma consulta prévia a processos

¹⁰ Curso de Especialização de Auditoria em Sistemas de Saúde, organizado por solicitação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais com o objetivo de capacitar o corpo de auditores do SAA e desenvolver um projeto de reestruturação para este sistema.

de auditorias realizadas pelo SAA, para levantar que dados seria possível extrair dessa fonte. Nessa consulta prévia, foram examinados 103 processos cujos despachos, sugerindo arquivamento, foram datados nos meses de junho, julho e agosto de 2004. A partir dessa consulta, foram definidas quais evidências adicionais seriam necessárias e suas respectivas fontes uma vez que “estudos de caso necessitam de uma coleta de dados diversificada que abranja, simultaneamente, elementos qualitativos e quantitativos correspondentes aos diferentes níveis de explicação do fenômeno que se quer analisar [...]” (Hartz *et al*, 1997).

Para conhecer e avaliar as atividades desenvolvidas pelo SAA optou-se por fazer a coleta de dados combinando métodos quantitativos e qualitativos, conforme preconiza Yin (2005), utilizando e confrontando diferentes fontes de evidências, permitindo, assim, que inferências feitas a partir da coleta de dados em alguma fonte possam ser corroboradas com outras fontes de informação. Esta estratégia aumenta a validade do *constructo*¹¹, que “[...] é quase sempre percebida como um ponto fraco dos estudos de caso (Yin, 2005).

Os dados coletados para criar uma base de dados capaz de permitir uma avaliação do SAA são originários de: observação participante, pesquisa bibliográfica, consulta a documentação do serviço e da aplicação de questionários.

O uso de fontes múltiplas de evidências possibilitou o desenvolvimento de “linhas convergentes de investigação”, mais especificamente a “triangulação dos dados”, que consiste, segundo Yin (2005), em

¹¹ Validade de constructo: estabelecer medidas operacionais corretas para os conceitos que estão sob estudo. Existem críticas, aos estudos de casos, relacionadas às medidas utilizadas para coleta de dados e a subjetividade do julgamento nesta coleta. Recorrer a múltiplas fontes de dados pode contribuir para aumentar a validade de constructo (Yin, 2005).

“coletar informações de várias fontes, mas tendo em vista a corroboração do mesmo fato ou fenômeno”. Dessa forma, “os eventos e fatos do estudo de caso foram suportados por mais que uma simples fonte de dados”.

Um cuidado adicional foi submeter o relatório preliminar do estudo à revisão por pessoas-chave no âmbito do objeto. “Do ponto de vista metodológico, as correções feitas durante esse processo realçarão a acurácia do estudo de caso, aumentando, dessa forma, a validade do *constructo*” (YIN, 2005). Para essa tarefa, contou-se com a colaboração de dois técnicos do SAA, que trabalharam por um período aproximado de dez anos no serviço. As poucas alterações sugeridas foram discutidas e algumas foram aceitas e inseridas no relatório final do estudo.

O processamento e a tabulação dos dados foram realizados por meio do programa *Microsoft Excel*. O cálculo do tempo gasto, em dias civis, para realização das auditorias foi feito com a utilização da calculadora *Hewlett.Packard* (HP).

3.3.1 Observação participante

A observação é uma técnica de coleta de dados que não consiste apenas em ouvir, mas também em examinar fatos e fenômenos que se deseja estudar (Marconi e Lakatos, 1990). Os dados são obtidos por meio de conversas informais individuais ou grupais e observação detalhada de eventos e comportamentos não verbais.

Minayo (2004, p.134) acredita que:

A observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para a compreensão da realidade.

Segundo Yin (2005), a técnica da observação participante pode ser usada em ambientes mais ligados ao nosso dia-a-dia, como uma organização, e o pesquisador

pode ser um participante ativo do evento estudado. O pesquisador observador participa e coleta dados e informações. É nessa condição que a autora deste estudo se encontra por ser funcionária do serviço em estudo. Além dessa condição, a pesquisadora teve uma ótima oportunidade de coletar dados através dessa técnica, durante o curso de especialização em auditoria de sistemas de saúde, em que foram abordadas inúmeras questões pertinentes a este trabalho.

A observação participante pode ser sistemática quando é realizada em condições controladas, para responder a propósitos preestabelecidos ou assistemática quando não tem planejamento e controle previamente elaborados (Marconi e Lakatos, 1990).

No caso desse estudo, utilizou-se a observação assistemática ou não estruturada, uma vez que não foi usado instrumento especial para a coleta de dados por meio desse método¹². À medida que se fez necessário, a pesquisadora recorreu a essa fonte de dados para confirmar informações originárias de outras fontes ou para coletar evidências adicionais.

Comparada com outros métodos, essa forma de coleta de dados possui vantagens e desvantagens. Como vantagem de estudos de caso realizados pela coleta de dados a partir da observação participante, Yin (2005) aponta a oportunidade de se perceber a realidade do ponto de vista de alguém de "dentro" do estudo de caso, para proporcionar um retrato acurado do fenômeno analisado. Acredita-se que, quando o pesquisador faz parte do universo observado, evitam-se distorções relativas a descrições retrospectivas, exige-se menos cooperação ativa dos sujeitos estudados e se reduz a interferência no cotidiano do grupo, mantendo assim, a naturalidade dos observados.

¹² Um outro método utilizado para coleta de dados foi o questionário semi-estruturado, descrito a seguir.

Uma limitação apontada por Pereira (1995) é que em estudos de caso nos quais a observação participante é usada como fonte de informação "há certa dose de subjetividade na apreciação dos fatos, freqüentemente, difícil de contornar, pois o observador já pode ter uma idéia preconcebida do tema e a faz predominar".

O observador participante enfrenta mais dificuldades para manter a objetividade por influenciar e ser influenciado pelo grupo, e, pelas diferenças de referência entre observador e observado. As percepções do observador podem ser deformadas por suas necessidades ou valores, levando à imprecisão dos dados coletados (Marconi e Lakatos, 2001)

Na medida do possível, tentou-se tirar proveito das vantagens e neutralizar as desvantagens desse método de coleta de dados. Não sendo possível eliminar totalmente a influência do observador, tentou-se identificar e controlar a influência das convicções pessoais nos resultados da pesquisa. No entanto, é preciso um olhar crítico sobre a exigência positivista de "objetividade" e imparcialidade, uma vez que toda investigação já é, em si, interpretação.

O que pode minimizar a menor objetividade atribuída à observação participante é o fato da pesquisadora ter começado a trabalhar no serviço estudado há um tempo relativamente curto¹³ e, desde o início, ter mantido uma postura crítica com relação ao processo de trabalho do mesmo. A sua capacitação para a função de auditora sempre esteve acompanhada de questionamentos e busca de respostas. O desenvolvimento desta pesquisa demonstra esta postura.

Durante todo o procedimento de coleta de dados por meio dessa técnica, documentos relacionados ao serviço foram consultados na tentativa de reduzir possíveis inferências que indicassem vícios na observação.

¹³ O SAA foi criado em 1994 e a pesquisadora só começou a trabalhar no mesmo em agosto de 2002.

3.3.2 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica consistiu no levantamento de dados a partir de material já publicado acerca do tema, como livros, artigos de periódicos, monografias, dissertações, teses, notas técnicas elaboradas por órgãos governamentais, notas de aulas do curso de especialização em auditoria frequentado pela pesquisadora e material disponível na Internet.

Especialmente importante foram três dissertações sobre auditoria no âmbito do SUS, uma dissertação sobre avaliação da auditoria interna do governo do estado do Espírito Santo e uma monografia sobre o SAA¹⁴.

As dissertações sobre auditoria no âmbito do SUS, apesar de versarem sobre o mesmo tema, tiveram objetivos e metodologias diferentes. A dissertação que contém a avaliação da auditoria interna do Estado do Espírito Santo serviu como

¹⁴ RODRIGUES, M. *Avaliação da auditoria interna do governo do Estado do Espírito Santo*. 2001. 243f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

KERN, M.L. *Sistema de Auditoria Assistencial - Estudo de Caso: SES/SUS/MG*. 1997. 49f. Monografia (Especialização em Administração Pública) – Escola de Governo de Minas Gerais da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte.

REMOR, L.C. *Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde – Atividades de Regulação e Fiscalização*. 2002. 114f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CASTRO, D. P. *Análise de implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS: proposta de um instrumento de avaliação*. 2004. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

VIANNA, A.P.R. *As atividades de auditoria, controle, avaliação e regulação na saúde: significado teórico x significado prático*. 2005. 234 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

referência para a metodologia desta pesquisa. Já a monografia “*Sistema de Auditoria Assistencial – Estudo de Caso: SES/SUS/MG*”, apresentada à Escola de Governo da Fundação João Pinheiro para aprovação no Programa de Especialização em Administração Pública, foi muito útil, pois forneceu os dados sobre esse sistema no ano de 1997, que foram confrontados com dados atuais.

3.3.3 Documentação do serviço

A documentação do serviço, como fonte de evidência, apresenta as seguintes vantagens:

- pode ser revisada quantas vezes se fizer necessário;
- é exata contendo nomes, referências e detalhes;
- cobre longo espaço de tempo.

Pode apresentar, no entanto, também desvantagens como: baixa capacidade de recuperação, seletividade tendenciosa (se for incompleta), pode relatar vieses se for influenciada pelas idéias preconcebidas do autor e dificuldade de acesso. “Os documentos devem ser cuidadosamente utilizados, não se devendo tomá-los como registros literais de eventos que ocorreram [...]”. “Para os estudos de caso, o mais importante de documentos é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes” (Yin, 2005).

A fonte de dados da pesquisa documental pode ser classificada em: documentos escritos ou não, contemporâneos ou retrospectivos, primários ou secundários, sendo suas informações relevantes a todos os tópicos do estudo de caso (Marconi e Lakatos, 2001; Yin, 2005). Neste estudo, foram coletados dados dos seguintes documentos:

- regulamento do SAA;
- processos de auditorias realizadas pelo SAA;
- manuais do serviço;
- publicações da SES/MG;

- síntese do planejamento estratégico do SAA;
- relatório de auditoria realizada no SAA pelo componente federal do SNA no período de 15/10/2004 a 29/10/2004;
- planejamento tático do SAA para o ano de 2005.

O regulamento do SAA foi uma peça indispensável para a coleta de dados deste estudo, por se consistir no único documento oficial (foi aprovado por resolução estadual) que contém as normas de organização e funcionamento do SAA. Apesar de desatualizado, esse documento serviu como referência para a descrição do serviço e foi citado, inúmeras vezes, no relato do estudo de caso.

Para descrever as atividades desenvolvidas pelo SAA, optou-se por fazer uma análise dos processos de auditorias realizadas por esse sistema. O período de arquivamento dos processos consultados foi de setembro de 2004 a outubro de 2005. Optou-se por esse período porque, a partir de setembro de 2004, o SAA implantou um novo sistema para gerenciar o arquivamento dos processos, sistema este que proporciona maior segurança no controle do arquivo e, conseqüentemente, maior fidedignidade dos dados coletados. Utilizou-se uma amostragem probabilística sistemática, selecionada a partir de uma lista fornecida pelo setor responsável pelo arquivo da SES/MG¹⁵. De posse da lista de processos arquivados no período estudado, foi selecionado o primeiro processo e, a partir daí, foram saltados dois processos para selecionar o próximo. Foram consultados duzentos e dois processos (aproximadamente 32%) de um total de seiscentos e vinte e oito processos arquivados no período supracitado para coletar os seguintes dados:

- tipo de auditoria;
- fator desencadeante da auditoria;

¹⁵ Os processos foram listados por ordem de chegada ao setor de arquivo.

- objeto auditado;
- data de realização da auditoria;
- data do arquivamento do processo de auditoria;
- encaminhamento dado.

A síntese de planejamento estratégico (ANEXOS B e C) utilizada é fruto de uma aula de planejamento ministrada no curso de especialização em auditoria. Essa é uma fonte muito rica, por conter uma avaliação do SAA e por ter sido elaborada por auditores do serviço, após ampla discussão. Esse documento permitiu testar a precisão e a qualidade da avaliação realizada neste estudo, por meio da comparação entre resultados.

Os manuais consultados, elaborados pelo SAA ou pelo componente federal do SNA, assim como as publicações da SES/MG, forneceram dados sobre normas e rotinas do serviço.

Um importante documento consultado foi o relatório de auditoria realizada no SAA pelo componente federal do SNA, no período de 15/10/2004 a 29/10/2004. Esse documento traz uma avaliação do serviço e serviu como evidência dos dados coletados pela pesquisadora, por meio de outras fontes.

O planejamento tático do SAA faz parte do planejamento da SES/MG para o ano de 2005. Não foi encontrado, no serviço, o planejamento para o ano de 2006.

Em síntese, a documentação do serviço constituiu uma das principais fontes de informações deste estudo, confirmadas ou retificadas por questionários repassados aos auditores do serviço e pela observação direta da unidade de análise.

3.3.4 Questionário

Optou-se, neste estudo, por coletar dados por meio de questionário pelas vantagens que este instrumento apresenta – mais versátil, mais rápido, menor custo e poder ser usado para coletar vários tipos de dados, apesar de também apresentar

desvantagens, como depender da boa vontade dos respondentes e estar na dependência do respondente dispor ou lembrar-se do dado solicitado.

Os questionários foram semi-estruturados e contaram com questões fechadas e abertas, elaboradas a partir dos questionamentos que a pesquisadora julgou serem capazes de permitir conhecer e avaliar o SAA (APÊNDICE D). Em síntese, procurou-se conhecer a opinião dos técnicos do serviço sobre variáveis relacionadas às dimensões: Estrutura, Processo e Resultado. Além disso, para cumprir o objetivo de refletir sobre a possibilidade e potencialidade da participação do profissional Médico Veterinário na equipe de auditoria, foram inseridas duas perguntas contemplando esse assunto.

A amostra selecionada para responder ao questionário constou de vinte e nove funcionários da Unidade Central e dos Núcleos de Auditoria das Gerências de Ações Descentralizadas de Saúde, que foram selecionados pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) para fazer um Curso de Especialização de Auditoria em Sistemas de Saúde, organizado por solicitação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (a turma era composta por trinta alunos, mas foi excluída a autora deste estudo). Optou-se por essa amostra por considerá-la representativa do corpo de auditores, uma vez que essa população passou por um processo de seleção, realizada pela ESP-MG, cujos critérios foram: tempo de trabalho no SAA, experiência em auditoria de sistemas de saúde, envolvimento com as atividades de auditor, entre outros.

Em relação à formação específica, o grupo distribuiu-se entre médicos, dentistas, enfermeiros, advogados, contadores e farmacêuticos. O tempo de trabalho desses profissionais no SAA varia de 02 a 14 anos, com uma média de 08 anos de permanência nessa instituição, o que, de certa forma, permite afirmar que são profissionais aptos a opinar sobre o processo de trabalho desse sistema.

Inicialmente, conforme preconizado por Babbie (1999), foram repassados questionários preliminares, a partir dos quais foram feitas algumas adequações para o formato final. As três pessoas que responderam a esses questionários têm perfil semelhante ao dos participantes da amostra do estudo, mas não fizeram parte da mesma.

Os questionários impressos foram distribuídos pessoalmente pela autora do projeto, uma vez que a mesma freqüentou as aulas do curso de especialização, já mencionado, juntamente com os participantes da pesquisa. A distribuição e o recebimento dos questionários se deram entre os meses de maio e agosto de 2006.

Do total de 29 questionários distribuídos, 26 (89,7%) foram devolvidos. A maior parte, 21 questionários, em mãos do pesquisador. Os outros 05 questionários foram enviados por e-mail. Esta diferença na forma de retorno do questionário se explica pelo fato de alguns participantes terem demorado a retornar sob a forma escrita e a pesquisadora ter enviado, por e-mail, outra cópia do mesmo.

Uma vez coletados, os dados foram transcritos, tabulados e apresentados por meio de porcentagens. As respostas abertas foram transcritas no relatório de estudo de caso, entre aspas e sob a forma de tópicos, e prestaram-se a fornecer evidências de questões abordadas no estudo de caso, aumentando assim a validade de *constructo* e a confiabilidade (Yin, 2005).

3.4 Considerações sobre os aspectos éticos

Antes de iniciar este estudo, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme preconizado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

Foi solicitada e concedida a autorização da Superintendência de Regulação da SES/MG, bem como da Gerência de Auditoria Assistencial, para consultar e utilizar dados de documentos do serviço (APÊNDICES A e B).

A pesquisa não envolve risco para os (as) participantes. Por questões éticas, o anonimato das pessoas que responderem ao questionário foi mantido em todas as fases do trabalho: nenhum dado foi divulgado de forma isolada, impossibilitando assim a identificação dos mesmos. Foram observados os direitos e interesses dos envolvidos com o objeto avaliado, bem como das pessoas ou instituições afetadas pelos seus resultados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C) assinado pelos pesquisadores, informando sobre os objetivos e finalidades da pesquisa e sobre o compromisso de resguardar o anonimato do respondente, foi anexado ao questionário para que fosse assinado pelo (a) participante. Os pesquisadores se declararam disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos sobre o trabalho e sobre a situação do participante perante o mesmo.

4 A PRÁTICA DE AUDITORIA NO SAA/SUS/MG: um estudo de caso

Neste capítulo são apresentados a unidade de análise e os resultados e discussão da pesquisa sob a forma de uma dissertação interpretativa, contendo o confronto de dados levantados na legislação do SUS e nos documentos do serviço, com dados coletados conforme descrição no capítulo anterior.

Esquemáticamente, foram descritas e avaliadas as seguintes variáveis, componentes das dimensões Estrutura, Processo e Resultado do SAA:

- Estrutura
- ✓ forma de organização;
- ✓ base legal;

- ✓ diretrizes do SAA;
- ✓ planejamento anual de atividades do SAA;
- ✓ respaldo pelos gestores da SES/MG;
- ✓ sistema de gerenciamento de informações;
- ✓ manual de normas e rotinas e roteiros de auditoria;
- ✓ quadro técnico;
- ✓ recursos físicos.
- Processo
- ✓ auditorias realizadas;
- ✓ avaliação da satisfação dos usuários;
- ✓ acompanhamento das entidades auditadas / implementação das recomendações feitas pelo SAA;
- ✓ relação do SAA e outros componentes do SNA;
- ✓ relação do SAA e outros órgãos de controle.
- Resultado
- ✓ valorização do trabalho desenvolvido pelo SAA;
- ✓ utilização das informações produzidas pelo serviço;
- ✓ contribuições do SAA;
- ✓ avaliação do desempenho do SAA.

4.1 Histórico

O SNA foi criado pela Lei 8.689 de 27/06/1993 para atender ao preceituado na Constituição Federal de 1988, que prevê o controle e a fiscalização do serviço de saúde como atribuição do poder público, e na Lei 8.080 de 19/09/1990, que determina que à direção nacional do Sistema Único de Saúde – SUS compete, entre outras, “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal”. O Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de

1995, regulamentou a organização desse sistema junto à direção do Sistema Único de Saúde em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo (Brasil, 1990a; Brasil, 1993; Brasil, 1995).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2001) estabelece a estruturação do componente estadual e do componente municipal do SNA como requisito para habilitação nas condições de Gestão Avançada de Sistema Estadual, Gestão Plena de Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Municipal (Brasil, 2001a).

Sendo assim, o componente estadual do SNA em Minas Gerais, representado pelo Sistema de Auditoria Assistencial - SAA da SES/MG, foi criado pelo Decreto nº. 36.629 de 30 de dezembro de 1994 em conformidade com a Lei Federal nº 8.689/93.

Cabe ressaltar que a criação dos componentes estaduais e municipais do SNA, que deveria ter sido objeto de amplo debate entre as três esferas de governo, não é decorrência de iniciativas das secretarias estaduais e sim para atender a uma determinação do Ministério da Saúde.

4.2 Estrutura

4.2.1 Forma de organização

De acordo com o seu decreto de criação, “o SAA/SES/MG compreende o conjunto de atividades e unidades no âmbito do SUS/MG, organizados sob a forma de sistema, com a finalidade de exercer a verificação e avaliação dos sistemas de saúde estadual e municipal, em relação aos objetivos previamente definidos, mediante ações de auditoria” (Minas Gerais, 1994).

As normas de organização e funcionamento desse sistema, em estreita relação com a estrutura organizacional da SES/MG, estão contidas em regulamento aprovado pela Resolução n. 674 de 02 de maio de 1997. No entanto, este sistema deverá atender,

também, as normas estabelecidas pela legislação federal pertinente ao SNA, conforme disposto no Decreto n. 1651/95 da seguinte forma: “A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações” (Brasil, 1995).

De acordo com o regulamento, o SAA é composto por:

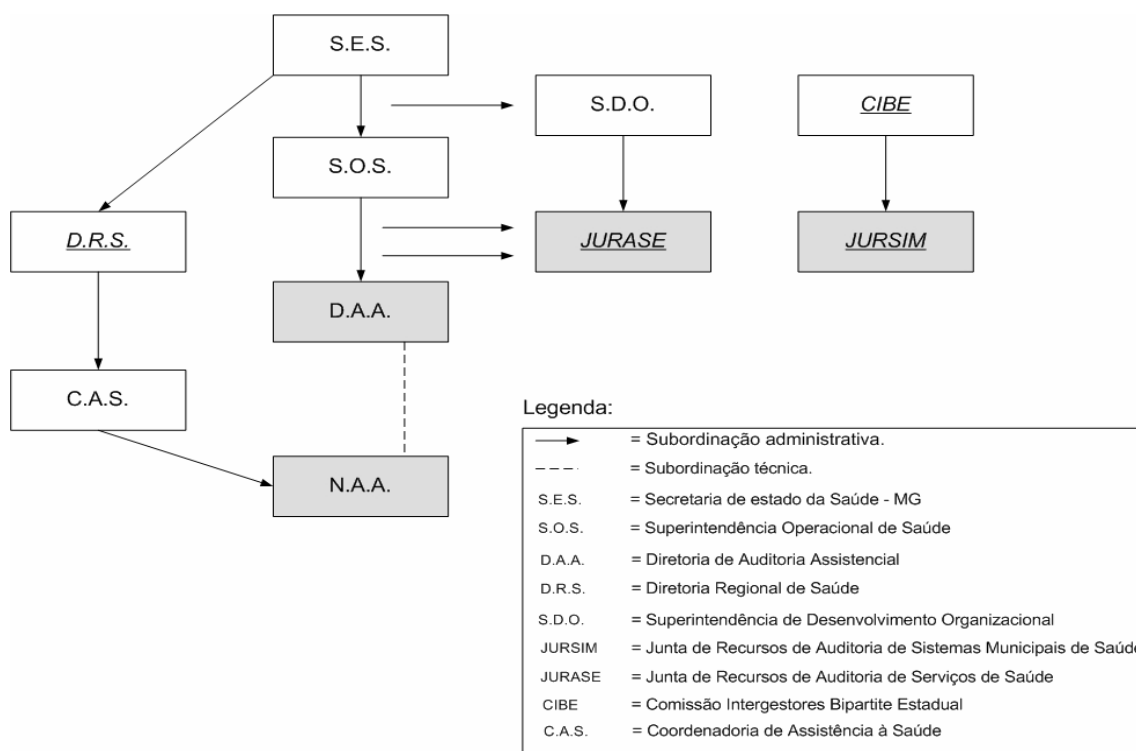
- uma unidade central denominada Diretoria de Auditoria Assistencial, subordinada administrativa e tecnicamente à Superintendência Operacional de Saúde (DAA/SOS/SES) e organizada em:

- ✓ Equipe Macrorregião Sul
- ✓ Equipe Macrorregião Oeste
- ✓ Equipe Macrorregião Norte Nordeste
- ✓ Equipe Macrorregião Centro
- ✓ Equipe Macrorregião Sudeste

- vinte e cinco Unidades regionais de Auditoria Assistencial subordinadas administrativamente à Diretoria Regional de Saúde (DRS) e tecnicamente à Diretoria de Auditoria Assistencial (DAA);

- duas instâncias recursais responsáveis pelo exame de recursos interpostos a processos de auditoria, a JURASE - Junta de Recursos de Auditoria de Serviço de Saúde – sob a coordenação da Superintendência de Desenvolvimento Organizacional (SOS) e a JURSIM – Junta de Recursos de Auditoria de Sistemas Municipais de Saúde – subordinada à Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIBE).

A forma de organização, apresentada no organograma abaixo, foi estabelecida em regulamento e permaneceu até 2001 quando a DAA passou a ser subordinada diretamente ao secretário estadual de saúde. Nessa época houve a tentativa de mudar o regulamento que estava em vigor, mas a mudança não se efetivou.



Fonte: Rodrigues *et al*, (2006, p.10)

Figura 2 - Organograma do SAA/SUS/MG – Jul/1997

No início de 2003, foi editado o decreto n.43.241 alterando a estrutura organizacional da SES/MG. Novas superintendências foram criadas em substituição às anteriores. A partir daí, a DAA ficou subordinada à Superintendência de Regulação (SR/SES). Em 2005, as diretorias da SES/MG foram transformadas em gerências e a DAA passou a ser denominada “Gerência de Auditoria Assistencial (GAA)” (Minas Gerais, 2003; 2005), (ANEXO A).

Atualmente, considerando a nova estruturação e o fluxo operacional da SES/MG, o SAA é composto por:

- unidade central - Gerência de Auditoria Assistencial (GAA), subordinada administrativa e tecnicamente à Superintendência de regulação (SR);

- vinte e oito unidades regionais – Núcleos de Auditoria Assistencial (NAA) subordinados administrativamente à Coordenação de Regulação da Gerência Regional de Saúde (GRS) e tecnicamente à GAA;

- duas instâncias recursais responsáveis pelo exame de recursos interpostos a processos de auditoria, a - Junta de Recursos de Auditoria de Serviço de Saúde (JURASE) e a Junta de Recursos de Auditoria de Sistemas Municipais de Saúde (JURSIM), compostas por dois representantes da Assessoria Jurídica, um representante da GAA e dois representantes do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG). A coordenação está a cargo de um representante da Assessoria Jurídica.

A estrutura interna da unidade central do SAA foi detalhada em regulamento, em que estão descritas as atribuições de todas as unidades integrantes do sistema. No entanto, ao longo dos dez anos que se passaram desde a aprovação desse regulamento, a forma de organização da GAA sofreu alterações e o que se encontra atualmente é uma estrutura informal, composta essencialmente por uma gerência, coordenações, corpo de auditores e administrativos. Nos últimos três anos, o número de coordenações variou de três a cinco e, no presente momento, existem somente duas. Verifica-se uma grande dificuldade para se conseguir técnicos com perfil e disponibilidade para exercer a função de coordenador.

Os NAA são compostos por auditores e administrativos e, em algum momento, chegou a funcionar com um coordenador que era eleito informalmente entre o corpo de auditores. Atualmente, não existe mais a figura de coordenador de núcleo de auditoria, ficando a coordenação dessa unidade a cargo dos coordenadores de regulação das GRS. No entanto, essas coordenações, na maioria das gerências regionais, não acompanha o funcionamento do NAA de forma sistemática. Por muito tempo, cada núcleo de auditoria teve uma referência, um auditor da unidade central, responsável pelo suporte e acompanhamento das atividades de auditoria desenvolvidas na GRS. Contudo, atualmente, o quadro de auditores da GAA se encontra desfalcado, impossibilitado esse tipo de organização. A dupla subordinação, técnica a GAA e administrativa a GRS, dos funcionários dos NAA em algumas ocasiões gera conflitos.

4.2.2 Base legal

Desde a aprovação do regulamento do SAA, em 1997, a SES/MG mudou consideravelmente sua estrutura organizacional, a legislação do SUS foi alterada e a atuação da esfera estadual do SUS foi repensada. No entanto, apesar de todas essas mudanças, o regulamento do SAA não sofreu adequações. Segundo resposta ao questionário utilizado para

coleta de dados, o regulamento está “em fase de revisão”.

A base legal que regulamenta o funcionamento desse sistema se encontra desatualizada e inadequada às rotinas do serviço, uma vez que sua forma de organização e funcionamento foi alterada. Essa situação implica inúmeras conseqüências, incluindo a possibilidade de questionamento das sanções e penalidades aplicadas aos auditados em caso de constatação de irregularidades e mau funcionamento do serviço. A frase de um auditor, “Acho que falta mais definição, mais conformidade, mais legalidade, mais respaldo da SES”, reflete essa situação.

As seguintes questões precisam ser consideradas para a readequação do regulamento:

- a nova estruturação e o fluxo operacional da SES/MG sofreu profundas alterações (o regulamento existente está em conformidade com a estrutura organizacional anterior a 2003);
- muitas práticas preconizadas pelo regulamento foram alteradas ou abandonadas;
- a estrutura interna do SAA foi modificada;
- a Tabela de Graduação de Distorções e Penalidades e a Classificação e Codificação de Distorções do SAA/SUS/MG – anexos I e II do regulamento, são embasados em legislação que foi modificada e complementada. Nova tabela de distorções foi elaborada, contudo, além de já estar defasada, não foi aprovada por norma legal;

4.2.3 Diretrizes do SAA

Um dos pontos a ser trabalhado em novo regulamento do SAA, se refere às diretrizes desse sistema. Entre os auditores que participaram desta pesquisa, 87,5% consideram que as diretrizes emanadas pelos gestores da SES, para o setor, são **pouco claras ou nada claras**. Essa situação gera, segundo respostas do

questionário da pesquisa, “uma confusão em relação às diretrizes” e isto acontece pelos motivos apontados a seguir.

- “Existe dificuldade de entendimento do que é e deve ser esta GAA (SAA), por parte dos gestores da SES ‘emanadores’ de diretrizes”.
- “Não tem normatização definida, (ocorrem) mudanças constantes na orientação das atividades a serem desenvolvidas”.
- “A auditoria (SAA) ainda está sem rumo, sem missão, sem definições”.
- “Não há definição quanto ao papel do auditor. Não existem metas, missão, apenas um apaga incêndio sem fim”.
- “Falta priorizar a atuação da GAA (SAA)”.
- “Não sabemos o que a SES quer de nós”.
- “Desconhecem o trabalho e o objetivo da função do auditor do SUS, por isso, só recorrem ao SAA quando há problemas políticos que podem afetar a imagem da SES”.
- “Falta uma maior integração e compreensão dos princípios do SNA”.
- “Falta de clareza das atribuições”.

A falta de clareza das diretrizes para os serviços de auditoria do SUS tem sua origem na criação do SNA. A legislação referente a esse sistema é pouco clara quanto à forma de funcionamento e às atividades a serem desempenhadas pelos seus três componentes – federal, estadual e municipal. Desde o início, o limite entre as atividades de controle, avaliação e auditoria, assim como o alvo das ações realizadas pelos componentes desse sistema, não foram bem definidos.

O SNA começou a ser delineado na Lei Orgânica da Saúde (LOS), quando esta determina que cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em seu âmbito administrativo, a atribuição de definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e

serviços de saúde. Esta mesma lei preceitua que compete à direção nacional do SUS “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (Brasil, 1990a).

Se for observada com cuidado, pode-se perceber que esta lei determina o estabelecimento do SNA, **além** da coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS, ou seja, duas atribuições distintas. No entanto, o SNA foi instituído e regulamentado com a finalidade de exercer as atividades de controle, avaliação e auditoria, ficando estabelecido o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) como o órgão central desse sistema, vinculado à Secretaria de Assistência a saúde (Brasil, 1993; Brasil, 1995). Sobre isso Remor (2003) comenta: “a grande interrogação, que nos chama a atenção, é o motivo pelo qual as atividades de Controle e Avaliação fazem parte do SNA, como se as atividades de Controle e Avaliação fizessem conjunto com as de Auditoria”. É no mínimo incoerente que esse sistema desenvolva ações de controle, avaliação e auditoria e receba o nome de Sistema Nacional de Auditoria.

No nível federal, as ações de controle, avaliação e auditoria foram desenvolvidas no SNA até a edição da Portaria n. 1.069 em 19 de agosto de 1999, que determinou a realização dessas atividades por setores distintos (Brasil, 1999). No entanto, essa portaria e toda a legislação subsequente, relacionada à auditoria, não faz referência ao SNA como um todo, somente ao “órgão federal do SNA”.

O Decreto n. 3.496/00 aprova a nova estrutura regimental do Ministério da Saúde, define o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) como órgão federal do SNA com vinculação direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde e vincula o Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas à Secretaria de Assistência Saúde. Esse decreto só faz referências às atribuições do DENASUS

(Brasil, 2000a). Tal fato se repete no Decreto n. 5.841/06, legislação mais recente na época da realização desta pesquisa, que trata da supra referida estrutura. Nesse decreto, verifica-se a existência do DENASUS e do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS subordinado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e a existência do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde. As atividades que eram desenvolvidas somente pelo SNA, através do seu órgão central, o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, encontram-se, a partir de então, distribuídas em três departamentos (Brasil, 2006b).

O Estado de Minas Gerais, quando instituiu o componente estadual do SNA, seguiu um caminho semelhante ao percorrido pelo governo federal. O Decreto n. 36629/94 que cria o Sistema de Auditoria Assistencial da Secretaria de Estado de Saúde dispõe que esse sistema visa ao controle e avaliação técnico-científica das ações e serviços da saúde, prestados no Estado pelo Sistema Único de Saúde (Minas Gerais, 1994). No entanto, se consultado o regulamento que contém normas de organização e funcionamento do SAA será encontrado somente o detalhamento das atividades de auditoria. As sessões desse regulamento - composição e organização, competências, atribuições, funcionamento – não fazem nenhuma referência às atividades de controle e avaliação. Da mesma forma, os manuais do serviço, sejam eles elaborados pelo componente federal ou pelo próprio SAA, só contemplam as atividades de auditoria. Sobre esse assunto, o Dr. Virgílio Bustamante Rennó, ex-diretor da então DAA no período de 1994 a 2003, deu o seguinte depoimento:

Desde 1995, tentou-se, dentro da DAA, organizar um serviço de controle e avaliação dedicado a trabalhar os dados disponíveis [...]. Faltou decisão política para a adequada implantação do sistema na época. As avaliações continuaram a ser feitas pela Auditoria quando acionada por algum motivo [...] Em 1998, na gestão do Dr. Armando Costa, foi criada a Superintendência de Planejamento, Controle e Avaliação e nela a

Diretoria de Controle Avaliação e Auditoria (DCAA), sob minha chefia. Nesta Diretoria havia a Coordenadoria de Controle e Avaliação (CCA) e a Coordenadoria de Auditoria Assistencial (CAA). Na DCAA tentou-se novamente a implantação do Sistema de Controle e Avaliação. As mesmas razões anteriores prevaleceram, ou sejam: falta de pessoal qualificado, equipamentos, material de informática e outros, impedindo a evolução adequada do desejado sistema. Vários secretários se sucederam desde então, e as mesmas dificuldades aconteceram (citado por Rodrigues et al, 2004, p 12).

O Ministério da Saúde modificou a forma de organização do componente federal do SNA e alocou as funções de controle, avaliação e auditoria em setores diferentes. Essa mudança se iniciou em 1999, porém não foi acompanhada de uma discussão envolvendo todos os componentes do SNA.

Embora o decreto n. 43.241/03, que trata da nova estrutura organizacional da SES/MG, tenha criado, junto à Diretoria de Regulação, a Coordenação de Controle e Avaliação, com a atribuição de “controlar e avaliar os sistemas de saúde no Estado, em consonância com a política estadual de saúde e as normas legais que regem o SUS/MG”, esse mesmo decreto estabelece como atribuição do SAA¹⁶ “controlar, avaliar e auditar as redes de serviços do SUS/MG” e “definir uma sistemática de avaliação dos serviços de saúde, compreendendo indicadores, instrumentos e relatórios com definição de periodicidade de coleta, processamento e análise de informações” (Minas Gerais, 2003).

Na Lei 15.474/05¹⁷, legislação estadual mais recente a fazer referência à auditoria do SUS em Minas Gerais, as atribuições do SAA se restringem a ações relacionadas com atividades de auditoria (Minas Gerais, 2005). Se comparada com a legislação anterior, observa-se uma mudança significativa nas atribuições do SAA: as

¹⁶ O SAA/SUS/MG neste decreto está referenciado como Diretoria de Auditoria Assistencial.

¹⁷ Nesta lei o SAA/SUS/MG é referenciado como “auditoria assistencial”.

atividades de avaliação não foram incluídas entre as atribuições desse sistema.

Convém salientar que ações de avaliação fazem parte da rotina de trabalho da auditoria, no entanto, a responsabilidade formal pela centralização das atividades de avaliação das ações e serviços do SUS não cabe ao SAA.

Em síntese, verifica-se que, embora a legislação, em algum momento, disponha sobre a existência de dois setores distintos com a atribuição de realizar atividades de controle e avaliação, isso não se observa na prática. Atualmente, essas atividades são realizadas na SES/MG de forma difusa: cada setor controla e avalia as atividades pelas quais é responsável. No entanto, é preciso que exista um setor formalmente responsável pela centralização dessas atividades, que trabalhe os dados de todas as áreas de forma conjunta e forneça uma avaliação da atenção à saúde como um todo. A constatação de Santos (1998), de que não foi construída uma “cultura estadual” de controle e avaliação com o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro, ainda hoje, se aplica ao Estado de Minas Gerais e a outros estados brasileiros. Remor (2003), em estudo sobre auditoria no SUS, constatou a ausência de definição quanto à organização dos setores responsáveis pelo controle, avaliação e auditoria do SUS em alguns estados brasileiros e em municípios de Santa Catarina.

Essa realidade reflete negativamente na atuação dos serviços de auditoria do SUS, uma vez que, sendo a auditoria um instrumento a ser utilizado tanto pelo controle quanto pela avaliação (Mendes, 2006), espera-se que os setores que desenvolvem essas ações detectem sinais de alerta e demandem a realização de auditorias. Sem o suporte das áreas de controle e avaliação o desenvolvimento das atividades de auditoria do SUS fica dificultado. Além disso, as implicações da ausência de um setor responsável por atividades reconhecidamente essenciais para o bom desempenho do SUS deve ser avaliada.

Com relação ao foco das ações do SAA, a legislação federal e estadual, embora extensa, é conflituosa. A Lei estadual n.15.474/05 define regulação da assistência como “atividade desenvolvida pelo Estado, constituída pelo processo de planejamento e programação dos recursos assistenciais disponíveis em Minas Gerais para garantir a prestação da assistência adequada às necessidades dos cidadãos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, por meio das redes de referência e Programação Pactuada e Integrada (PPI) definida entre os Municípios” (Minas Gerais, 2005). Essa mesma lei subordina o serviço de auditoria da SES/MG à Superintendência de Regulação e define auditoria assistencial como “o conjunto de ações que visam ao controle prévio, concomitante e subsequente da legalidade e regularidade dos atos técnico-operacionais, bem como à análise e à avaliação dos procedimentos e resultados das ações e dos serviços de saúde realizados no SUS no âmbito do Estado”. A Portaria GM 399/06, que divulga o Pacto pela Saúde, estabelece que auditoria assistencial é uma ação da Regulação da Atenção à Saúde que “tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados” (Brasil, 2006a). Em seguida define Auditoria Assistencial ou clínica como o “processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades”. Por analogia a essa legislação, o Sistema de Auditoria Assistencial do SUS em Minas Gerais ou a Auditoria Assistencial, como é denominado o serviço de auditoria do SUS em Minas Gerais, em alguns momentos, tem como objeto os atos técnico-operacionais e as ações e serviços de saúde realizados no SUS no âmbito do Estado de Minas Gerais (Minas Gerais, 2005) e ao mesmo tempo tem como objeto (somente) as ações diretas e finais de atenção à saúde, devendo atuar

baseado em protocolos clínicos (Brasil, 2006a).

O sistema de saúde brasileiro compreende ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Segundo o Art. 8º da Lei estadual n. 13317/99 (Minas Gerais, 1999), a atenção à saúde encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todas as instâncias de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, e compreende três grandes campos:

I. o da assistência, dirigida às pessoas, individual ou coletivamente, e prestada em ambulatórios e hospitais, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

II. o da intervenção ambiental, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental, mediante o pacto de interesses, as normatizações e as fiscalizações;

III. o das políticas externas ao setor da saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são parte importante as questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e à qualidade dos alimentos.

Sendo assim, o campo de ação da regulação e da auditoria, como instrumento da regulação, é muito amplo e não deve se restringir à produção de ações diretas e finais de atenção à saúde. Na SES/MG, a Superintendência de Regulação, a qual o SAA está subordinado, tem sua atuação voltada, quase exclusivamente, para a assistência de média e alta complexidade, reduzindo mais ainda seu espectro de ação. Sobre isso Mendes (2004), comenta: “[...] infelizmente, no SUS opera-se com uma visão restrita de regulação – algo ligado a mecanismos de controle de fluxos assistenciais [...]”.

A organização atual da regulação na SES/MG vai de encontro à visão de regulação contida na NOAS 01/02. No entanto, ao tomar conhecimento do conteúdo do Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS, ministrado pelo ministério da saúde em 2006, percebe-se que existe, apesar de não estar oficializada, a intenção de se trabalhar com um conceito ampliado de regulação, estendendo as ações de regulação para todo o SUS.

Cabe ressaltar que a última e única legislação federal que trata das atividades dos componentes do SNA, nas três esferas governamentais, é o Decreto 1.651/95. A partir daí, a legislação específica da auditoria do SUS só particulariza as competências do componente federal, ou seja, só faz referência às atribuições do DENASUS. As alterações dispostas na legislação para o componente federal do SNA não foram assimiladas pelos componentes estaduais e municipais. Além do mais, a falta de interação desses três componentes impede uma discussão mais ampla sobre forma de organização desse sistema. A Portaria n. 423 de 09 de junho de 2002 dispõe sobre as ações de controle, regulação e avaliação da assistência à saúde, mas não aborda as ações de auditoria (Brasil, 2002b). Aliado a isso tudo, a legislação estadual não avançou na definição dessas ações: o regulamento do SAA permanece o mesmo desde 1997. Diante dessa situação, pode se constatar, segundo dado coletado em questionário, que “falta definição de diretrizes, missão, visão e valores” para o SAA.

4.2.4 Planejamento anual de atividades do SAA

Aliado à imprecisão da legislação quanto às atribuições do SAA, outro ponto que interfere negativamente na organização do serviço e na sua resolutividade é a ausência de definição de prioridades, que deveria ser feito no planejamento anual de atividades do serviço. De acordo com os auditores que responderam aos questionários:

- “Não temos diretrizes emanadas pelos gestores da SES. Criamos nossas próprias diretrizes e programamos nossas atividades de acordo com o que é prioritário. Isso quando não estamos apurando denúncias”.
- “Falta planejamento dos gestores da SES em relação a GAA”.

Consta no regulamento do SAA, como atribuição do Secretário de Estado da Saúde, a aprovação da programação de atividades do sistema. Santos (1996) endossa essa prática, pois acredita que, para elaboração desse planejamento, é importante que as prioridades para auditoria sejam selecionadas, baseando-se em critérios e em conformidade com os dirigentes da organização. Barbiere (2003) afirma que “os objetivos são usualmente definidos no ápice da organização e repassados às unidades de serviço em forma de metas”. A existência desse instrumento de gestão contribuiria para a organização interna do serviço e, conseqüentemente, aumentaria a eficácia das suas intervenções.

Questionados sobre a existência de um planejamento anual das atividades a serem desenvolvidas pelo SAA, treze auditores que responderam ao questionário da pesquisa (50%) disseram que existe, onze auditores (42,3%) disseram que não e dois auditores (7,7%) disseram não saber responder.

Foi verificado que o planejamento das atividades do serviço é realizado anualmente em conjunto com o Plano Operativo da SES/MG. A pesquisadora teve acesso somente ao planejamento elaborado em 2004 para ser executado em 2005. O planejamento para o ano de 2006 não foi localizado dentro da GAA. Foi prevista, para o ano de 2005, a realização de 1920 auditorias assistenciais em prestadores, programas e sistemas municipais de saúde e 853 auditorias administrativas/financeiras em fundos municipais de saúde, totalizando 2773 auditorias (uma média de 231 auditorias/mês). O serviço não faz uma avaliação do cumprimento do planejado e a autora deste estudo não conseguiu

informações sobre o quantitativo de auditorias realizadas em 2005. Foi verificado, durante a coleta de dados para este estudo, que o SAA concluiu 475 auditorias no período de janeiro a setembro de 2005 (52,8 auditorias / mês). Segundo o relatório de auditoria realizada pelo DENASUS, no ano de 2004, foram realizadas uma média de 27 auditorias/mês no período de abril a junho e uma média de 47 auditorias/mês no período de julho a setembro. Diante desses dados, é possível acreditar que, dificilmente, o SAA conseguiu se aproximar da média de 231 auditorias/mês planejadas para 2005.

O planejamento de atividades do SAA apresenta inúmeras deficiências:

- não é elaborado em conjunto com a gestão da SES/MG;
- existe somente para cumprir uma regra (uma norma da SES/MG determina que todo o setor deve apresentar seu plano de ação para compor o Plano Tático Operacional desta secretaria);
- não é baseado em critérios de prioridade;
- não é utilizado como instrumento de direcionamento para realização das atividades;
- sua execução não é avaliada.

Segundo o relatório de auditoria realizada no SAA, no período de 15/10/2004 a 29/10/2004, pelo DENASUS, “o SNA estadual desenvolve atividades estabelecidas na lei 8.689, entretanto não ficou claro como as planejam especificamente”. Para os técnicos que auditaram o serviço, “o documento de planejamento anual é genérico, não especifica quais serviços ou municípios serão auditados, resumindo-se a descrever o tipo de ações a serem executadas”.

Na opinião dos técnicos do SAA que responderam ao questionário da pesquisa, “existe apenas uma planilha de programação de auditoria”. “A auditoria (SAA) não tem ações programadas e, sim, apaga incêndio”.

Como causa da falta de planejamento, os participantes da pesquisa apontam a “indefinição de objetivos”, “falta de organização do serviço de auditoria na SES, de diretrizes, etc...”.

É importante ressaltar que ter planejamento, por si só, não é garantia de que o mesmo é satisfatório e que vai ser seguido. O percentual de auditores (77%) que responderam que o planejamento não é seguido, ou seguido às vezes, comprova essa afirmativa o que pode ser confirmado pelos depoimentos dos participantes da pesquisa:

- “Durante o período planejado, vários fatores, por exemplo, demandas inesperadas, problemas administrativos, impediram que o planejamento fosse cumprido.”
- “Existem outras demandas que interferem no cumprimento do planejamento.”
- “Com uma frequência muito acima do razoável esse planejamento não é cumprido.”
- “Acontece, às vezes, de auditorias programadas serem canceladas na última hora.”

Para que o processo de planejamento seja eficaz, é necessário que haja consenso e respaldo da administração para implementação das ações planejadas. A fala dos auditores, “Não é seguido por falta de interesse e interação entre a SES e a GAA”, “por motivos alheios à vontade dos auditores, por exemplo, cancelamento por outras viagens mais importantes, talvez”, “a infra-estrutura é deficiente, é freqüente o não cumprimento por este motivo” e “a programação é alterada pelas instâncias superiores – GAA, GRS e chefia do NAA”, corrobora a afirmativa.

A instituição não tem, de fato, um sistema de planejamento com critérios que estabeleça prioridades de auditoria; logo, não tem agenda nem metas referenciais definidas quanto às demandas a serem cumpridas pelo serviço. A tentativa de

trabalhar com uma programação é atropelada pelo grande número de demandas externas e o que se verifica é que o SAA passa a maior parte do tempo realizando auditorias para apurar denúncias (em grande parte encaminhadas pelo Ministério da saúde) e para atender solicitações do Ministério Público e outros órgãos de controle. Os dados coletados para este estudo demonstram essa realidade: somente 24% dos processos de auditoria arquivados no período de outubro de 2004 a setembro de 2005, pelo SAA, correspondem a auditorias programadas.

4.2.5. Respaldo pelos gestores da SES/MG

Na percepção de 65,4% dos auditores que responderam ao questionário da pesquisa, os gestores da SES/MG respaldam com pouca frequência ou nunca respaldam o trabalho desenvolvido pelo SAA e ainda afirmam:

- “No caso da GRS, muitas vezes o diretor e o próprio coordenador de regulação nem tomam conhecimento do que o núcleo de auditoria assistencial (NAA) está realizando. E, às vezes, por questões políticas, é pedido ao NAA que altere sua forma de trabalhar.”
- “Existe pouca consciência da importância da auditoria pelos gestores.”
- “O trabalho da GAA não é reconhecido, não é valorizado, só é criticado.”
- “Falta a vontade política [...]”

Como fatos que comprovam essas opiniões, citam:

- “O fato do auditor não ter retaguarda jurídica e muita vezes a junta de recursos ir contra os fatos.”
- “A dificuldade de conseguir o básico para o bom desempenho da GAA.”
- “Muitas vezes não temos respostas para as solicitações enviadas.”

Em contrapartida, 15,4% dos auditores acreditam que os gestores respaldam sempre, ou com muita frequência o trabalho desenvolvido pelo SAA e asseguram:

- “Considero que sempre, visto que não houve manifestação do contrário.”
- “Atendem às demandas, estabelecem interlocução com as GRS.”
- “Respondo por minha GRS: nossos superiores (da GRS) assumem juntamente conosco (equipe de auditores), a responsabilidade. Quando existe um problema mais grave, a diretora se reúne com os auditores para definir qual posição devemos tomar (juntos).”

Os auditores do DENASUS, ao concluírem o relatório de auditoria, afirmam que a situação do SAA é reflexo, “em síntese, de deficiências no gerenciamento, que se originam de esferas acima da Diretoria e evidencia prolongar-se aos escalões regionais”.

4.2.6 Sistema de gerenciamento de informações

Tão importante quanto o planejamento anual de atividades do serviço, é um sistema que gerencie os dados do sistema e permita a geração de relatórios com informações gerenciais de qualidade e tempestividade.

As informações dentro do SAA podem ser divididas em três grandes grupos: a) informações diretamente ligadas ao desempenho das atividades de auditoria; b) informações necessárias ao gerenciamento do serviço; c) informações produzidas a partir das atividades realizadas pelo serviço.

No primeiro grupo, estão:

- legislação do SUS;
- informações sobre entidades auditadas;
- relatórios e papéis de trabalho das auditorias realizadas;
- manuais e roteiros de auditoria;
- formulários;
- demais documentos de uso rotineiro do serviço.

Ao segundo grupo, pertencem:

- informações relacionadas às atividades realizadas (número de auditorias concluídas por período e por tipo de auditoria, tempo gasto por auditoria, quantitativo e localização de auditorias em andamento e outros);
- informações sobre atividades a realizar (quantitativo de auditorias a realizar, por tipo e por demandante);
- informações sobre o desempenho dos auditores (quantitativo de auditorias realizadas por auditor e unidade do SAA, quantitativo de relatórios de auditoria analisados por auditores do nível central, tempo gasto em cada atividade desenvolvida).

O terceiro grupo se refere aos:

- relatórios de auditoria a serem encaminhados às áreas envolvidas com o objeto de auditoria;
- relatórios das principais denúncias atendidas pelo serviço (por tipo de denúncia e por entidade denunciada);
- relatórios com principais distorções encontradas nas entidades auditadas;

Atualmente, o gerenciamento de informações no SAA é inadequado. Os recursos de informática são insuficientes e subutilizados.

As informações do primeiro grupo são arquivadas sem uma organização que permita sua atualização, padronização e utilização de forma eficiente. Documentos arquivados no nível central não estão disponíveis para uso das outras unidades do SAA e viceversa. A falta de um arquivo informatizado e específico leva freqüentemente a retrabalho devido à perda ou indisponibilidade das informações produzidas. Quando se precisa de algum dado sobre uma instituição, este tem de ser localizado em papéis arquivados sem muito critério ou em outras fontes. O acompanhamento da legislação referente ao SUS, que é bastante extensa, em constante alteração e indispensável para a atuação do auditor, não é adequado. No nível central existem pastas nas quais a legislação é

arquivada, à medida que vai sendo editada; no entanto, a legislação antiga não é avaliada para ser descartada, caso tenha sido reformulada, e os NAA não têm acesso a essas pastas.

Um banco de dados que permita a geração de informações úteis, confiáveis e oportunas, bem como a disponibilidade de relatórios dos sistemas de informação do SUS, com dados das entidades a serem auditadas, são essenciais para a realização da fase analítica das auditorias¹⁸. Além do mais, a existência de um histórico das instituições auditadas é imprescindível para verificar se as distorções detectadas, anteriormente, foram corrigidas e avaliar o impacto das ações de auditoria.

A dificuldade na obtenção de dados foi apontada como “nó crítico”¹⁹ em uma aula de planejamento estratégico do curso de especialização em auditoria na ESP/MG, a ser solucionado para melhorar a resolutividade do SAA. Segundo os auditores:

- “Não são analisados relatórios anteriores para comparação.”
- “A fase analítica, quando realizada, não tem a importância que deveria ter.”
- “Não existe realização sistemática de auditoria analítica.”

Para os auditores do DENASUS, os técnicos do SAA “não utilizam todos os relatórios de saída do sistema de informação do SUS”, uma vez que “não há familiaridade dos auditores com os sistemas de informação”.

¹⁸ As auditorias realizadas no SAA/SUS/MG são compostas de duas fases: fase analítica e fase operativa. Na fase analítica, como o próprio nome indica, faz-se uma análise do objeto de auditoria por meio de consulta a informações sobre o mesmo. A fase operativa ou *in loco* se dá no ambiente auditado e permite verificar pontos levantados na fase analítica.

¹⁹ Nó crítico é um tipo de causa do problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Por outro lado, informações relacionadas às atividades realizadas e por realizar e informações sobre o desempenho do corpo de auditores não estão armazenadas, em sua totalidade, em bancos de dados sistematizados com vistas a gerar informações para controle e avaliação das mesmas. Os programas de informática utilizados para: registro das demandas a serem cumpridas pelo serviço, das auditorias realizadas e das auditorias em andamento não permitem a extração de relatórios detalhados e conclusivos, dificultando o acompanhamento das demandas encaminhadas pela GAA aos NAA. Atualmente, não é possível precisar a quantidade e a situação dos processos de auditoria em tramitação no SAA. Um dos motivos pelo qual isso ocorre é que somente um, dos três programas utilizados pelo nível central, é utilizado pelos NAA das GRS, sendo que este programa não permite a visualização de informações mais detalhadas.

Os auditores do DENASUS constataram que “o relatório de atividades realizadas é vago...” e “os relatórios de serviços produzidos pelas regionais também não têm um padrão que facilite sua consolidação”.

Quanto às informações produzidas a partir das atividades realizadas, não existe uma rotina para o encaminhamento das mesmas: os relatórios de auditoria são encaminhados, na maioria das vezes, somente ao demandante da auditoria. Além do mais, não é feito um consolidado dessas informações, deixando assim, de elaborar relatórios gerenciais importantes para a avaliação do SUS.

Durante o procedimento de coletas de dados, verificou-se que 19,3% dos processos arquivados como sendo auditorias realizadas pelo SAA, no período de um ano, foram arquivados equivocadamente. Esse fato demonstra a falta de eficiência no arquivo desse serviço.

4.2.7. Manuais de normas e rotinas e roteiros de auditoria

Os manuais de normas e rotinas são imprescindíveis ao bom funcionamento de

um serviço, pois constituem excelentes fontes de informações e disseminação de conhecimentos, sendo passíveis de serem consultados para dirimir dúvidas quanto à execução de alguma ação. Para cumprir sua função de nortear o funcionamento do serviço, esses instrumentos devem ser elaborados com descrições claras e objetivas e atualizados periodicamente. Além disso, os usuários desse instrumento devem dele se apropriar e adotá-lo como guia de suas atividades.

Foi constatada a existência desses documentos, bem como de roteiros de auditoria, elaborados pelo próprio SAA ou pelo componente federal do SNA. Entretanto, verifica-se que alguns desses instrumentos não são satisfatórios por estarem desatualizados ou precisarem ser adaptados para o componente estadual. Além do mais, os técnicos do serviço ou não os conhecem ou não se empenham em segui-los, optando pelo uso de normas e rotinas informais. Segundo o DENASUS, “existem manuais e roteiros diversos, mas há problemas em sua utilização sistemática”.

As seguintes falas que responderam ao questionário da pesquisa ilustram essa realidade:

- “Inexistência de padrões claros para as diversas atuações.”
- (Falta de) “Padronização de conduta nos vários tipos de auditoria.”
- “Desconhecimento de como proceder a auditoria, de como elaborar o relatório, de como colher depoimentos.”
- “Os processos são montados indevidamente.”
- “Os relatórios, freqüentemente, não são elaborados dentro dos padrões.”
- “Não existem roteiros.”
- “Roteiros inadequados.”

Com relação aos roteiros de auditoria, especificamente, o componente federal do SNA possui um programa de auditoria informatizado, o SISAUD, que consiste no plano de trabalho prevendo os procedimentos que deverão ser aplicados

para que se possa alcançar o resultado desejado. O referido programa contém a seleção dos itens que deverão ser examinados em cada situação, fundamentado em métodos próprios da auditoria e é usado em substituição aos tradicionais roteiros de auditoria. No entanto, esse programa não foi disponibilizado para uso de todos os componentes estaduais do SNA.

4.2.8 Quadro técnico

Para formar o quadro de recursos humanos do SAA, foram designados, para a função de auditores, funcionários do Ministério da Saúde e de municípios, disponibilizados para a SES/MG, e funcionários da SES lotados em setores diversos.

De acordo com o regulamento desse sistema, para ser designado Auditor Assistencial, o servidor deverá “ser profissional da área de saúde e não ser proprietário, sócioquotista, administrador e dirigente de entidade que preste serviços assistenciais ao SUS, e não ter, nessas condições, parente na pessoa de pai, mãe, irmão, filho e cônjuge” (Minas Gerais, 1997).

Além desses requisitos, o decreto que instituiu o serviço de auditoria do SUS na SES/MG prevê que: “é vedado ao servidor designado para as funções de auditoria auditar ou fiscalizar entidade onde preste serviços na qualidade de autônomo ou empregado” (Minas Gerais, 1994).

Na lista de funcionários fornecida pelo setor de recursos humanos da SES/MG, consta que o SAA possui, atualmente, 147 profissionais designados para a função de auditor, lotados na unidade central (GAA) e nas unidades regionais (NAA) das GRS. Porém, essa lista não especifica a categoria profissional desses auditores e, além disso, foi constatada, pela autora desse estudo, a ausência de nomes de alguns técnicos que estão designados para a função de auditor do SAA e a presença de nomes de técnicos que não estão mais em atividade no serviço. Esse fato dificulta o gerenciamento do serviço, uma vez que a inexistência dessa informação prejudica a programação das atividades a serem desenvolvidas.

Unidade do SAA	Nº de auditores
GAA / SES	40
GRS / Alfenas	03
GRS / Barbacena	03
GRS / BH	09
GRS / Coronel Fabriciano	02
GRS / Diamantina	01
GRS / Divinópolis	06
GRS / Governador Valadares	03
GRS / Itabira	05
GRS / Ituiutaba	02
GRS / Januária	00
GRS / Juiz de Fora	07
GRS / Leopoldina	01
GRS / Manhumirim	01
GRS / Montes Claros	08
GRS / Passos	01
GRS / Patos de Minas	04
GRS / Pedra Azul	02
GRS / Pirapora	00
GRS / Pouso Alegre	07
GRS / Ponte Nova	00
GRS / São João Del Rey	07
GRS / Sete Lagoas	03
GRS / Teófilo Otoni	04
GRS / Ubá	07
GRS / Uberaba	06
GRS / Uberlândia	05
GRS / Unai	03
GRS / Varginha	07
Total	147

Fonte: GAA/SES/MG (2006)

Quadro 2 - Número de auditores estaduais por unidade do SAA em dez/2006

Esses profissionais possuem vínculos empregatícios com várias instituições e têm diferentes regimes de trabalho. Diferenças também existem quanto ao salário e à carga horária. Além do mais, muitos profissionais designados como auditores desempenham outras atividades nas GRS.

A distribuição, por número e categoria profissional, dos auditores nos núcleos de auditoria não obedece a nenhum critério específico: em algumas unidades existem muitos técnicos da mesma categoria profissional e nenhum de outras categorias. Além dos NAA que não estão em funcionamento por falta de auditores²⁰, existem outros funcionando precariamente sem equipe mínima²¹ para realização de auditorias. De modo geral, a força de trabalho do SAA é insuficiente frente à grande demanda existente para o setor.

Segundo o relatório de auditoria do DENASUS, em outubro de 2004, o SAA contava com 193 auditores distribuídos pelos 26 componentes regionais. Nessa época, já existiam dois NAA que não estavam em atividade por falta de funcionários. Foi constatado pelos técnicos do DENASUS que a maioria dos auditores estava designada formalmente para a função, mas não na totalidade. Foram apresentadas aos auditores, que realizaram a auditoria, as informações sobre o quadro técnico constantes no quadro a seguir.

²⁰ Na lista de auditores do SAA, fornecida pelo setor de recursos humanos da SES/MG, consta o NAA da GRS de Ponte Nova sem nenhum técnico, no entanto é de conhecimento da pesquisadora a existência de três auditores neste núcleo.

²¹ Considera-se, informalmente pelo serviço, que uma equipe mínima de auditoria deve ser formada pelos profissionais: médico, enfermeira e odontólogo.

Unidade	Enfermeiro	Médico	Odontólogo	Contábil	Outros*	Total
GAA/SES	09	13	11	03	03	39
GRS/Alfenas	01	03	01	01	00	06
GRS/Barbacena	00	03	01	02	00	06
GRS/BH	02	04	03	01	00	10
GRS/Cel. Fab.	00	02	01	02	00	05
GRS/Diamantina	00	01	01	01	00	03
GRS/Divinópolis	01	05	02	00	00	08
GRS/Gov.	02	01	01	01	00	05
GRS /Itabira	00	04	01	00	00	05
GRS /Ituitaba	00	01	00	01	00	02
GRS/Januária**	00	00	00	00	00	00
GRS/J. de Fora	02	05	01	03	00	11
GRS/Leopoldina	00	03	01	00	00	04
GRS/Manhumirim	00	00	01	02	00	03
GRS/M. Claros	00	08	01	01	00	10
GRS/Passos	01	00	00	00	00	01
GRS/P. de Minas	01	03	00	01	00	05
GRS/Pedra Azul	00	00	02	01	00	03
GRS/Pirapora**	00	00	00	00	00	00
GRS/P. Alegre	00	04	00	02	03	09
GRS/P. Nova	00	01	00	02	00	03
GRS/S. J.D. Rey	01	04	01	02	00	08
GRS/S. Lagoas	01	03	02	02	01	09
GRS/T. Otoni	00	04	01	01	00	06
GRS/Ubá	01	05	02	02	00	10
GRS/Uberaba	00	03	02	01	00	06
GRS/Uberlândia	00	02	02	00	00	04
GRS/Unai	00	01	00	00	00	01
GRS /Varginha	01	05	03	02	00	11
Total	23	88	41	34	07	193

Legenda: (*) advogado/psicólogo/farmacêutico

(**) não está em atividade

Fonte: Relatório de auditoria do DENASUS Nº 1655, adaptado pela autora do estudo.

Quadro 3 - Número de auditores por unidade, segundo categoria profissional em out/2004

A formação de um quadro técnico com perfil, competência e habilidades adequadas à função de auditoria, foi e continua sendo bastante complexa. A capacitação específica para a função de auditor do SUS não é comum²² e a deficiência dos manuais do SAA dificultam o treinamento em serviço.

Segundo Rodrigues *et al* (2006, p.16),

Não havia critérios específicos para ingresso no Sistema, nem treinamento introdutório para o desenvolvimento das ações de auditoria. Os servidores que passavam a integrar o Sistema eram designados oficialmente para a função de auditor pelo Secretário Estadual de Saúde e treinados em serviço pelos colegas. Não havia nenhuma política específica para a formação desse quadro funcional que se tornou heterogêneo e, na verdade, apesar dos avanços esta ainda é a situação até hoje.

O corpo de auditores vem sendo alterado a todo o momento devido às aposentadorias e transferências para outros setores do SUS. A grande rotatividade de funcionários é atribuída à falta de uma política de Recursos Humanos condizente com a função de auditor e todas as implicações características da atividade de auditoria. Aliado a isso, para atender aos pré-requisitos necessários à designação para a função de auditor do SAA, o profissional deverá restringir seus vínculos com o SUS e, se levar em consideração que as entidades a serem auditadas estão em todo o estado, deverá ter disponibilidade para o exercício da função devido aos deslocamentos para outras localidades.

Novos funcionários são designados para a função de auditor, no entanto, o ingresso desses profissionais no SAA se dá nos mesmos moldes iniciais.

A criação do cargo de Auditor e de Fiscal do SUS em Minas Gerais foi prevista para acontecer no prazo de sessenta dias após a

²² O primeiro e único curso de especialização em auditoria no SUS foi ministrado pela Escola de Saúde de Minas Gerais – ESP/MG e foi concluído em junho/2006 (Informações da ESP/MG).

edição do Decreto n. 36.629/94. Tal fato não ocorreu, e a criação desse cargo está descartada pelos atuais gestores da SES. Em vez disso, foi criada a função de autoridade sanitária²³ para a qual os auditores deverão ser designados, após processo seletivo. Este processo seletivo ainda está sendo estudado e não foi definida data exata para acontecer.

Recentemente, a SES/MG realizou concurso para contratação de profissionais de nível superior. Entre os aprovados, dez profissionais se encontram lotados na GAA. Esses profissionais têm carga horária de quarenta horas semanais, contudo, os salários continuam a ser apontados como insuficientes.

A inexistência do cargo de auditor, com salários condizentes com a complexidade da função foi também um dos oito nós críticos escolhidos para serem enfrentados para solucionar o problema “Baixa resolutividade da auditoria da SES/MG”. “Criação do cargo de auditor e remuneração compatível”, “Reconhecimento do cargo de auditor com valorização do mesmo” e “Valorização da Carreira”, são medidas apontadas, pelos auditores que responderam ao questionário da pesquisa, como necessárias para melhorar o desempenho do serviço. Convém salientar que os questionários continham vinte e três citações relacionadas a plano de cargo, carreira e salário, que não foram aqui descritas em sua totalidade por terem a mesma conotação.

Para auditar um sistema tão complexo quanto o SUS, é imprescindível que se tenha domínio das normas e legislação que o regulamentam, conhecimentos técnicos específicos de cada categoria profissional, treinamento em técnicas de auditoria, além

²³ Autoridade Sanitária: Agente Público ou o servidor legalmente empossado a quem é conferido as prerrogativas e os direitos do cargo, da função ou do mandato para o exercício das ações de vigilância à saúde, no âmbito de sua competência.

de perfil para a função de auditor. A necessidade de capacitação foi mencionada em respostas de onze (42,3%) dos vinte e seis auditores que responderam ao instrumento de coleta de dados. “Falta de preparo técnico dos auditores”, “Capacitação (falta de) dos profissionais auditores e auxiliares” e “Treinamentos (falta de) para auditores”, foram apontados como fatores dificultadores ao desenvolvimento do trabalho de auditoria.

Foi organizado pela SES/MG, em parceria com a Escola de Saúde de Minas Gerais, um curso de especialização em Auditoria de Sistemas de Saúde que terminou em agosto de 2006; no entanto, alguns auditores que participaram do curso não se encontram mais em atividade no SAA, devido a transferências para outros setores ou retorno ao órgão de origem.

Além das citações relacionadas ao cargo, à carreira, ao salário e à capacitação, os auditores listaram os seguintes problemas referentes ao quadro técnico:

- “Não cumprimento da carga horária prevista para as ações.”
- “Salários diferenciados para as mesmas atribuições.”
- “Necessidade de dedicação exclusiva.”
- “Cumprimento (não) da carga horária por todos os auditores.”
- “Disponibilidade e comprometimento dos profissionais (falta de).”

O quadro técnico do SAA foi bastante citado pelos auditores ao serem indagados por meio do questionário sobre quais os principais problemas, cujas soluções, permitiria ao SAA melhorar seu desempenho. Vinte e seis participantes da pesquisa enumeraram problemas, perfazendo um total de setenta e três respostas. Desse universo, vinte e dois auditores (84,6%) citaram algum problema relacionado com o quadro técnico, totalizando trinta e oito (52%) respostas. Vinte e três citações (60,5%) referiam-se a plano de cargo, carreira e salário. Onze citações relacionadas à capacitação (15%).

Quatro citações (5,5%) relacionadas à falta de comprometimento ou disponibilidade do auditor.

4.2.8.1 A inserção do médico veterinário na equipe de auditoria do SUS

Um dos objetivos específicos deste estudo é refletir sobre a possibilidade e potencialidade da participação do profissional médico veterinário na equipe de auditoria. Foi utilizada para cumprir esse objetivo, a estratégia de conhecer a opinião dos auditores do SAA.

A inserção desse objetivo neste estudo é devido à estranheza da pesquisadora quanto a não existência do profissional médico veterinário no quadro técnico do SAA, mesmo não existindo nenhum impedimento legal para que isso ocorra.

De acordo com a legislação, esse sistema deve auditar o SUS, logo deve avaliar todas as ações de saúde, bem como a organização dos setores responsáveis pela sua execução. Entre as diversas ações a serem desenvolvidas pelo SUS, estão algumas específicas da área da medicina veterinária e outras, como a gestão do sistema, que não requerem conhecimento específico de nenhuma categoria profissional. É muito comum, ao auditar os sistemas municipais de saúde, encontrar veterinários responsáveis por áreas ou programas do SUS. No entanto, são auditores com outra formação profissional que estão avaliando essas áreas ou programas.

Segundo os auditores que responderam ao questionário do estudo, a participação do médico veterinário na equipe de auditoria é:

- **muito necessária**, para dois auditores (8,33%);
- **pouco necessária**, para onze auditores (42,3%);
- **nada necessária**, para também onze auditores (42,3%).

De acordo com a resposta de um auditor, a participação do médico veterinário na

equipe de auditoria é **muito necessária** para: "... auditar programas (dengue, leishmaniose e outros) quanto à qualidade, aos resultados".

Outro auditor acredita que a participação do médico veterinário na equipe de auditoria é **muito necessária**, pois "... na área da epidemiologia seria muito bom para troca de experiências".

Os auditores que afirmaram que a participação do médico veterinário na equipe de auditoria é **pouco necessária** acreditam que este profissional está mais vinculado às áreas de vigilância sanitária e epidemiologia e demonstraram isto pelas seguintes falas:

- "Esta categoria seria mais bem aproveitada nas atividades de vigilância sanitária."
- "O médico veterinário cabe bem na vigilância sanitária."
- "O médico veterinário será mais útil no planejamento junto à epidemiologia, para as doenças infecciosas."
- Vários auditores que responderam ao questionário da pesquisa não associam o médico veterinário à saúde humana. As seguintes falas comprovam este fato:
 - "Acho que o médico veterinário não tem muito a ver com auditoria do SUS."
 - "Não existem ações voltadas para o desempenho profissional do médico veterinário."
 - "Vejo pouca relação em um plano de saúde pública e a atuação de médico veterinário."
 - "A auditoria trabalha com o SUS, que atende o homem, o veterinário deve fazer parte da equipe de vigilância sanitária."

Vinte e dois auditores (84,6%) consideram a participação do médico veterinário na equipe de auditoria **pouco necessária** ou **nada necessária**. No entanto, como os próprios auditores ponderaram, fazer parte da equipe de auditoria "depende muito mais da capacitação do profissional do que ser

médico veterinário. A auditoria envolve aspectos legais que independem muitas vezes da profissão", logo, "como profissional de nível superior, como outro profissional da área sanitária, (o médico veterinário) poderia compor equipe".

De acordo com Pfuetzenreiter *et al* (2004), "a saúde pública é a segunda área da prática veterinária voltada para as populações", podendo, os médicos veterinários, desempenhar, dentro dessa área, atividades para as quais estes profissionais têm uma qualificação única e atividades que podem ser desempenhadas igualmente pelos veterinários, pelos médicos e pelos demais profissionais do setor.

Além das atividades específicas de sua profissão, o médico veterinário, pela sua ampla formação básica, está capacitado para desenvolver inúmeras funções na saúde pública que são comuns às outras categorias profissionais, como: a) epidemiologia em geral; b) laboratório de saúde pública; c) produção e controle de produtos biológicos; d) proteção dos alimentos; e) avaliação e controle de medicamentos; f) saneamento ambiental; g) pesquisa de saúde pública; h) administração, planejamento e coordenação de programas de saúde pública (Pfuetzenreiter *et al*, 2004).

As falas: "atualmente não temos demanda para esse profissional", "a atuação do médico veterinário é restrita", "até o momento não existe demanda que necessite de parecer do médico veterinário especificamente", expressam a opinião de profissionais de nível superior que, presumivelmente, têm conhecimento de saúde pública. Ao desvincularem o veterinário da saúde humana, fica demonstrado o pouco conhecimento da área de atuação do médico veterinário e a tendência predominante na sociedade brasileira de ver o SUS como um sistema que se dedica exclusivamente à assistência direta ao ser humano.

4.2.9 Recursos físicos

A carência e precariedade dos recursos físicos foram apontadas como dificultadores para o desempenho das atividades de auditoria. Até março de 2006, a unidade central do SAA funcionava em um espaço físico insuficiente e inadequado na Avenida Afonso Pena e não dispunha de recursos e equipamentos necessários. O acesso aos bancos de dados dos sistemas de informações era muito limitado por falta de computadores e acesso à Internet. Essa situação melhorou muito com a mudança para outro endereço e com a disponibilização de vários computadores. Quanto ao espaço físico, apesar de ter havido uma melhora substancial, ainda é inadequado em tamanho e em condições de silêncio para uma atividade que exige muita concentração.

A situação da unidade central do SAA melhorou, mas os mesmos problemas que essa unidade enfrentava persistem em muitos núcleos de auditorias das gerências regionais. Em resposta ao questionário da pesquisa, os auditores relatam: "Recursos materiais escassos e ineficientes em alguns itens (equipamentos de informática, telefone, material de escritório); falta de apoio logístico" e "falta de disponibilidade de recursos físicos e equipamentos (existência de apoio administrativo, disponibilidade/ utilização de recursos de informática)".

Um grande problema enfrentado por todo SAA é a indisponibilidade de veículos para o deslocamento dos auditores. É muito freqüente o cancelamento de auditorias por falta de transporte.

4.3 Processo

4.3.1 Auditorias realizadas

Para descrever e avaliar as atividades do SAA foram usados dados coletados por meio de consulta a processos de auditorias realizadas pelo serviço.

No período estudado, de outubro de 2004 a setembro de 2005, o SAA arquivou um total

de 628 processos como sendo de auditorias realizadas por esse sistema. Foi consultada uma amostra composta de 202 processos²⁴. Desses 202 processos, 39 (19,3%) foram arquivados equivocadamente, pois não tratavam de auditorias realizadas pelo SAA. Na realidade, referiam-se a: 05 relatórios de auditorias realizados pelo DENASUS e encaminhados ao SAA; 14 processos de auditorias realizadas por componentes municipais do SNA e 20 processos não tratavam de processos de auditoria e, sim, de encaminhamentos diversos (solicitação de parecer técnico, comunicados diversos, diagnósticos realizados nas GRS, entre outros).

O tempo médio gasto, em dias civis, para a realização das auditorias, foram os seguintes:

- tempo médio transcorrido entre a data do fator desencadeante e a data do arquivamento do processo = 902 dias civis;
- tempo médio transcorrido entre a data da entrada do fator desencadeante no SAA e a data do arquivamento do processo = 780 dias civis;
- tempo médio transcorrido entre a data do fator desencadeante e a data da realização da auditoria = 306 dias civis;
- tempo médio transcorrido entre a data da entrada do fator desencadeante no SAA e a data da realização da auditoria = 184 dias civis;
- tempo médio transcorrido entre a data da realização da auditoria e a data do arquivamento do processo = 596 dias civis;
- tempo médio transcorrido entre a data do fator desencadeante e a data de entrada do mesmo no SAA = 122 dias civis;

Não foi encontrado, no serviço, parâmetro de tempo necessário para realização de auditorias. Esse fato pode ser explicado pela existência de vários tipos de auditoria, sendo que o tempo gasto para realização

²⁴ Cabe salientar que muitos dos processos arquivados nesse período foram iniciados em anos anteriores, recebendo várias tramitações até o seu arquivamento.

das mesmas pode variar em função da sua complexidade e dos recursos físicos e humanos disponíveis para realização do trabalho.

No Tribunal de Contas da União (TCU) o trabalho de auditoria é realizado, normalmente, em dez semanas, distribuídas da seguinte forma: cinco semanas para o planejamento; duas semanas para a execução e três semanas para o relatório da equipe (Noronha, 2003).

Apesar da ausência de parâmetro para avaliação, o tempo médio transcorrido entre a data do fator desencadeante e a data da realização da auditoria (306 dias civis) e o tempo médio transcorrido entre a data do fator desencadeante e o arquivamento do processo (902 dias civis) pode ser considerado muito longo, uma vez que um dos atributos do trabalho de auditoria é a tempestividade, ou seja, responder à demanda em tempo oportuno, permitindo a tomada de providências para solução dos problemas. A ausência desse atributo interfere negativamente na resolutividade do serviço. Muitos são os casos nos quais os encaminhamentos contidos nos relatórios de auditorias do SAA não podem mais ser viabilizados devido ao tempo transcorrido. Casos também existem, nos quais a realização de auditoria não mais se justifica devido à prescrição do tempo para atuação. Além do mais, como se gasta muito tempo por auditoria, as demandas por novas auditorias se acumulam.

Cabe ressaltar que os valores citados são de tempo médio, tendo sido encontrados valores com grande variação. Para se ter uma idéia, o tempo transcorrido entre a data do fator desencadeante e a data do arquivamento do processo, e o tempo transcorrido entre a data da entrada do fator desencadeante no SAA e a data do arquivamento do processo variaram de 111 a 2365 e de 82 a 2351 dias civis, respectivamente²⁵.

Atualmente, o SAA realiza os seguintes tipos de auditoria:

- Auditorias de Sistemas Municipais de Saúde dos municípios do Estado de Minas Gerais.
- Auditorias de Serviços de Saúde.
- Auditorias desencadeadas por denúncias de Usuários.
- Auditorias desencadeadas por demanda externas como: Ministério Público, Poder Legislativo, Conselhos de Saúde, Tribunais de Conta, entre outros.

Apesar de constar em regulamento que o SAA tem como objetivo antecipar-se ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes, observa-se a grande predominância de auditorias especiais ou extraordinárias realizadas em atendimento a demandas externas, para verificar indícios de irregularidades ou apurar denúncias. No período de outubro de 2004 a setembro de 2005, segundo amostra de processos de auditorias consultados, o SAA realizou 24% de auditorias programadas e 76% de auditorias especiais ou extraordinárias. Do total de auditorias especiais realizadas, 92% se referem a auditorias desencadeadas por denúncias de usuários. Essas denúncias, na sua grande maioria, são recebidas pelo Ministério da Saúde e repassadas ao SAA para apuração. "Demandas externas quase sempre impedem a execução do planejado", "necessidade de responder a demandas 'novas' e 'urgentes', e, "existe uma tentativa de planejamento que raramente é cumprida, principalmente devido às denúncias", são explicações elencadas pelos auditores que participaram da pesquisa para o pequeno percentual de auditorias programadas.

Ao realizar um percentual tão baixo de auditorias programadas, o SAA deixa de agir de forma pró-ativa. Realizar auditorias programadas que constassem em um planejamento baseado em critérios para selecionar prioridades para realização de auditorias permitiria direcionar estrategicamente os recursos envolvidos na execução dessas ações, fazendo com que esse sistema atuasse de forma efetiva nos momentos e nos eventos de maior relevância para a sociedade.

²⁵ Foi computado o tempo até o arquivamento porque o processo só se encerra após ter sido arquivado.

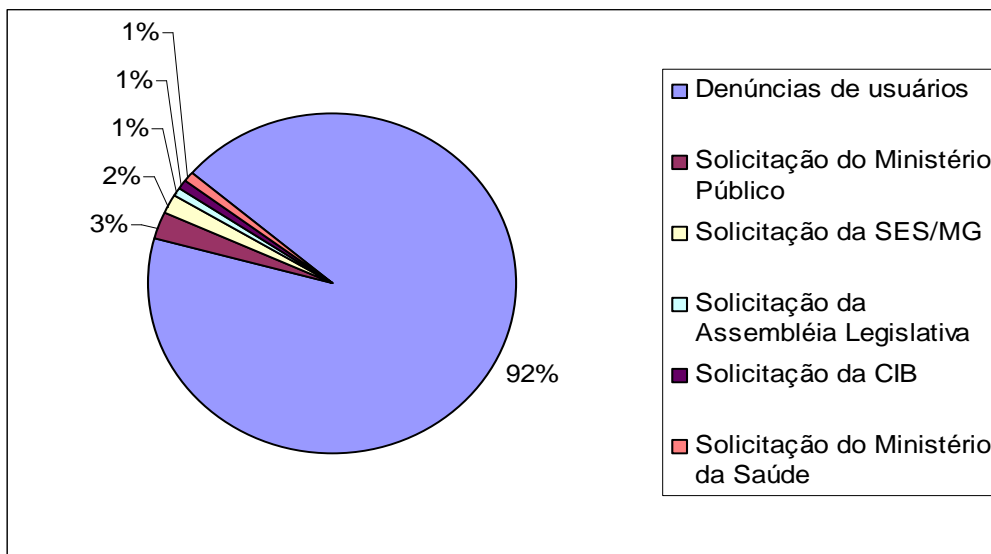


Gráfico 1 - Percentual de auditorias especiais arquivadas no período de outubro de 2004 a setembro de 2005, por fator desencadeante, Minas Gerais (2005)

Quando é feita uma análise do quantitativo de auditorias especiais realizadas pelo SAA, observa-se que o percentual de auditorias desencadeadas por denúncias se aproxima da totalidade. Esse é um dado bastante significativo e que deve ser explorado para avaliar a atuação desse serviço. A apuração de denúncias é atribuição do SAA, prevista em legislação, e se constitui um valioso instrumento de avaliação da qualidade da atenção. No entanto, é preciso ressaltar a necessidade de avaliar o processo que envolve a recepção, apuração e encaminhamento dado a essas “denúncias”. Muitas demandas catalogadas como denúncias não se configuram como tal. Há de se fazer uma distinção entre denúncia, reclamação e solicitação. Alves JR (2002, p. 21), traz as seguintes classificações para as manifestações apresentadas pelos usuários:

Reclamação - são queixas, manifestações de desagrado ou protesto.

Denúncia - é mais grave do que uma reclamação; é delatar um fato de caráter ético, ilícito, sigiloso ou de risco coletivo.

Sugestão - proposta de mudanças, alterações de procedimentos submetidos à apreciação da instituição.

Elogio - reconhecimento ou demonstração de satisfação para com o serviço recebido.

Informação - fornecimento de dados sobre um serviço ou prestador de serviço.

É comum o usuário, ao ter dificuldade de acesso às ações e serviços do SUS, relatar esta dificuldade e, ao mesmo tempo, solicitar atendimento. No período estudado, 25,2% das “denúncias” apuradas pelo SAA se tratavam especificamente desse caso. Também acontece, com bastante frequência, “denúncias” de problemas no funcionamento do serviço, por exemplo, não cumprimento de horário por profissionais do SUS. Esses tipos de demandas não exigem a realização de auditorias, bastaria que o serviço gerenciasse o encaminhamento da demanda do usuário e solicitasse a resposta para a área responsável, nos prazos estipulados. A resposta obtida seria avaliada para, em seguida, ser repassada ao usuário.

No Estado de Santa Catarina, a maior parte dessas demandas são objetos de trabalho do serviço de ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde, que dá soluções mais rápidas para as questões que não exigem a realização de uma auditoria, com todos os custos que isso implica. Quando se faz necessário, os serviços de auditoria, sejam municipais ou estaduais, são acionados (Alves Jr 2002). Em Minas Gerais, o serviço de ouvidoria da SES ainda não está em funcionamento, ficando o SAA responsável por responder as manifestações dos usuários, acarretando uma sobrecarga ao serviço.

Outros pontos a serem verificados são:

- qual o impacto gerado com a realização desse tipo de auditoria?
- as apurações de denúncias levam à correção e à não-reincidência das distorções denunciadas?
- o serviço emite relatórios, a serem enviados aos gestores do SUS, com as principais denúncias formuladas pelos usuários?

Segundo os auditores que responderam ao questionário da pesquisa, “as auditorias de denúncia são pouco resolutivas por retratar questões isoladas e quando resolvem alguma coisa é só naquele momento”. Isto pode ser comprovado pela persistência de denúncias de mesmo teor. Das 107 auditorias realizadas para apurar denúncias de usuários, ao longo do ano estudado, 45 (42%) tratavam de denúncias de cobrança indevida a usuários do SUS e 27 (25,2%) tratavam de denúncias de dificuldade de acesso a ações e serviços do SUS. Outro dado relevante refere-se ao percentual de denúncias confirmadas. No caso das denúncias de cobrança indevida a usuários do SUS, somente 26,7% foram confirmadas. A não confirmação ocorre devido à não sustentação da denúncia pelo denunciado ou pela ausência de comprovantes da distorção.

Um grande dificultador para a apuração das denúncias e a solução do problema

denunciado é o tempo transcorrido entre o fato denunciado e a realização da auditoria. O tempo médio transcorrido entre a data do fator desencadeante e a data da realização da auditoria (306 dias civis) dificulta em muito o acesso aos fatos relacionados com as denúncias ou aplicação de medidas corretivas. Em muitos casos, os envolvidos na denúncia não são encontrados, sendo comum o gestor denunciado não estar mais respondendo pelo sistema municipal de saúde.

Foi constatada a falta de controle sobre o quantitativo de denúncias apuradas e por apurar. O serviço não dispõe de um sistema de informação que gerencie as demandas desencadeadas por denúncias de usuários e que possibilite o controle dos prazos para apuração e encaminhamentos, bem como o armazenamento de dados com o histórico das denúncias que envolvem cada instituição auditada. Sendo assim, não é possível a elaboração de relatórios e gráficos gerenciais com informações sobre o funcionamento de cada instituição, por meio dos quais fosse possível verificar, por exemplo, em quais unidades, departamentos, setores da entidade que existe maior frequência de reclamações; quais os assuntos mais frequentes de manifestações; quais as providências tomadas pelo serviço para corrigir e prevenir a reincidência das distorções detectadas, entre outros.

A auditoria de Gestão sobre Sistemas Municipais de Saúde é instrumento fundamental para o acompanhamento e avaliação de um sistema, em suas dimensões: prevenção, promoção, assistência e controle social (Curso, 2006). Na opinião 84,6% dos auditores que responderam ao questionário de pesquisa, as auditorias programadas de sistemas municipais de saúde deveriam ser priorizadas pelo SAA, pois “um SMS (Sistema Municipal de Saúde) visitado e auditado pelo menos uma vez ao ano, tem menos chance de errar. Com menos erros,

terá menos denúncias, menos distorções e conseqüente melhora do atendimento ao usuário”, “quando os sistemas municipais funcionam bem, não existe denúncia ou demanda externa”, pois “a qualidade da atenção depende primeiro da organização dos sistemas municipais de saúde”. Pela sua abrangência, a auditoria de gestão sobre sistemas de saúde tem um grande potencial como instrumento de apoio e desenvolvimento à gestão do SUS (curso,

2006). Sendo assim, este tipo de auditoria deveria ser o mais executado pelo SAA. No entanto não é esta a constatação: verifica-se um grande percentual de auditorias de serviço, principalmente de serviços de odontologia. Esse fato deve ser avaliado, uma vez que é recomendada pela gerência do SAA, que esses serviços sejam auditados quando da realização de auditorias de sistema.

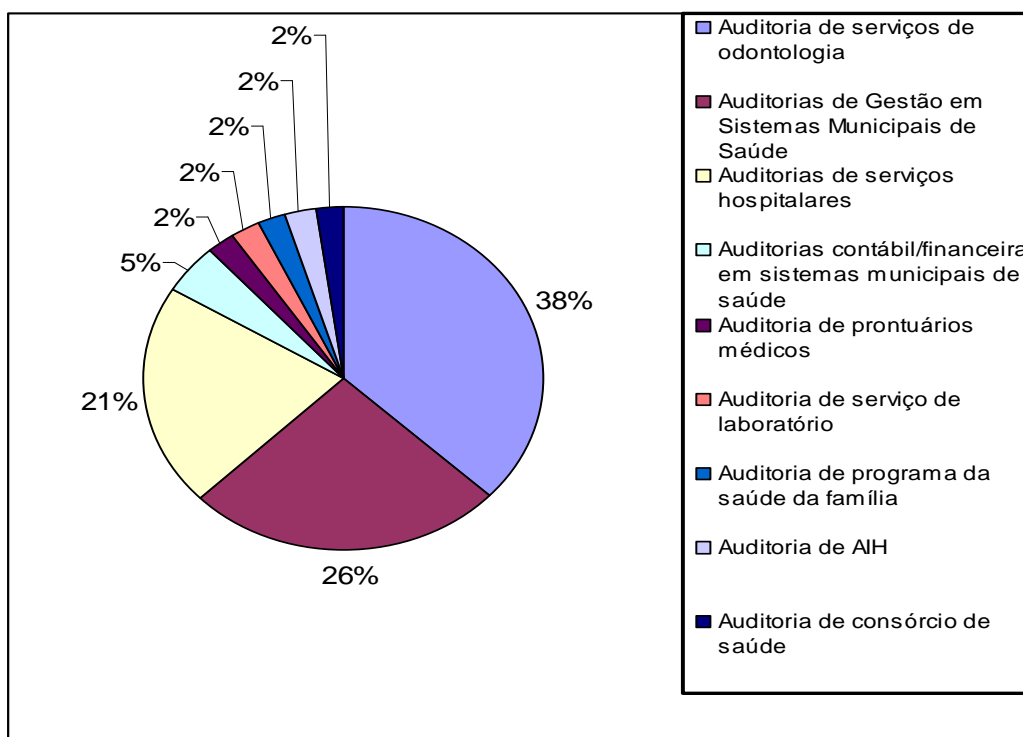


Gráfico 2 - Percentual de auditorias programadas arquivadas pelo SAA no período de outubro de 2004 a setembro de 2005, por tipo de auditoria, Minas Gerais (2005)

Não está prevista em normas do SAA a realização de auditorias clínicas; no entanto, está em fase final a elaboração das linhas-guias para a atenção a saúde pela SES/MG. Esse procedimento faz parte do projeto de gestão da clínica²⁶ que está sendo

trabalhado por consultores da SES/MG e que tem como um dos pilares a auditoria clínica.

As falas “o planejamento anual de atividades não é cumprido porque fica mais no papel e as auditorias durante o ano ficam mais por conta do apaga fogo” e “não se cumpre, não atinge metas – geralmente surgem ‘emergências’ – apaga incêndio, que são colocadas como prioridades” resumem bem a forma como são desenvolvidas as atividades do SAA.

²⁶ Gestão da Clínica “é a aplicação de tecnologia de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde (Mendes, 2004)”.

4.3.2 Avaliação da satisfação do usuário

A avaliação da satisfação do usuário, quanto à acessibilidade, resolubilidade e qualidade dos serviços, é um potente instrumento de verificação da qualidade da atenção à saúde, e está prevista na Portaria n. 423/02 (Brasil, 2002b). No entanto, foi constatado que o SAA não tem métodos e instrumentos sistematizados para avaliar o grau de satisfação dos usuários, durante a realização das auditorias. Na fala dos auditores que responderam ao questionário do estudo, “Quase nunca é incluída na auditoria, a avaliação da satisfação do usuário, por falta de tempo e por falta de interesse”, “não faz pesquisa qualitativa de maneira criteriosa e sistemática”, “somente em algumas auditorias de SMS”.

Algumas exceções foram listadas nos questionários da pesquisa. “Só avalia através do “Disque-denúncia” ou carta ao usuário do SUS” e “quando da realização de auditoria de sistema algumas vezes são feitas pesquisas de satisfação com usuários. Outra forma de avaliação é feita pelo PNASS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde) quando são realizadas entrevistas com percentual de usuários”. “Que eu saiba, avaliação de satisfação de usuários tem sido realizada somente pelo Ministério da Saúde (PNASS, carta usuário, SADE)”.

4.3.3 Acompanhamento das entidades auditadas / Implementação das recomendações feitas pelo SAA

As ações de acompanhamento das entidades auditadas (*Follow up*) estão previstas em manuais do serviço e prestam-se “a confirmar a efetividade das ações corretivas/saneadoras implementadas. Sem essas ações, a auditoria perde boa parte de sua efetividade” (Manual 1998). A “realização de auditoria de acompanhamento da institucionalização das recomendações...” com o objetivo de “registrar a implantação e a eficácia das ações corretivas tomadas” são recomendadas por Gil (2000). Mendes (2006), ao fazer referência ao ciclo de auditoria, afirma que o lado nobre do ciclo de auditoria é o “lado esquerdo” que

corresponde às ações de implementação e monitoramento da mudança.

O Tribunal de Contas da União adotou, a partir de 1998, a realização do monitoramento da entidade auditada, como última etapa do ciclo das auditorias de natureza operacional. Essa atividade consiste no acompanhamento da implementação das recomendações contidas no relatório de auditoria e tem como objetivo elevar a probabilidade de seu acatamento. A periodicidade desse monitoramento pode ser em três diferentes ocasiões: seis, doze e vinte e quatro meses após a apreciação do relatório de auditoria e está na dependência da disponibilidade de servidores e grau de implementação das recomendações detectadas em trabalhos anteriores. “O último relatório de monitoramento é denominado Relatório de Impacto pelo fato de registrar os benefícios quantitativos e qualitativos advindos da atuação do TCU sobre o programa”. No entanto, “a grande dificuldade dos relatórios de impacto tem sido mensurar as mudanças ocorridas nos programas, advindas unicamente, da intervenção do TCU” (Noronha, 2003).

Em repostas ao questionário da pesquisa, vinte e três auditores (88,5%) afirmaram não existir um acompanhamento sistemático das entidades auditadas para verificar se as recomendações feitas pelo SAA estão sendo seguidas. De acordo com estes auditores, “não como deveria ser. Às vezes, quando no NAA recebemos a cópia da notificação que a GAA enviou à entidade (gestor), retornamos ao município. Mas este retorno, normalmente, é realizado quando sobra um espaço entre as denúncias que não param de chegar”. “Não existe acompanhamento, não se efetiva nenhuma penalidade em caso de não correção das distorções”.

4.3.4 Relação do SAA e os outros componentes do SNA

Apesar de ter sido criado como um sistema, o SNA não atua como tal. Em grande parte dos estados, os serviços de auditoria ainda se encontram em processo de estruturação e, apesar de fazerem parte de um sistema,

não possuem a principal característica deste tipo de organização: interação e relação de interdependência. Segundo as falas do questionário do estudo, “falta maior entrosamento entre o nível federal e o estadual”. Está previsto na legislação referente ao SNA que o componente federal deve “estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria no âmbito do SUS” e “promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS” (Brasil, 2006b), no entanto, a fala de um auditor que respondeu ao questionário da pesquisa, “falta sintonia entre as instâncias e uma diretriz federal a ser seguida pelos estados e municípios...”, reflete bem a relação dos componentes do SNA.

O que se constata são os três componentes do SNA atuando de forma isolada, sem uma rotina de trabalho conjunto, às vezes com duplicidade de ações sobre o mesmo objeto. Não há, de forma sistemática, compartilhamento de informações geradas por meio da realização de auditorias. Na opinião dos auditores que participaram da pesquisa, “existe precária parceria entre os níveis”, que “não se comunicam para atuação de maneira integralizada”. Não existe espaço para discussão e elaboração de um planejamento de atividades e de instrumentos de trabalho, assim como não são criadas oportunidades para avaliar e discutir o desempenho do sistema como um todo. A “[...] atuação é isolada, falta interface, falta entrosamento...”. A construção dos instrumentos de trabalho ocorre de forma independente, levando à falta de padronização dos mesmos.

Com exceção de algumas interações ocasionais por meio de treinamentos esporádicos, ministrados pelo DENASUS, e de poucas auditorias conjuntas, o que se verifica entre o componente federal e o componente estadual do SNA em Minas Gerais é uma relação de autoridade, confirmada pela rotina de encaminhamento e cobrança do cumprimento de demandas.

Distanciamento equivalente ao observado entre o DENASUS e o SAA também é verificado, de forma mais acentuada, na

relação do componente estadual com os componentes municipais. Embora esteja previsto na legislação que o componente estadual do SNA deve examinar os instrumentos de controle, avaliação e auditoria dos municípios e assisti-los tecnicamente na organização dos setores que desempenham essas funções, não foram verificadas ações programadas com esse objetivo. Essa é uma atribuição que tem uma significativa razão de ser: uma significativa parte das irregularidades encontradas nos órgãos auditados está diretamente relacionada com o grau de organização e qualidade do serviço municipal de controle, avaliação e auditoria que é a quem compete, em primeira instância, o controle prévio e concomitante das ações e serviços estabelecidos no âmbito do município. Segundo o relatório de auditoria do DENASUS, o SAA não faz o “acompanhamento das auditorias realizadas pelos componentes municipais [...]”.

4.3.5 Relação do SAA e outros órgãos de controle

A atuação do SAA deveria se dar em conjunto com outros órgãos de controle²⁷. Está previsto em legislação que os órgãos de controle interno e externo, bem como o Ministério Público, sejam acionados por meio de relatórios específicos sempre que irregularidades sujeitas à apreciação desses órgãos forem detectadas, mas não é esta a rotina do serviço. O que se observa é a inexistência, exceto em raríssimas ocasiões, de encaminhamento de relatórios a esses setores. Na grande maioria das vezes, o que ocorre são esses órgãos acionando o SAA para realização de auditorias em casos de suspeitas de irregularidades ou denúncias.

O intercâmbio entre o SAA e os órgãos acima citados podem servir para aprimorar e potencializar as ações de auditoria. Além disso, esse relacionamento pode gerar cooperação técnica e trocas de informações que facilitarão a execução dos trabalhos de

²⁷ Tribunais de Conta, Ministério Público, Auditoria Geral do Estado, Controladoria Geral da União, Conselhos de Saúde, Conselhos de Classe, entre outros.

auditoria e evitar duplicidade de ações uma vez que existem áreas de atuação em comum.

No caso específico do encaminhamento dos relatórios de auditoria aos Conselhos de Saúde, esse procedimento é de suma importância, pois contribui para o fortalecimento do processo de controle social. No entanto, conforme observado pelos técnicos do DENASUS, em auditoria realizada no SAA, “a interação com o controle social é deficiente, visto só serem informados ao Conselho Estadual de Saúde, os casos por ele demandados”.

Outro setor com o qual o SAA deve manter constante comunicação é o serviço de ouvidoria do SUS no âmbito federal, uma vez que esse setor agrega todos os serviços de contato com os usuários existentes no Ministério da Saúde, como o serviço Disque Saúde (central de atendimento telefônico 0800) e o SAC SUS (Serviço de Atendimento ao Cidadão / Usuário do SUS). Por meio desse serviço, são recebidas denúncias de atos indevidos e omissões no âmbito da saúde, solicitações e opinião dos usuários do SUS. Essas demandas são repassadas ao SAA para as devidas providências. Como consequência desta forma de atuação, o serviço se transformou em uma grande fonte de demandas para o setor. Atualmente, 73,2% das auditorias realizadas pelo SAA são desencadeadas por denúncias de usuários, na sua grande maioria, postadas no serviço de ouvidoria. No entanto, existem demandas que são passíveis de serem resolvidas pelo próprio serviço de ouvidoria que as recebeu ou por serviços de ouvidoria nas esferas estaduais e municipais. Em Minas Gerais, o serviço de ouvidoria da SES está em fase de implantação e espera-se que, quando em funcionamento, absorva as demandas que lhe cabe. De qualquer forma, um serviço de ouvidoria deve ser visto, por todos os componentes do SNA, como uma importante fonte de informações para se avaliar o sistema de saúde brasileiro.

O trabalho em conjunto com a Vigilância Sanitária e a Epidemiologia precisa ser priorizado. Muitas são as interfaces entre esses setores e o de auditoria. Ações

conjuntas podem aumentar a resolutividade desses serviços.

4.4 Resultados

4.4.1 Valorização do trabalho desenvolvido pelo SAA

Verificar a aceitação e valorização do trabalho desenvolvido pelo SAA, por parte do auditado, é uma forma de avaliar o desempenho do SAA. Na percepção de dois auditores que responderam ao questionário da pesquisa, o auditado valoriza pouco o trabalho desenvolvido pelo SAA porque “nosso trabalho não é resolutivo, aliás, é pouco resolutivo e, na maioria das vezes, não acrescenta muito para a melhora do serviço das entidades auditadas. Sinto que, em muitos casos, nosso trabalho é indiferente para os auditados”, “porque sabem que o trabalho não gera impacto na melhoria da assistência e desconhecem o papel da auditoria”.

A relação entre auditor e auditado merece bastante atenção, pois é essencial para que as auditorias produzam bons resultados. O reconhecimento e a valorização do trabalho desenvolvido pelo serviço de auditoria contribui para aumentar o comprometimento com a implementação das mudanças sugeridas. Para que isso aconteça, a opinião e visão crítica do auditor deve estar alicerçada em evidências que propiciem ao auditado uma visão da necessidade de implementar as mudanças recomendadas.

O regulamento do SAA/SUS/MG prevê a aplicação de penalidades para os auditados, proporcionais à gravidade da distorção. No entanto, a penalização não tem produzido os resultados esperados por não levar à correção da distorção nem evitar sua reincidência.

Em oposição a essa estratégia de punição, Ayres e Braithwaite (1992) citados por Costa *et al* (2000, p. 58-59) preconizam a utilização de estratégias baseadas na persuasão e na auto-regulação para conseguir que os auditados implementem as recomendações geradas pelo trabalho de auditoria.

Ser encorajador e tentar construir a solução junto com o auditado pode ser mais resolutivo que adotar estratégias amparadas em punição. O auditado deve entender que o objetivo da auditoria é ir muito além de uma "fiscalização", o auditor está ali para estabelecer uma parceria para resolver problemas. Só assim o trabalho desenvolvido pelo SAA será valorizado.

A aceitação das mudanças poderá depender, também, da forma de expressão oral e escrita do trabalho desenvolvido pelo Auditor. Produzir relatórios objetivos, que exponham a situação e suas conseqüências e cujas recomendações sejam feitas com a participação e a concordância do auditado deve ser o caminho escolhido, sempre que possível. Porém, segundo auditores participantes da pesquisa, o trabalho do SAA "é desorganizado, os relatórios são mal elaborados...", "as auditorias são superficiais, não conclusivas, os processos são montados indevidamente". A qualidade dos relatórios de auditorias é freqüentemente questionada pela Junta de Recursos que os aponta como sem objetividade e consistência. Foi constatado, pelos técnicos do DENASUS, diferentes padrões de relatório de auditoria do SAA, com variação de forma e metodologia de elaboração.

Alguns auditores que responderam ao questionário de pesquisa acreditam que os auditados valorizam o trabalho desenvolvido pelo SAA. Segundo os auditores:

- "Eles (os auditados) reconhecem a contribuição da auditoria, mas em geral existe uma pré-disposição negativa."
- "Atualmente, a maioria dos gestores de nossos municípios está reconhecendo a importância da auditoria e alguns até solicitam auditoria. Preocupam em sanar as irregularidades e vários deles até nos enviam documentos comprovando as correções. Quando agendamos auditoria em determinado município, muitos deles procuram verificar se foram sanadas todas as irregularidades da última notificação que receberam."

- "Percebemos uma gradativa valorização por parte das entidades auditadas, manifestadas verbalmente pelas mesmas".

4.4.2 Utilização das informações produzidas pelo SAA.

A auditoria como ferramenta de gestão e de controle deve trabalhar em constante interação com a gestão da organização.

As apreciações contidas nos relatórios de auditoria deverão subsidiar o processo de formulação do planejamento e de execução das ações e serviços de saúde. Sendo assim, um serviço de auditoria eficiente deve agir em estreita consonância com as necessidades da gestão, encaminhando-lhe regularmente análises, avaliações e recomendações provenientes das ações realizadas. Essa forma de atuação está prevista em normas do serviço e na literatura, porém não é esta a realidade. O encaminhamento de relatórios de auditoria para as instâncias superiores só acontece quando a auditoria foi realizada por solicitação das mesmas. Essa situação decorre, principalmente, da ausência de um canal de comunicação entre os diversos setores da SES/MG e o SAA.

Além dos gestores, existem áreas técnicas da SES/MG para as quais as informações contidas nos relatórios poderiam ser muito úteis como subsídio para a organização dos serviços. O encaminhamento desses relatórios a essas áreas precisa ser sistematizado, uma vez que as informações contidas nesses documentos não são utilizadas, rotineiramente, como embasamento para a tomada de decisões.

4.4.3 Contribuições do SAA

Uma forma de verificar a contribuição das ações de auditoria para o aperfeiçoamento do SUS é quantificar o percentual de recomendações implementadas ou em implementação, daquelas contidas no relatório de auditoria. No entanto, isso só seria possível se o SAA realizasse o acompanhamento das entidades, após as auditorias, o que, conforme dito anteriormente, não acontece.

O impacto na qualidade da atenção à saúde, medido em termos de conseqüências globais para a sociedade, é muito difícil de ser mensurado por dois motivos. Primeiro, porque não se pode afirmar quais mudanças ocorridas nos programas foram advindas, unicamente, da intervenção do SAA. Portanto, não é possível estabelecer a relação causa-efeito entre ações e mudanças verificadas. Conforme Lord e Littlejohns (1997), não se pode creditar as mudanças na entidade auditada somente as ações de auditoria, outros fatores interagem com estas ações para produzir tais mudanças. Segundo, porque o sistema não produz, de forma sistemática, informações da evolução do auditado após as ações de auditoria. Para coletar as informações, seria preciso que as entidades fossem auditadas periodicamente e os resultados das auditorias fossem comparados; no entanto, o SAA não tem conseguido estabelecer esta rotina.

Embora não exista, de forma sistemática, o acompanhamento das entidades auditadas, verifica-se, em auditorias subseqüentes, que irregularidades apontadas anteriormente persistem, donde se conclui que as recomendações emitidas pelo SAA não são acatadas. Vinte auditores (76,9%) disseram que as entidades auditadas implementam com pouca freqüência as recomendações feitas pelo SAA. Segundo esses auditores, “há um ‘respeito’ com a nossa presença, mas, quando viramos as costas não põem em prática nossas orientações...”. Verifica-se a “persistência dos mesmos erros e o não cumprimento das recomendações”. Esse é um indicador muito importante e que deve ser avaliado: que resultado o serviço está produzindo com as auditorias realizadas, se as medidas necessárias à correção das irregularidades são implementadas com pouca freqüência? Por que as recomendações não são implementadas? “Quando auditadas pela primeira vez, os auditados criam a expectativa de que a auditoria vai trazer um retorno para que venham a melhorar o serviço de saúde por eles prestados, mas às vezes se decepcionam, exatamente pela falta de motivação da auditoria em promover a continuidade do apoio ao município, no pós-auditoria, devido à fraca estrutura

administrativa”, contemporiza um auditor em resposta ao questionário da pesquisa.

O melhor produto de uma auditoria são as recomendações produzidas. Segundo Mendes (2003), “a menos que se evolua para o momento de estabelecer metas a serem atingidas, pode-se ter realizado um belo exercício intelectual sem valor agregado para a organização”. A partir de uma avaliação criteriosa do objeto auditado, é possível apontar medidas necessárias para correção das não conformidades detectadas. Não basta que o auditor identifique os procedimentos inadequados: a maior dificuldade é obter a cooperação do auditado para a resolução dos problemas. A fase mais crítica do ciclo de auditoria é a implementação das mudanças (Mendes, 2003). O auditor deve verificar as situações anormais e orientar o auditado para que ele encontre soluções e se comprometa em executar a ação corretiva. Para alguns auditores que responderam ao questionário da pesquisa, “As entidades sempre esperam que o SAA as oriente” e “alguns aproveitam os auditores para ajudarem como consultores técnicos”. A verificação da implementação das recomendações realizada na fase de acompanhamento, pós-auditoria, é essencial para aumentar a resolutividade da ação de auditoria.

4.4.4 Avaliação do desempenho do SAA

Para avaliar desempenho de um serviço, é necessária a existência de metas a serem cumpridas e resultados esperados previamente estabelecidos em um planejamento (Minayo, 2005). Sem parâmetros para comparar os resultados alcançados, não faz sentido medir desempenho.

O SAA não faz um controle formal do cumprimento de suas atribuições. Logo, não se avalia a dimensão e resultados das ações executadas por esse serviço. Segundo o relatório de auditoria do DENASUS, o SAA não possui uma sistemática e organizada coleta de dados sobre a atuação do sistema, que viabilize uma avaliação de resultados.

Conforme constatado nas avaliações das categorias anteriores, as metas e objetivos

do SAA, bem como as atividades a serem realizadas para atingi-los, não estão claramente explicitados na legislação ou em um planejamento do serviço. Em decorrência disso, tentou-se, nesta pesquisa, avaliar o desempenho do serviço por meio da percepção do seu corpo de auditores, aqui representado pela amostra que respondeu ao questionário.

Segundo 25% dos auditores, o desempenho do SAA é bom:

- “Pelo nível e comprometimento dos auditores. Só não é excelente devido à falta de estrutura e vontade política.”
- “Porque estamos tendo resultados positivos após a realização de auditorias em nossos municípios. Grande parte dos secretários está demonstrando interesse em corrigir as irregularidades apontadas pelos auditores e estão valorizando o serviço de auditoria do SUS”.

Para 58,3% dos auditores, o desempenho é regular porque:

- “Estamos muito longe de atingir um desempenho que contribua, efetivamente, para melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários.”
- “Equipe com capacitação muito desigual para auditoria, gerando trabalhos não uniformes em um setor que está sendo reestruturado recentemente.”
- “Apresenta pouca resolutividade e produtividade.”
- “Há necessidade de reestruturar o Sistema Estadual de Auditoria.”
- “Por ser pouco resolutiva, pela demora e pouca resposta às demandas da sociedade.”
- “Falta maior eficiência, eficácia e efetividade.”
- “O desempenho é regular porque falta a GAA (SAA) autonomia, capacitação. Ademais, a GAA (SAA) nunca foi priorizada na política de saúde das SES/MG.”
- “As ações de auditoria não são planejadas.”

- “Não há plano de carreira estabelecido e pela inexistência do cargo de auditor do SUS. Qualquer órgão que queira exercer um bom desempenho necessita de uma boa estrutura administrativa, do contrário funciona precariamente”.

Entre os auditores (16,7%) que acham o desempenho Insuficiente as justificativas foram as seguintes:

- “Por ‘N’ motivos que começam, obrigatoriamente, por fragilidades administrativas e estruturais.”
- “Denúncias são apuradas em atraso, há denúncias não apuradas, a resolutividade das apurações é quase inexistente, não há planejamento.”
- “Não desempenha seu papel, não se posiciona, não prioriza sua função.”
- “Auditorias sem padrão, processos muito demorados, baixa eficiência e nenhuma eficácia.”

Verifica-se, por meio das falas dos auditores que responderam ao questionário de pesquisa, que o quadro técnico do SAA tem consciência das deficiências do serviço. Esse é um fato muito importante, pois o primeiro passo para melhorar é reconhecer a necessidade de mudança.

4.5. Comparação: o SAA em 1997 e o SAA em 2006

Uma forma de avaliar é comparar uma situação anterior e uma situação atual. A existência da monografia “Sistema de auditoria Assistencial – Estudo de Caso: SES/SUS/MG”, contendo uma descrição da situação do SAA em 1997, permitiu a utilização dessa estratégia de avaliação.

O Quadro 4 traz a comparação entre a situação do SAA em 1997 e a situação do SAA em 2006. Os dados de 1997 foram coletados no corpo do texto e na árvore de problemas construída pela autora do estudo consultado (ANEXO C). Alguns dados de 2006 foram inseridos na tabela por meio da transcrição das respostas, entre aspas, do questionário da pesquisa.

Por meio da comparação feita, pode-se observar que a realidade do SAA em 1997 é bastante semelhante à encontrada atualmente. Mais de oito anos se passaram e durante esse período: mudaram o governo

estadual e secretários estaduais de saúde; a GAA teve três diretores; o quadro técnico do serviço foi quase totalmente alterado. Com tantas mudanças, a que se pode creditar a situação atual do serviço?

Situação em 1997	Situação em 2006
Controle e avaliação inadequados	Ausência de setor responsável pelas ações de controle e avaliação
Dificuldades de acesso às informações necessárias às auditorias	Dificuldade de obtenção de dados
Ausência de uma Política de Recursos Humanos	Ausência de uma Política de Recursos Humanos
Inexistência do Cargo de Auditor e Supervisor	Inexistência do Cargo de Auditor
Preparação técnica deficiente do pessoal em todos os níveis	Inexistência de capacitação específica e educação continuada para todos os auditores
Remuneração não-condizente com a função	Remuneração não-condizente com a função
Nº inadequado de profissionais	Nº inadequado de profissionais
Dedicação não exclusiva dos profissionais	Dedicação não-exclusiva dos profissionais
Redução progressiva no número de profissionais Regulamentação interna não oficializada	Alteração constante do quadro de auditores O regulamento está "em fase de revisão"
Normatização insuficiente	"Não tem normatização definida, mudanças constantes na orientação das atividades a serem desenvolvidas"
Falta de consolidação de normas	"Desconhecimento de como proceder a auditoria, de como elaborar o relatório"
Auditorias realizadas apenas por denúncias	76% das auditorias realizadas são especiais e desse total, 92% são auditorias realizadas para apuração de denúncias de usuários.
Pessoal desmotivado	Pessoal desmotivado
DAA isolada dos demais setores da SOS e da SES.	SAA atuando de forma isolada, sem interação com outros órgãos de controle e demais áreas técnicas da SES/MG
Atraso de tramitação de processos	Falta de controle sobre o tempo despendido para a conclusão de processos de auditoria
Falta de apoio dos dirigentes	De acordo com 65,4% dos auditores que responderam ao questionário da pesquisa, os gestores da SES/MG respaldam com pouca frequência ou nunca respaldam o trabalho desenvolvido pelo SAA/SUS/MG
Cobrança indevida é a distorção encontrada com mais frequência pela auditoria	Cobrança indevida é o principal fato denunciado pelos usuários

Quadro 4 - Situação do SAA em 1997 e situação do SAA em 2006

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após concluir este estudo, ficou a dúvida: hoje eu tenho mais respostas ou mais perguntas? Pode parecer desalentador, mas esse é o grande sinal de que valeu a pena. Ter perguntas é o primeiro passo para a busca do conhecimento.

Quando iniciei este estudo, senti grande dificuldade em começar a entender o problema “auditoria no âmbito do SUS”. A bibliografia e a legislação consultadas não esclareciam minhas dúvidas, ou melhor, acrescentavam outras. As dissertações compiladas sobre o assunto mencionavam, com frequência, a imprecisão conceitual entre “controle”, “avaliação” e “auditoria”. Sendo essas três atividades instrumentos de regulação, foi preciso que eu me voltasse para esse tema para avançar no entendimento desses conceitos. A partir daí, percebi que a origem da imprecisão conceitual está no pouco conhecimento e pouca prática que temos da função de regulação. Apesar de todos os avanços do SUS, “o conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema [...]” (Santos e Merhy, 2006). “O debate sobre os conceitos e as práticas da regulação, tais como as de controle, avaliação e auditoria, não tem sido uniforme” (Curso, 2006). A explicação é fornecida por Mendes (2002b): “uma instituição que regula, financia e presta serviços, ao mesmo tempo, (como é o caso do SUS), irá certamente descuidar de seus papéis mais nobres de regulação e financiamento [...]”

Desde a criação do SNA, existem indefinições quanto à organização, atribuições e forma de atuação desse sistema. Acreditamos que, para organizar os serviços de auditoria do SUS, é necessário avançar na discussão sobre o tema regulação estatal no âmbito da saúde pública, pois somente com um amplo debate a esse respeito serão construídas as bases necessárias para a organização das áreas responsáveis pelas atividades de controle, avaliação e auditoria. Não é possível avançar somente na reestruturação dos

serviços de auditoria, pois a atuação destes serviços devem se dar em constante interação com as áreas de controle e avaliação. Embora este estudo tenha focalizado a auditoria, pôde-se perceber que os problemas não se restringem a esta atividade: as ações de controle e avaliação ainda precisam ser mais bem organizadas no SUS. É preciso que se organize uma rede articulada composta por estas três áreas, com suas competências e a forma de atuação bem detalhadas. Para ser resolutivo, é indispensável que os resultados a serem alcançados pela organização no seu todo, bem como os resultados relativos às unidades que constituem a organização, estejam bem definidos (Apostila-ENAP, 2003).

Apesar dos estudos de caso fornecerem pouca base para generalização científica (Yin, 2005), pode-se levantar a hipótese de que alguns dos problemas enfrentados pelo SAA não são exclusivos desse sistema. É bem provável que os outros componentes estaduais do SNA enfrentem problemas semelhantes. Essa hipótese pode ser sustentada pelo fato das três dissertações consultadas sobre o tema “auditoria no âmbito do SUS” (Remor, 2002; Castro, 2004; Vianna, 2005), realizadas no Estado de Santa Catarina e no Estado da Bahia, abordarem a indefinição conceitual dos termos controle, avaliação e auditoria refletindo na organização dos setores responsáveis por essas atividades.

As falas dos auditores que participaram da pesquisa: o SAA “não tem normatização definida...”; “a auditoria ainda está sem rumo, sem missão, sem definições”; “não há definição quanto ao papel do auditor. Não existem metas, missão, apenas um apaga incêndio sem fim”; são marcantes e devem ser consideradas. Ao avaliar o Sistema de Auditoria do SUS em Minas Gerais encontramos um serviço que em vez de atuar de forma eminentemente preventiva, como seria o esperado, passa a maior parte do tempo realizando auditorias para apurar denúncias ou indícios de irregularidades. Essa forma de atuação pode ser creditada à falta de definição da visão estratégica (conjunto de valores, missão, visão de futuro

e fatores críticos de sucesso) desse sistema. Sem essa definição, o serviço não tem condições de estabelecer estratégias, prioridades, metas, planos de ação e responsabilidades: quem faz o que, quando e como (Apostila-ENAP, 2003). Em vez disso, atende às demandas que lhe são encaminhadas.

À primeira vista, este estudo pode gerar um pouco de desânimo por apontar tantas fragilidades do SAA e do próprio SNA. Gostaríamos de ter relatado resultados melhores. No entanto, embora tenhamos mostrado muitas deficiências, procuramos coletar informações sobre aspectos relevantes para a resolutividade do serviço e que pudessem ser modificados, tornando este estudo altamente aplicável. Além do mais, uma avaliação, por mais falhas que detecte, chama a atenção para o objeto avaliado. Ao cumprir o objetivo específico de publicizar o SNA, por meio de um trabalho acadêmico, esperamos que a sociedade conheça e reconheça a importância desse sistema e, assim, torne-se parceira para mobilizar o apoio necessário para a sua reestruturação.

Entendemos que, ao descrever e avaliar o SAA, foram produzidos conhecimentos sobre um tema ainda carente de referências, conhecimentos que podem ser úteis para os envolvidos com o objeto em estudo. A utilização desta avaliação pode contribuir para a reorganização dos componentes do SNA, capacitando-os para obter resultados mais consistentes e de acordo com os objetivos propostos. Afinal, “sem o conhecimento do caminho percorrido e de sua situação atual, é difícil para a organização definir aonde quer chegar e como pode chegar lá” (Apostila-ENAP, 2003).

Com o trabalho realizado, a principal conclusão que se chegou foi que, apesar de todas as dificuldades e deficiências do serviço, a maior necessidade do SAA é a definição do seu papel dentro do projeto de regulação do SUS e, mais especificamente, da SES/MG. Embora o SAA seja regulamentado por normas legais, tais como leis, decretos, portarias, regulamento e a

própria Constituição Federal, que estabelecem princípios e regras gerais, faz-se necessária a existência de: organograma claro, manuais atualizados disciplinando atividades básicas, instruções de trabalho estabelecendo rotinas específicas; enfim, falta um detalhamento objetivo das ações tanto administrativas quanto operacionais.

Como sugestão para outros trabalhos, pensamos que a realização de um estudo que fizesse uma análise da implantação do SNA poderia produzir muitas informações sobre os problemas encontrados nesse sistema. Ao discutir a influência do contexto organizacional (nacional e regional) sobre a implantação do SNA, muitas deficiências desse sistema poderiam ser identificadas e explicadas, permitindo, assim, seu aprimoramento. Estudos que enfoquem a regulação como um todo, também podem produzir conhecimentos necessários para avançar na definição da forma de organização do Estado para desempenhar esta função tão importante.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M.J. ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

AKERMAN, M.; LUIZ, O. C. *Avaliação da Atenção Primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos*. In: *Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária*. Brasília: CONASS, 2004, 74 p.

ALVES JR., M. N. *A contribuição estratégica das ouvidorias para a melhoria dos serviços prestados pelas organizações: um estudo de caso na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis*. 2002. 167f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade do Estado de Santa Catarina.

APOSTILA de Apoio: elaboração de indicadores de desempenho institucional. Brasília: ENAP, 2003. Disponível em: <[http://www.dep.ensino.eb.br/peg/Indicador es/INDI%20-%20Apostila%202003.doc](http://www.dep.ensino.eb.br/peg/Indicador%20es/INDI%20-%20Apostila%202003.doc)>. Acesso em: 19 dez 2005.

AYRES, I.; BRAITHWAITE, J. *Responsive Regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford: Oxford University Press. 1992.

BABBIE, E. *Métodos de pesquisa de Survey*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999. 519p.

BARBIERE, A. R. *Eficácia e eficiência gerencial em uma organização pública de saúde de nível municipal: estudo de caso em Campo Grande, Mato Grosso do Sul*. 2003.161f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/barbieriard.pdf>>. Acesso em: 04 de nov. 2005.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: IPEA, fev. 1996. 123p. (Texto p/ Discussão n. 401). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/1996/td_0401.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2005

BARROS, E. F. *Auditoria de desempenho e auditoria contábil: principais aspectos metodológicos*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CONTABILIDADE, 16, 2000, Goiânia. Disponível em: <www.redecontabil.com.br/artigo/arquivos/art_02.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II – da Saúde. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Governo Federal. *Lei Orgânica da Saúde*, n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990a. Disponível em: <<http://saude.gov.br/doc>>. Acesso em: 08 abr. 2005.

BRASIL. Governo Federal. *Lei Orgânica da Saúde*, n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 08 abr. 2005.

BRASIL. Lei Federal n. 8689 de 27 de julho de 1993, Art. 6º. *Institui no âmbito da saúde o Sistema Nacional de Auditoria*. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 04 de nov. 2005.

BRASIL. Decreto Federal n. 1651 de 28 de setembro de 1995. *Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria - SNA*, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 04 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – SUS 01/1996*. Portaria 2.203, de 6 de novembro de 1996. Diário Oficial da União, Brasília: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.069, de 19 de agosto de 1999. Dispõe sobre a proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do MS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, v.160-E, 20 ago. 1999.

BRASIL. Decreto Federal n. 3496 de 11 de junho de 2000. *Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências*. Brasília: 2000. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 04 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma de Assistência à Saúde, SUS 01/2001*. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília: 2001. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma de Assistência à Saúde, SUS 01/2002*. Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002a. Diário Oficial da União, Brasília: 2002a. 73p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 423 de 26 de junho de 2002. *Dispõe sobre as atribuições básicas inerentes ao controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS*. Brasília, 2002b.

BRASIL. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília: 2006a. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 04 jun. 2006a.

BRASIL. Decreto Federal n. 5.841 de 13 de julho de 2006. *Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências*. Brasília: 2006b. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 04 ago. 2006.

CALEMAN, G.; MOREIRA, M. L.; SANCHEZ, M. C. *Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde*. São Paulo: Coleção Saúde & Cidadania, IDS; NAMH/FSP-USP; Itaú, 1998. 145 p.

CALMON, K. M. N. A avaliação de programas e a dinâmica da aprendizagem organizacional. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília: v.19, p. 3-70, 1999.

CAMPOS, A. M.; ÁVILA, J. P. C.; SILVA, D. S. *Bases para o desenvolvimento de um sistema para controle e avaliação da agência nacional de saúde suplementar*. Nota Técnica 5. ANS, 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/objeto_regulacao/AA1.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2006.

CARVALHO, G. Saúde: avanços e entraves ao processo de descentralização. In: *O município no século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo: CEPAM, 1999. p.135 - 148.

CARVALHO, S. N. Avaliação de Programas Sociais: Balanço das experiências e contribuições para debate. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, jul./dez. 2003.

CASTRO, D. P. *Análise de implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS: proposta de um instrumento de avaliação*. 2004. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CONSTITUIÇÃO. OMS, 1946. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em: 11 de dez 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F; DENIS, J. L . *et al*. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COSENDEY, M. A. E. *Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. 2000. 358 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/cosendeymaed.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2006.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*. V. 37, n. 5, p. 969-92. 2003

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.L.B. *et al*. *Análise comparada do regime regulatório na infra-estrutura e no setor saúde*. Nota Técnica 4. ANS, 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/objeto_regulacao/AA1.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2006.

CURSO básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS - Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DALLARI, S. G. The right to health. *Revista Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: ZMA Hartz *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality an approach to its assessment. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press I, 1980.

DONABEDIAN, A. *La Calidad de la atención médica: definición y método de evaluación*. México: La Prensa Mexicana, 1984.

DUARTE, C. S. Direito Público Subjetivo e Políticas Educacionais – *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 113 -118, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a12v18n2.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2006.

ENGELS, F. *A Origem da Família, da propriedade privada e do Estado*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. 215p.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; Lexikon Informática, 1999. (Dicionário eletrônico) 1 CD-ROM

FERREIRA, A. S. Nova Lei de Gestão Hospitalar: de que modelo de regulação precisamos? Comunicação ao 8º Encontro Nacional de Economia da Saúde, 24 de Outubro de 2003, Lisboa. Disponível em: <http://es2003.fe.uc.pt/files/resumos/resumo_03a.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2005.

FERREIRA, A.S.D; CABRAL, D. C. R.; ASSIS, J. M. *et al. Auditoria do Sistema Único de Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais: missão, visão e valores*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2006. 53 f. (Monografia).

FRAMEWORK for program evaluation in public health. CDC,1999. *MMWR*, 48(RR11): 1-40. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4811.pdf>> Acesso em: 04 set. 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1995. 207p.

GIL, A.L. *Auditoria operacional e de gestão: qualidade da auditoria*. 5. ed.- São Paulo, 2000. 131p.

GIL, C. R. R.; SILVA, A. M. R., CAMPOS, J. J. B. et al. Avaliação em saúde. In: Andrade et al. (Org.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001. Cap. 6, p. 125-131.

GIRAUD, A. Medical audit in France: historical perspective. *Br Méd J*, v. 304, p. 426-8, 1992.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; CONTRANDIOPOULOS, A. et al. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: _____. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 89–131.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.341-354. 1999a.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health program and policies in France: cuisine Internationale over fast and sure measure over ready-made. *Caderno Saúde Pública*, v.15, n. 2, p.229-259, 1999b.

HIRSHMAN, A. O. *A retórica da intransigência: perversidade, futilidade, ameaça*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. 151p.

HISTÓRIA da Auditoria em Saúde. DENASUS. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>>. Acesso em: 19 maio 2006.

HOLANDA, A. N. C. Avaliação de políticas públicas: conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira. In CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8, 2003, Panamá. **Anais**. Panamá: 2003. p. 28-31.

KERN, M.L. *Sistema de Auditoria Assistencial: estudo de caso SES/SUS/MG*. Belo Horizonte: Escola de Governo de Minas Gerais da Fundação João Pinheiro. 1997. 49f. (Monografia).

LEMBCKE, P. A. Evolution of the Medical Audit. *J Am Med Assoc*, v.199, n. 8, p. 111-118, 1967.

LLANOS ZAVALAGA, Fernando. Auditoria Médica em el primer nível de atención. *Rev Méd Hered* v. 11, n. 3, p 107-112, 2000.

LORD, J.; LITTLEJOHNS, P. Evaluating healthcare policies: the case of clinical audit. *Br Med J* v.315, n.13, p. 668-71, 1997.

MALICK, A. M. Avaliação. In: Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: FSP — USP, 1998. Cap.1, p.1-9.

MANUAL de Auditoria de Natureza Operacional - Brasília: TCU, Coordenadoria de Fiscalização e Controle, 1992. 114 p.

MANUAL de Normas de Auditoria. Brasília: Secretaria Executiva / Sistema Nacional de Auditoria, 1998. 48p.

MANUAL de Auditoria de Natureza Operacional. Brasília: TCU, Coordenadoria de Fiscalização e Controle, 2000. 114 p.

MANUAL do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal. Brasília: Secretaria Federal de Controle Interno, 2001. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/sfc/leg_inf_tec/legislacao/inst_normativas/IN01.DOC> Acesso em: 03 abr. 2006.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001. 311p.

MEIRELLES, H. L.; AZEVEDO, E. A.; ALEIXO, D. B. *et al. Direito Administrativo Brasileiro*. 25. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2000. 765p.

MENDES, E. V. *A regulação dos sistemas de serviços de saúde*. Belo Horizonte: [s.n.], 2002a. Xerocopiado.

MENDES, E. V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b. 176p.

MENDES, E. V. *Auditoria clínica*. Belo Horizonte: [s.n.], 2003. Xerocopiado.

MENDES, E.V. – O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Revista Mineira de Saúde Pública*, n. 04, p.04 – 26, 2004.

MENDES, E. V. *Auditoria Clínica*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2006. 14p. (Mimeografado).

MENDES, E.V., SHIMAZAKI, M. E. *Oficina sobre gestão da clínica*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2006. 32 p. (Mimeografado).

- MINAS GERAIS. Decreto 36.629 de 30 de dezembro de 1994. Organiza o Sistema de Auditoria Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde – Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. *Diário Oficial de Minas Gerais*, Minas Gerais, 1994. p. 14-15.
- MINAS GERAIS. Resolução n. 674 de 02 de maio de 1997. Aprova o regulamento do Sistema de Auditoria Assistencial da Secretaria de Estado da Saúde – Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. *Diário Oficial de Minas Gerais*, p. 13-16. Minas Gerais, 1997.
- MINAS GERAIS. Lei Estadual n. 13.317 de 24 de setembro de 1999. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Diário Oficial de Minas Gerais*, p. 13-16. Minas Gerais, p. 1. Minas Gerais, 1999.
- MINAS GERAIS. Decreto n. 43.241 de 27 de março de 2003. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial de Minas Gerais*, p. 25. Minas Gerais, 2003.
- MINAS GERAIS. Lei Estadual n. 15.474 de 28 de janeiro de 2005. Altera a Lei 13.317, de 24 de setembro de 1999, que contém o código de saúde do estado de Minas Gerais, cria gratificação de função, institui prêmio de produtividade e dá outras providências. *Diário Oficial de Minas Gerais*, p. 13-16. Minas Gerais, 2005.
- MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.
- MOTA, F.C.P. *Teoria geral da administração: uma introdução*. 5ª ed. São Paulo, Pioneira, 1976. 213p.
- MOREIRA, T. M. A. *Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase*. 2002. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/moreiratd/capa.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2006.
- NEMES, M. I. B. *Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil*. Coleção Abia Fundamentos da Avaliação. v. 1, p. 7-28, Rio de Janeiro, 2001.
- NORMAN, I.; REDFERN, S. – What is audit? In: Kogan, M. & Sally, R. – *Making use of clinical audit*. Buckingham, open University Press, 2000.
- NORONHA, M. P. A experiência do Tribunal de Contas da União do Brasil na avaliação de programas de governo. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8, 2003, Panamá. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0047318.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2006.
- OS ESTADOS na Construção do SUS. (Coletânea das Oficinas de Trabalho). Brasília: CONASS, 1998. 102p.
- PARA ENTENDER a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/SESPA/Concurso/gestao.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2006.
- PATTON, M.Q. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills: Sage, 1980.
- PEREIRA, M.G. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

PISCOYA, J. Calidad de la atención en salud a través de la Auditoría Médica. *Anais Fac. Med.* (Perú), v.61, n.3, p.227-240, 2000.

PFUETZENREITER, M.R.; ZYLBERSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e saúde pública. *Ciência Rural* v. 34, n. 5, p. 1661-1668, 2004

REIS, E.P.; SCHWARTZMAN, S. *Pobreza e Exclusão Social: Aspectos sócio Políticos – Trabalho preparado por solicitação do Banco Mundial, como parte de um estudo em andamento sobre a exclusão social no Brasil.* 2002. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/pdf/exclusion.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2006.

RELAÇÃO do SUS com a Mídia, Plano Nacional de Educação Profissional, PLANFOR e o SUS, Comunicações Coordenadas, Controle, Avaliação e Auditoria: Relatório Final. Brasília: CONASS 1997. 114p.

REMOR, L.C. *Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde – Atividades de Regulação e Fiscalização.* 2002. 114f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REMOR, L. C. *Controle, avaliação e auditoria no Sistema Único de Saúde: atividades de regulação e fiscalização.* Florianópolis: Papa-Livro, 2003. 101p.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. Healthcare policies in Brazil and regulatory strategies in an environment of technological changes. *Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n.6, p. 61-84, 2000.

RODRIGUES, M. *Avaliação da auditoria interna do governo do Estado do Espírito Santo.* 2001. 243f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RODRIGUES, C.M.M.F.; LAPA, C.R.P.G.; MARTINS, M.N. *Uma reflexão sobre o controle e avaliação na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.* Belo Horizonte: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG. 2004. 102f. (Monografia).

RODRIGUES, C.M.M.F., FRANCISCO, E.L., VIEIRA, J.B.R. et al. *Bases para reestruturação organizacional da Gerência de Auditoria do SUS-SES/MG.* Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2006. 77 f. (Monografia).

SALTMAN, R.; BUSSE, R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems.* Buckingham: Open University Press, 2002.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C.R. et al. *O sistema de saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã, 1998.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil: a review. v. 10, n. 19, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 nov 2006.

SANTOS, L. *Sistema Nacional de Auditoria: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS.* Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 1996. 93p.

SANTOS, L. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e serviços de saúde. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos, 1997. p. 241-278.

- SANTOS, L. A.; CARDOSO, R. L. S. Avaliação de desempenho da ação governamental no Brasil: problemas e perspectivas. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD "CONTROL Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GUBERNAMENTAL", 15, 2001. Disponível em: <www.clad.org.ve>. Acesso em: 28 jan 2005.
- SCRIVEN, M. The Methodology of evaluation. In: TYLER, R.; GAGNE, R.; SCRIVEN, M. (eds.). *Perspectives of Curriculum Evaluation*. Chicago: Rand McNally, 1967. p.39-83
- SHIMAZAKI . *Auditoria Clínica: Curso de Especialização em Sistemas de Saúde*. Local: ESP/MG, 2006. Notas de aula.
- SILVA, N. M.; BORINI, O.; PIEPER, S. *Controle, avaliação e auditoria em saúde*. 2. ed. Florianópolis: SES/UFSC, 1996. 229p.
- SILVA, P. F.; WAISSMANN, W. Normalization, State, and health: issues on the formalization of health laws. *Ciência e saúde coletiva*. v. 10, n. 1, p. 237-244, 2005.
- SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E. et al. *Novos desafios em políticas de saúde*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cad Saude Pub*, v.8, n.4, p.366-378, 1992.
- STENZEL ACB. *A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada*. 1996. 264 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- THE WORLD Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneve: WHO, 2000.
- VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cienc. Saúde Coletiva*, vol.9, n.3, p.711-724, 2004.
- VIANNA, A. P. R. *As atividades de auditoria, controle, avaliação e regulação na saúde: significado teórico x significado prático*. 2005. 234 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- VIEIRA-da-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V.; CERQUEIRA, M. et al. Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. *Rev Panam Salud Publica*, Jun. 1997, vol.1, n.6, p.444-450. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n6/0399.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2006.
- VIEIRA-da-SILVA, L.M., FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad Saude Pub*, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.
- WEILENMANN, A. *Evaluation research and social change*. Ghent: UNESCO, 1980.
- YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

**APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO PARA
CONSULTA AOS PROCESSOS DE AUDITORIA.**

Belo Horizonte, 05 de julho de 2005.

Senhora Superintendente,

Vimos através desta solicitar a autorização desta superintendência para a aluna do mestrado em Medicina Veterinária – área de concentração: Epidemiologia - pela Escola de Veterinária da UFMG, e funcionária deste setor, Anísia da Soledade Dias Ferreira, consultar os processos de auditoria realizados pela Diretoria de Auditoria Assistencial e utilizar os dados referentes a estes processos para a realização de sua dissertação de mestrado.

Tal projeto tem como objetivo geral conhecer e avaliar as atividades desenvolvidas pela supra citada diretoria e como objetivo específico produzir, conhecimentos que dêem subsídios para, se necessário, reorganizar o processo de trabalho da Diretoria de Auditoria Assistencial da Secretaria Estadual de Saúde.

Salientamos que será preservada a confidencialidade dos dados individuais e que todos os resultados obtidos serão divulgados de forma agregada.

Informamos que este projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para julgamento e parecer, antes da sua realização.

Atenciosamente

José Newton Coelho de Meneses
Orientador do Programa de Pós-graduação
Escola de Veterinária da UFMG

Ilmo. Sra.
Myriam Araújo Coelho
Superintendente de Regulação SR/SES – MG
Belo Horizonte – MG

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DO SAA/SUS/MG PARA CONSULTA AOS PROCESSOS DE AUDITORIA.

Belo Horizonte, 05 de julho de 2005.

Senhora Diretora,

Vimos através desta solicitar a autorização desta superintendência para a aluna do mestrado em Medicina Veterinária – área de concentração: Epidemiologia - pela Escola de Veterinária da UFMG, e funcionária deste setor, Anísia da Soledade Dias Ferreira, consultar os processos de auditoria realizados pela Diretoria de Auditoria Assistencial e utilizar os dados referentes a estes processos para a realização de sua dissertação de mestrado.

Tal projeto tem como objetivo geral conhecer e avaliar as atividades desenvolvidas pela supra citada diretoria e como objetivo específico produzir, conhecimentos que dêem subsídios para, se necessário, reorganizar o processo de trabalho da Diretoria de Auditoria Assistencial da Secretaria Estadual de Saúde.

Salientamos que será preservada a confidencialidade dos dados individuais e que todos os resultados obtidos serão divulgados de forma agregada.

Informamos que este projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para julgamento e parecer, antes da sua realização.

Atenciosamente

José Newton Coelho de Meneses
Orientador do Programa de Pós-graduação
Escola de Veterinária da UFMG

Ilmo. Sra.
Andréa Faria de Magalhães
Diretora da Diretoria de Auditoria Assistencial -SR/ SES/MG
Belo Horizonte - MG

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Caracterização avaliativa das auditorias realizadas no SUS pela Diretoria de Auditoria Assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de MG - 2004/2005”.

Você foi selecionado por exercer a função de auditor na SAA/SUS/MG e estar participando do Curso Auditoria em Sistemas de Saúde na ESP/MG. Sua participação não é obrigatória.

Os objetivos deste estudo são conhecer e avaliar as atividades desenvolvidas pela Diretoria de Auditoria Assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de MG.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário elaborado pelos pesquisadores.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, uma vez que a divulgação dos mesmos será feita de forma agrupada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Anisia da Soledade Dias Ferreira

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone do Pesquisador Principal: José Newton Coelho Meneses.
Universidade Federal de Minas Gerais – 3499 - 2084

Declaro que li este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA

1. Na sua opinião o desempenho do SAA/SUS/MG é:

- Excelente
- Bom
- Regular
- Insuficiente

Justifique

2. Na sua opinião, os gestores da SES/MG respaldam o trabalho desenvolvido pelo SAA/SUS/MG:

- Sempre
- Com muita frequência
- Com pouca frequência
- Nunca

Justifique

3. Na sua opinião, as entidades auditadas:

- Valorizam muito o trabalho desenvolvido pelo SAA/SUS/MG
- Valorizam mais ou menos o trabalho desenvolvido pelo SAA/SUS/MG
- Valorizam pouco o trabalho desenvolvido pelo SAA/SUS/MG
- Não valorizam o trabalho desenvolvido pelo SAA/SUS/MG

Justifique

4. Quanto às diretrizes emanadas pelos gestores da SES para o SAA/SUS/MG, você as considera:

- Muito claras
- Claras
- Pouco claras
- Nada claras

Justifique

5. A atuação do SAA/SUS/MG reflete a atuação do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria?

- Sim
- Não

Justifique

6. Para garantir a qualidade da atenção à saúde, o principal objeto de auditoria do SAA/SUS/MG deve ser:

- Auditorias de Sistemas Municipais de Saúde
- Auditorias de Serviços
- Auditorias desencadeadas por denúncias de Usuários;
- Auditoria desencadeada por demanda externa: Ministério Público, Poder

Legislativo, Tribunais de Conta, conselhos de saúde, etc.

Justifique

7. Classifique, quanto ao resultado final, os seguintes tipos de auditoria realizados pelo SAA/SUS/MG, de acordo com a escala:

1 – Muito resolutive

2 – Resolutive

3 – Pouco resolutive

4 – Não resolutive

Auditoria de Sistemas Municipais de Saúde

Auditoria de Serviços

Auditoria desencadeada por denúncias de Usuários;

Auditoria desencadeada por demanda externa: Ministério Público, Poder

Legislativo, Tribunais de Conta, conselhos de saúde, etc.

Justifique

8. Quantifique em percentuais (aproximados) as auditorias realizadas pelo SAA/SUS/MG.

Auditorias de Sistemas Municipais de Saúde (auditoria de gestão)

Auditorias de Serviços

Auditorias desencadeadas por denúncias de Usuários;

Auditorias desencadeadas por demandas externas: Ministério Público, Poder

Legislativo, Tribunais de Conta, conselhos de Saúde, outros.

9. Existe um acompanhamento das entidades auditadas para verificar se as recomendações feitas pelo SAA/SUS/MG estão sendo seguidas?

Sim Não

Se existe, como ele é realizado?

10. Na sua opinião, as recomendações feitas pelo SAA/SUS/MG às entidades auditadas, são seguidas:

Sempre

Com muita frequência

Com pouca frequência

Nunca

11. Na sua opinião, o impacto das ações do SAA/SUS/MG na qualidade da atenção à saúde é:

muito satisfatório

satisfatório

pouco satisfatório

nada satisfatório

Justifique

12. O SAA/SUS/MG avalia a satisfação do usuário:

Sempre

Com muita frequência

Com pouca frequência

Nunca

Justifique

13. O que poderia melhorar nas auditorias realizadas pelo SAA/SUS/MG?

14. Existe um planejamento anual das atividades a serem desenvolvidas pelo SAA/SUS/MG?

Sim Não

15. Este planejamento é satisfatório?

Sim Não Por quê?

16. Este planejamento é cumprido?

Sim Não Por quê?

17. Cite os três maiores problemas, por ordem de relevância, cuja solução permitiria ao SAA/SUS/MG melhorar seu desempenho.

18. Na sua opinião, a participação do médico veterinário na equipe de auditoria é:

muito necessária

pouco necessária

nada necessária

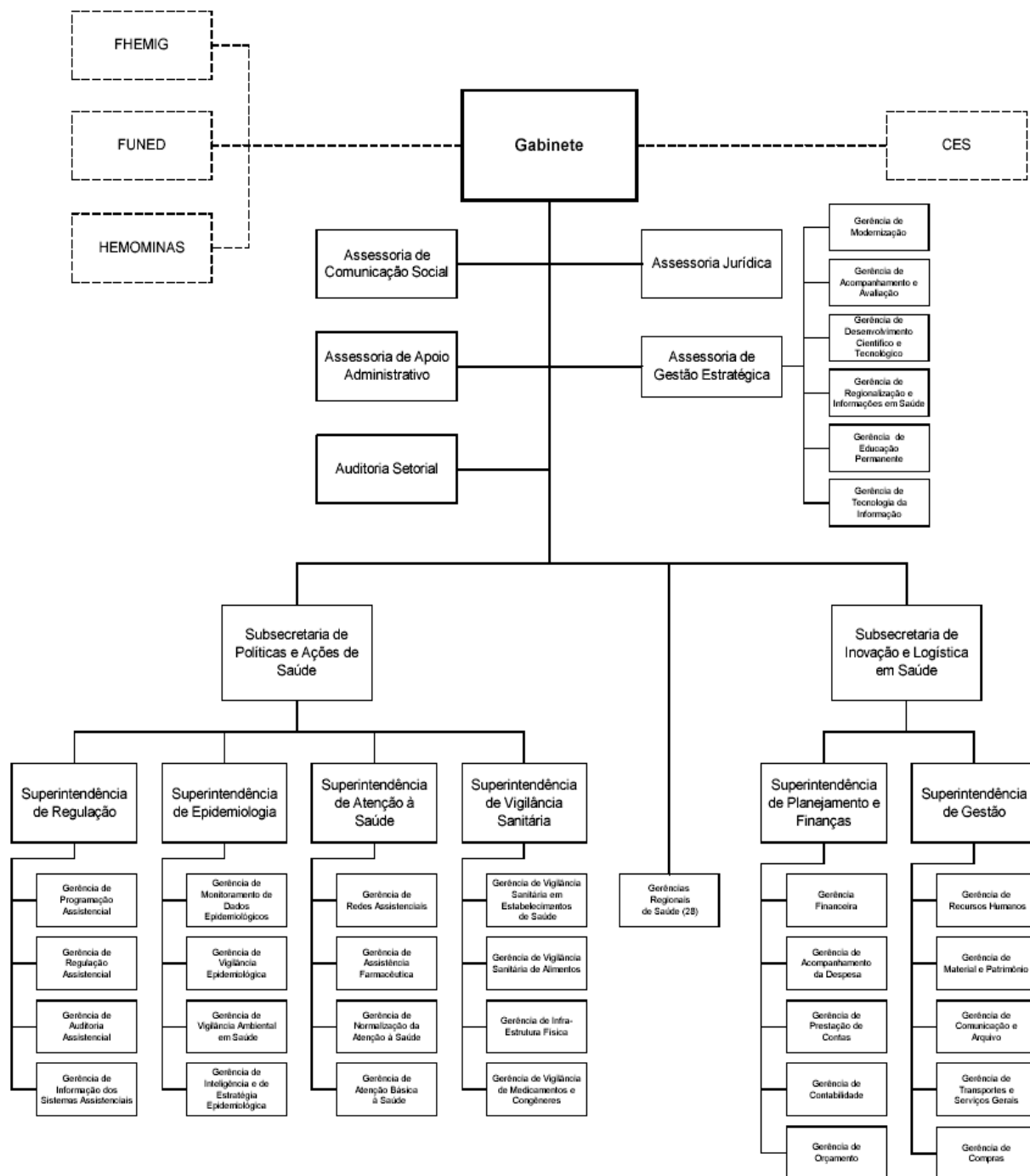
Justifique

19. Em uma equipe de auditoria, a participação do profissional médico veterinário é comparável com a participação dos profissionais de outras categorias?

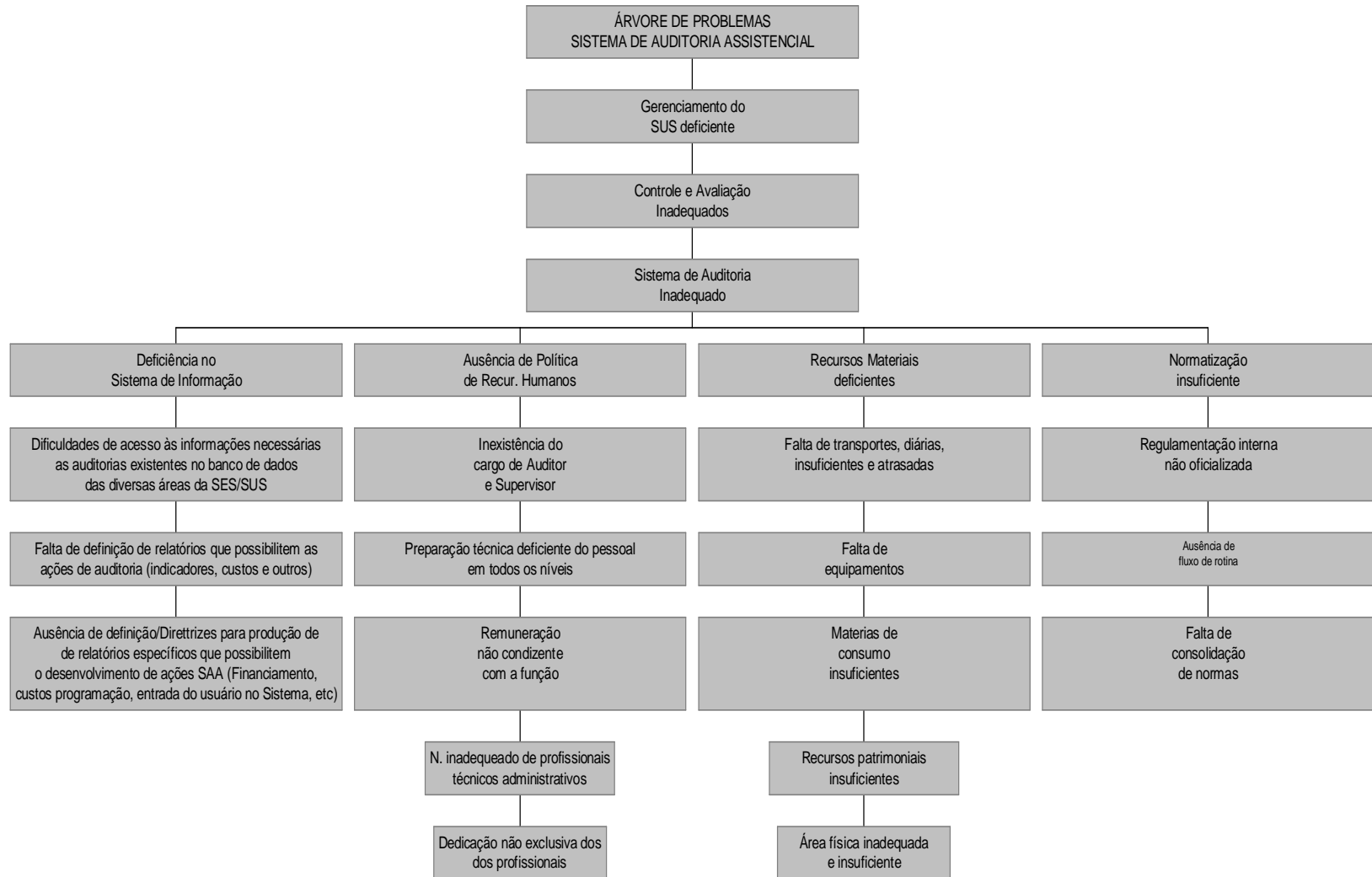
Sim Não

Justifique

ANEXO A - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL SES/MG DEZ/2006



ANEXO B - ÁRVORE DE PROBLEMAS SAA/SUS/MG



ANEXO C – SÍNTESE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO SAA/SUS/MG

PRINCIPAL PROBLEMA: BAIXA RESOLUTIVIDADE DA AUDITORIA DA SES

DESCRITORES DO PROBLEMA CENTRAL	CONSEQUÊNCIAS
1 – pequena % do planejamento é executado	1 – prejuízo para usuários
2 – demora de até 2 anos no atendimento da demanda	2 – pouca interferência na consolidação e ações do SUS
3 – poucos retornos e efetividade das auditorias realizadas	3 – alto custo das ações de saúde 4 – desmotivação dos auditores 5 – utilização inadequada dos recursos públicos 6 – desvalorização e não reconhecimento do auditor

NÓS CRÍTICOS

Infra-estrutura⁴	NC1 – Ausência de condições de infra-estrutura
Política de Pessoal	NC2 – ausência de RH para compor equipes em nº e diversidade de núcleos de formação NC3 - inexistência do cargo com salários condizentes com a necessária exclusividade do auditor
Normas de funcionamento e organização	NC4 - indefinição quanto à Política de atuação da Auditoria NC5 - Dificuldade para fazer Auditoria Analítica
Demanda	NC6 - maioria dos municípios não tem cultura de trabalhar com planos/avaliação

ANEXO D – SÍNTESE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO SAA/SUS/MG

