



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**DENISE PESTANA DE CASTRO**

**ANALISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE  
MUNICIPAL DO SISTEMA NACIONAL DE  
AUDITORIA DO SUS: PROPOSTA DE UM  
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

**SALVADOR - 2004**

**DENISE PESTANA DE CASTRO**

**ANALISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL  
DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS: PROPOSTA  
DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Carmen Fontes Teixeira

SALVADOR - 2004

## AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora Carmen Teixeira por ter-me acolhido na minha mudança de área e projeto, pela confiança depositada em mim, pelos seus ensinamentos e sua orientação na construção deste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Maria Isabel Viana, que foi inicialmente minha orientadora, por todo seu apoio, amizade e estímulo na mudança do meu projeto (“orientadora do coração”).

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em especial, a Dr Lícia Freire, por seu entendimento sobre a importância da capacitação, por sua compreensão e por ter me concedido o afastamento das minhas atividades na fase final de entrega da dissertação.

À Prof<sup>a</sup> Lúcia Maria Vieira da Silva, por sua colaboração de grande importância na minha qualificação e por toda atenção, delicadeza e orientação no primeiro consenso.

Ao Prof. Luís Eugênio de Souza, por sua colaboração na qualificação do projeto e no primeiro consenso e, ainda, por ter tido a generosidade de dispor de seu tempo e ter visto a matriz em sua fase bem inicial e ter-me estimulado a seguir em frente.

A todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva, em especial, ao Prof. Jairnilson Paim: por sempre nos mostrar a importância dos sujeitos, por nos dar o exemplo de que é preciso acreditar e também se indignar, por ser esse “homem comum” e ser um mestre. “Ao mestre, com carinho”, o meu obrigado especial.

A minha turma de mestrado: Roberval, Rafael, Leila, Monique, Renato, Marcos, Nedja, Simone, Silvana, Simone, Sheila, Suzana, Rosana, meu agradecimento especial e, com muito carinho, à companheira Edleusa, a Ieda e Lenira – amigas mais presentes nos momentos de angústias e conquistas.

A todos os funcionários do Instituto de Saúde Coletiva, em especial, às “meninas” da biblioteca – Creuza, Beatriz e Rose – a Néa, Anunciação, Clinger e Moisés.

À Prof<sup>a</sup> e amiga Eliane Souza que, com seu exemplo e palavras, sempre me estimulou a buscar novos caminhos, novas capacitações e meu crescimento e “tem muita culpa por eu estar aqui”.

À Rosana Bezerra Batista Neves, meu agradecimento especial por sua amizade, por sua importante colaboração na construção dos dois consensos e por nossas conversas e reflexões sobre a Auditoria no SUS, muitas das quais estão inseridas de alguma forma no conteúdo deste trabalho.

Aos amigos e colegas auditores Gustavo, José Raimundo, Neuza, Regina, Vanda e Vera, pela importante colaboração e altíssima paciência de participarem da construção do consenso da matriz de avaliação. Adoro vocês.

Ao Dr. Paulo Sérgio Nunes, diretor do DENASUS, por sua contribuição na construção do primeiro consenso;

À Dra Eliane Noya que, na época do meu ingresso no mestrado, era diretora da Auditoria da SESAB e foi uma incentivadora do meu aperfeiçoamento.

Aos colegas da Auditoria, pela compreensão da minha “presença ausente”. Não poderia deixar de lembrar especialmente de Cláudia, Cleonice, Fátima Valverde, Fátima Gomes, Antônio Querino e Pimenta.

À turma de Planificação e Administração de 2003: Mara, Alfredo, Marília, Cartacho, Carlos, Daniela e Marcelo pelos ricos momentos compartilhados nas disciplinas de Planificação e Administração. Meu agradecimento especial a Claudina, pela sua amizade e “por me ouvir nas horas de angústias”.

Ao Prof. Henrique pelo abstract.

À Gerluce por suas sugestões no modelo lógico.

À Olívia, por ajudar na agilização da minha licença para conclusão deste trabalho.

A todos os funcionários da Auditoria por toda ajuda que sempre disponibilizaram nos meus momentos de “correria”, principalmente Denise, Naide, Lina e Carla.

À SMS de Vitória da Conquista, em especial a Dra Rita Ataíde e toda sua equipe.

À SMS de Camaçari, em especial, a Dra Zulmira e Dr Ariosvaldo.

À minha família: meus pais – Orlando e Terezinha, irmãos, cunhadas e sobrinho (a)s – pelas horas de relaxamento nos almoços da família.

Aos meus filhos, Filipe e Vinícius – pelo amor e alegria de todos os dias.

À Mario Cezar, com amor, pelo apoio, incentivo, companheirismo e cumplicidade de todas as horas;

E, por fim, quero agradecer ao Universo e sua Força Motriz, por toda luz a mim concedida, por todas essas pessoas, por essa oportunidade de crescimento, de realização e de finalização de uma etapa.

Somos todos anjos com uma asa só e só  
podemos voar quando abraçados uns aos  
outros (Luciano de  
Crescenzo)

## RESUMO

O Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SNA/SUS), instituído pela Lei 8689/93 e regulamentado pelo Decreto 1651/95, estabelece a estruturação e funcionamento geral do sistema, a ser implementado nos três níveis – federal, estadual e municipal – de gestão do SUS. O componente municipal do SNA vem sendo implantado nos municípios que se habilitaram à gestão plena do sistema em todo o país. Faz-se necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de avaliação da implantação desse componente visando identificar lacunas e propor melhorias em sua organização e operacionalização. Até o momento, não se conta com um instrumento de avaliação que possa ser aplicado a distintos municípios em distintos contextos. O presente trabalho tem por objetivo a elaboração de um instrumento que possa vir a ser utilizado em processos de avaliação da implantação desse componente municipal. O marco teórico contemplou revisão dos conceitos de regulação, controle, avaliação, distinguindo-os da concepção de auditoria, a partir do que se caracterizou a concepção do SNA do SUS. A elaboração do instrumento implicou a construção de uma matriz da “imagem-objetivo” do componente municipal do SNA, composta por níveis, dimensões e critérios, considerados como objeto de avaliação da sua estrutura e funcionamento, gerando uma graduação que indica o grau de implantação do sistema. O instrumento elaborado foi validado com a utilização da técnica de consenso e testado em um município do Estado da Bahia, selecionado em função do nível de desenvolvimento do componente municipal do SNA.

**Palavras chaves:** Auditoria; Sistema Nacional de Auditoria; Componente Municipal do SNA; Avaliação em Saúde; Análise de Implantação; Regulação, Controle e Avaliação.

## ABSTRACT

The National Health Auditing System (SNA) of the Brazilian Unified Healthcare System (SUS), created by the Law 8689/93 and further regulated by the Decree 1651/95, determines the system's structure and general functioning to be carried into effect at the federal, state and municipal levels of the SUS management. The SNA's municipal component has been set up in those municipalities that have applied for the system's full management nationwide. The development of a procedure to assess such setup is therefore imperative if the gaps are to be identified and improvements are to be proposed regarding organization and operationalization. However, no assessment tool has been created that may be applied to different municipalities in specific contexts. This paper aims at devising a tool that may be used in the process of assessing the setup of the municipal component. The concepts of regulation, control and assessment as distinct from that of auditing were revised in the literature in order to characterize the conception of the SNA in the SUS context. An "image-aim" matrix of SNA's municipal component was devised encompassing levels, dimensions and criteria to assess its structure and functioning, thus generating a scale that indicates to which extent the system has been set up. This assessment tool was then validated by means of the consensus technique and tested in a municipality in the State of Bahia (Northern Brazil), which was selected by virtue of the SNA's municipal component development.

**Key Words:** Auditing, National Auditing System, SNA's Municipal Component, Health Assessment, Setup Analysis, Regulation, Control and Assessment

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Modelo Lógico

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Matriz de Avaliação do Componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS

## LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CIB – Comissão intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CMA/SUS – Componente Municipal de Auditoria do SUS  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
DCAA – Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde  
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
DF – Distrito Federal  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
I-O – Imagem Objetivo  
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia  
SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SAS – Secretaria de Atenção a Saúde  
SIH – Sistema de Informações Hospitalares  
SNA – Sistema Nacional de Auditoria  
SUDS – Sistema unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCU – Tribunal de Contas da União  
TCE - Tribunais de Contas do Estado

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 MARCO DE REFERÊNCIA</b>	23
2.1 REGULAÇÃO	23
2.2 CONTROLE	30
2.3 AVALIAÇÃO	35
2.4 CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SUS	40
2.5 AUDITORIA	43
<b>3 METODOLOGIA</b>	57
3.1 MODELO LÓGICO	59
3.2 ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO	61
3.3 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: PRÉ-TESTE	70
<b>4 RESULTADOS</b>	76
4.1 VERSÃO FINAL DA MATRIZ	76
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	90
<b>REFERÊNCIAS</b>	94
<b>ANEXOS</b>	101

## 1 INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Sanitária, na década de 80 do século passado, contemplou a elaboração de uma crítica ao modelo médico-hospitalar prevalecente no sistema de saúde brasileiro, principalmente quanto à inefetividade da prestação da assistência médica de caráter curativo provida pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e, também, a ineficiência expressa no pagamento por produção de serviços que consumia uma parte crescente de recursos e permitia o desperdício através das fraudes aplicadas no setor (INOJOSA, 1996).

A partir de 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, teve início um processo de mudanças: uma, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, e a outra, a elaboração de uma nova Constituição Federal. Com o SUDS, iniciou-se o processo de descentralização de serviços para os Estados, persistindo, ainda, as mesmas práticas de gestão e controle do antigo INAMPS (INOJOSA, 1996).

Com a aprovação da Saúde como um direito social, na Constituição de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, através das Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), a implantação desse sistema tornou-se um processo legal e legítimo, consolidando alguns princípios nascidos do movimento da Reforma Sanitária. Desse modo, o SUS é um sistema integrado de saúde garantido pelo Estado Brasileiro, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, conforme artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1998).

Com base na legislação referida e através da implantação de Normas Operacionais Básicas, inicialmente com as NOB 91<sup>1</sup>, NOB 92<sup>2</sup>, NOB 93<sup>3</sup> e NOB 96<sup>4</sup> e, posteriormente,

---

<sup>1</sup> Norma operacional Básica NOB -SUS 01/ 91. Resolução INAMPS nº 258, de 07/01/1991

<sup>2</sup> Norma Operacional Básica NOB SUS 01/92. Portaria SNAS 234, de 07/02/92.

com as Normas de Assistência à Saúde, NOAS 2001<sup>5</sup> e NOAS 2002<sup>6</sup>, o Ministério da Saúde vem conduzindo o processo de construção do SUS, tendo como eixo central a descentralização da gestão do sistema, transferindo às Secretarias Estaduais de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde, as responsabilidades pelas ações e serviços de saúde. Os mecanismos para que essa transferência ocorra de forma satisfatória, fundamentam-se em um sistema de planejamento, controle, regulação, avaliação e auditoria integrados tanto entre os três níveis de governo quanto em cada um dos níveis (BRASIL, 2002)<sup>7</sup>.

A Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) define como competência comum das três esferas de governo a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS e institui, como competência da Direção Nacional do SUS, “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional” (artigo 16, inciso XIX).

A lei ainda estabelece que o MS “acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação dos recursos repassados a estados e municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei” (parágrafo 4º do artigo 33).

Entre as responsabilidades estabelecidas no processo de descentralização das ações e serviços de saúde, estão inseridas a contratação, o controle, a avaliação e auditoria dos serviços, incluindo a operacionalização e estruturação do componente estadual ou municipal do Sistema Nacional de Auditoria, de acordo com as responsabilidades e requisitos previstos nas condições de gestão das Normas Operacionais de Saúde do SUS.

Na NOB 01/91 (BRASIL, 1991), considerando a necessidade de controle e acompanhamento dos repasses efetuados, foi estabelecida como competência do Ministério da

---

<sup>3</sup> Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/93. Portaria MS nº 545, de 20/05/1993.

<sup>4</sup> Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96. Portaria MS nº 2.203, de 06/11/1996.

<sup>5</sup> Norma de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001. Portaria GM/MS nº 95, de 26/01/2001.

<sup>6</sup> Norma de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Portaria SAS nº 373, de 27/02/2002.

Saúde e do INAMPS, a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, cabendo ao Ministério da Saúde acompanhar, através de seu Sistema de Auditoria, a conformidade da programação aprovada para utilização de recursos repassados a Estados e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas em lei quando constatadas a malversação, o desvio ou o emprego inadequado dos recursos. Entretanto, a persistência dos mecanismos de pagamento por produção de serviços colidia com as diretrizes do SUS estabelecidas nas Leis Orgânicas de Saúde.

A NOB-SUS 01/92 (BRASIL, 1992) centralizou a Auditoria no Ministério da Saúde através do Sistema de Auditoria Federal. Este órgão tinha como competência auditar a aplicação dos recursos repassados pelo nível federal aos Estados e Municípios, verificando se estavam de acordo com as disposições planejadas, cabendo-lhe a aplicação de medidas previstas, caso fossem constatados malversações, desvios ou emprego indevido dos recursos.

A Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993), tendo como princípio básico o processo de descentralização das responsabilidades de gestão da esfera federal para os municípios, introduziu algumas medidas como o aperfeiçoamento dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), constando entre as responsabilidades e os requisitos das condições de gestão, o controle e avaliação dos serviços de saúde. É interessante anotar que, ao contrário da NOB anterior, não há referência ao Sistema Nacional de Auditoria.

Através da Lei 8.689/93<sup>8</sup> (BRASIL, 1993), ficou instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), ao qual compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, a ser realizada de forma descentralizada,

---

<sup>7</sup> Portaria SAS nº 423 de 26/06/2002.

<sup>8</sup> Lei 8.689, de 27/07/1993, trata da extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e institui no artigo 6º, o Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

através dos órgãos estaduais e municipais, cabendo a coordenação central ao Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA do MS.

Nessa proposta, a descentralização do SNA é feita através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde, em cada estado da federação e no Distrito Federal, estando sob a supervisão da direção nacional do SUS.

O SNA foi regulamentado, primeiramente, pelo Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994 (BRASIL,1994), que foi mais tarde revogado, o que foi atribuído ao seu caráter centralizador. Nesse mesmo ano, o Decreto nº 1.226 (Brasil, 1994), de 17 de agosto, transferiu 253 cargos do INAMPS (em extinção) para o Ministério da Saúde, assim como, os Escritórios de Representação do INAMPS passam a integrar a Estrutura organizacional do Ministério da Saúde.

Com a revogação do Decreto nº 1.105/94 e a edição do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995), fica regulamentado o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (instituído pela Lei 8.80/90 e Lei 8.689/93) e o sistema passa a ter uma configuração mais adequada à realidade do SUS e passa a exercer, sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, conforme o artigo 2º, as atividades de:

- 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 pericial.

Ainda nesse mesmo artigo, parágrafo único, fica estabelecido “que sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas nesse artigo serão consideradas na formulação de planejamento e na execução das ações e serviços de saúde”.

O artigo 4º do mesmo decreto estabelece que o SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS, e que a estrutura e o funcionamento observados 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.

Cabe registrar também o entendimento, por parte do MS, de que esse sistema se reveste das atividades de Auditoria, suplementando outras instâncias de controle, subsidiando o processo de planejamento das ações de saúde, sua execução, gerência técnica e avaliação qualitativa dos resultados obtidos (BRASIL, 1998).

Tanto a Lei 8.689/93 (BRASIL, 1993) que instituiu o SNA no âmbito do SUS, quanto o Decreto 1.651/95 (BRASIL, 1995) que o regulamentou, definiram o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) como órgão central do SNA, responsável pelas atividades de auditoria do SUS, subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Assim, quando a NOB SUS 01/96 apresenta, em um dos seus itens, o Controle, a Avaliação e a Auditoria, como ações necessárias ao exercício da gestão no SUS e define que as ações de auditoria constituem responsabilidades das três esferas de governo, “exigindo a estruturação do órgão de controle, avaliação e auditoria”, reproduz-se uma denominação da estrutura do Ministério e do seu órgão central – DCAA.

A Norma Operacional acrescenta ainda que se fazem necessárias, em todos os níveis de governo, uma articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria e a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema. Entretanto, não estão explicitadas as ações desses instrumentos da gestão, como a Auditoria e o Controle e Avaliação.

A NOB-SUS 96 aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que se redefine, entre outras questões, a prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos e valorizando os resultados de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade (CONASS, 1997)<sup>9</sup>. A Norma exige, como um dos requisitos para os municípios se habilitarem na gestão plena do sistema municipal (GPSM), a comprovação da estruturação do componente municipal do SNA. Da mesma forma, é requisito comum às duas condições de gestão do Estado<sup>10</sup> comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

Ainda no que diz respeito às Normas Operacionais, a NOAS SUS 01/2001 propõe o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias para consolidar o caráter público da gestão do SUS, instrumentalizando os gestores para o desenvolvimento das funções de planejamento, controle, regulação e avaliação.

Assim como a NOB/96, a NOAS/2001 mantém como um dos requisitos para habilitação nas condições de gestão plena do sistema municipal, gestão avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual, a estruturação dos componentes municipais e estaduais do SNA, respectivamente.

Do ponto de vista operacional, em 1999, com a Portaria GM/MS 1.069, de 19 de agosto (BRASIL, 1999), surge uma proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e auditoria no âmbito do MS, com redefinição de atribuições, responsabilidades e autoridade. Com essa redefinição, o Ministério da Saúde adota medidas para reorganização do sistema de avaliação e controle no âmbito do MS, da interface do sistema de Controle e Avaliação da SAS e do Sistema Nacional de Auditoria com as atividades do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e definição dos recursos patrimoniais e humanos necessários ao cumprimento

---

<sup>9</sup> Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

das competências e atividades de Auditoria e de Controle e Avaliação. Entretanto, apesar dessa proposta de reorganização, essas atividades continuavam inseridas na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Percebe-se que, nesse momento, o Ministério tenta destacar as diretrizes de cada instância estabelecendo que tanto a Auditoria quanto o Controle e Avaliação são instrumentos de gestão que devem estar definidos em cada esfera de governo, pretendendo homogeneizar o entendimento das responsabilidades, atribuições e autoridades no exercício das atividades de controle e avaliação e de auditoria, embora, ao que parece, tal empenho nem sempre tenha resultado no êxito pretendido entre os gestores do SUS.

Só a partir do Decreto nº 3.496, de 1 de junho de 2000 ( Brasil, 2000), que “aprovou a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargo em Comissão e das Funções Gratificadas do MS”, o Ministério redefine o seu Quadro. O SNA, através do seu órgão central – DENASUS – passa a fazer parte, dentro da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, dos órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado, desligando-se da SAS, que, por sua vez, passa a integrar os órgãos específicos singulares do MS, estando, assim, inserido na SAS, o Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas.

Esse decreto foi revogado pelo Decreto Federal 3.774 de 15 de março de 2001<sup>11</sup>, que também estabeleceu que as atividades de controle, avaliação e auditoria do SUS, no âmbito do Ministério da Saúde ficariam organizadas na forma que se segue:

I– O Departamento Nacional de Auditoria do SUS atuará no acompanhamento da programação aprovada de aplicação dos recursos repassados a Estados, aos Municípios e Distrito Federal e na verificação da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação in loco e pericial

II– O Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas atuará na implementação das atividades de controle e avaliação, mediante acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços

---

<sup>10</sup> Pela NOB SUS 01/96, são estabelecidas no processo de habilitação dos Estados duas condições de gestão: gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual.

<sup>11</sup> Revogado pelo Decreto nº 4.194, de 11 de abril de 2002, entretanto estão mantidas as mesmas estruturas e competências do decreto anterior para o DENASUS e o Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas da SAS.

desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação pertinentes a cada órgão.

No artigo 16 desse Decreto, fica estabelecido que compete ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas da SAS, entre outras atividades: acompanhar e avaliar a **prestação de serviços assistenciais de saúde**, no âmbito do SUS, em seus aspectos qualitativos e quantitativos e a transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde a Estados, Municípios e Distrito Federal; realizar estudos para o aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e avaliação dos serviços de assistência à saúde; definir, dentro de sua área de atuação, formas de cooperação técnica com os Estados, DF e Municípios para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos serviços de assistência à saúde.

Conforme exposto, percebe-se que as atividades de auditoria e de controle e avaliação que inicialmente estavam organizadas num único departamento, muitas vezes sem a clara definição dos seus conceitos e de seus papéis, avançaram na sua organização e se encontram, no momento atual, com as atividades e competências definidas no nível federal em dois departamentos, quais sejam, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e o Departamento de Controle Avaliação de Sistemas da SAS.

A existência desta indefinição conceitual e operacional tem sido, inclusive, analisada por alguns autores, a exemplo de Teixeira (2001, p.9) que aponta:

Este é um problema que tem uma dimensão conceitual e outra político-institucional, na medida em que suas “bases doutrinárias”, isto é, seus fundamentos conceituais e metodológicos são distintos e sua expressão na estrutura de poder das diversas instituições públicas de saúde, seja o Ministério sejam as Secretarias Estaduais de Saúde, evidenciam o peso político distinto que tais atividades tiveram e vem tendo no âmbito de um sistema (SUS) que resulta da unificação (reformas administrativas) de estruturas e culturas organizacionais diferentes. Esse problema demanda que os dirigentes e técnicos envolvidos com sua implementação estejam permanentemente refletindo sobre o desenho organizacional do sistema e o papel ou a “missão” de cada um dos seus componentes.

De fato, o debate atual na área revela que, apesar de existir por um preceito legal e embora integrante do SUS, o Sistema Nacional de Auditoria não dispõe, ainda, de uma

estrutura organizacional definida. O Ministério da Saúde vem demonstrando empenhando “{...} no sentido de assegurar uma ação voltada não somente para o objeto da atuação do SNA no SUS, como também, buscando formas de tornar sua atuação mais eficiente e eficaz, mediante a introdução de metodologias modernas de avaliação, permeadas pela gestão da qualidade dentro de um processo de melhoria contínua” (CONASS, 1997, p.53).

Dada a importância estratégica do SNA para o SUS, em razão de ser um componente dinâmico de ajuste e aprimoramento, um instrumento indutor de responsabilidade e de transparência das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, faz-se necessário o conhecimento da organização e da operacionalização dos seus componentes nos diversos Estados e Municípios. De fato, apesar de a legislação definir as atribuições e competências de cada nível do SNA, não estabelece como deve ser a organização do Sistema em cada nível de gestão do SUS.

É importante ressaltar que ao Sistema incumbem não apenas a verificação da regularidade das contas, mas também a avaliação de resultados. É um mecanismo importante para o acompanhamento da atuação dos agentes públicos, em favor das atividades da Administração Pública, sendo necessária, portanto, a sua organização e sistematização dentro do SUS (SANTOS, 1996).

Nesse sentido, consideramos necessário que se investigue como está sendo implantado o SNA, de que maneira este sistema vem sendo organizado, quais as ações adotadas nos diversos níveis (federal, estadual e municipal), quais as dificuldades enfrentadas no processo de implantação e quais os resultados alcançados. A resposta a essas questões demanda a realização de uma ou várias pesquisas abrangentes, que dêem conta do processo de implantação do SNA em todo o território nacional.

Entretanto, uma revisão bibliográfica inicial revelou que, apesar da importância do tema, não estão sendo realizados estudos e pesquisas nessa linha. Tendo como referência o

trabalho de Ayres (2000), foi realizado um levantamento das dissertações e teses publicadas pela CAPES<sup>12</sup> no período de 1993 a 1998, revelando-se a inexistência de trabalhos relativos à Auditoria no SUS.

Encontram-se referências a estudos e pesquisas na área de avaliação de políticas, programas e serviços de saúde, porém são escassos os trabalhos que tratam, especificamente da implantação do Sistema de Auditoria<sup>13</sup>. Os trabalhos limitam-se, na maioria das vezes, à descrição dos tipos específicos de auditoria (médica, odontológica, contábil, governamental), de experiências de um Estado ou como tema inserido em conferências, a exemplo do CONASS e CONASEMS.

Apesar da inexistência de trabalhos específicos sobre “auditoria do SUS”, no âmbito acadêmico vem crescendo o interesse pelo desenvolvimento de estudos de avaliação (HARTZ et al., 1997; HARTZ, 1998; 1999a, SILVA; FORMIGLI, 1994; SILVA, 1999; SILVA et al., 2002) de serviços e ações de saúde. Nesses estudos, a avaliação é considerada uma atividade de natureza institucional que tem por vocação se integrar à gestão pública e ao funcionamento do sistema, tendo por finalidade fazer um julgamento de valor e melhorar a operacionalização de uma política ou o funcionamento de um serviço, podendo cobrir uma intervenção na sua totalidade ou qualquer um de seus componentes (HARTZ, 1999b). Na prática dos serviços de saúde do Brasil, entretanto, a avaliação não está incorporada na rotina, sendo até rara a sua prática na função pública (SILVA; FORMIGLI, 1994; HARTZ, 1999a).

Talvez a primeira tentativa de institucionalizar a avaliação no setor saúde no Brasil seja a implantação do SNA, exatamente como um esforço dos gestores do Sistema Único de Saúde em avaliar e controlar o sistema de saúde em seus diferentes níveis (municipal, estadual e federal).

---

<sup>12</sup> No *site* da CAPES, foi realizado um levantamento de 1999 a 2003, não sendo encontrados trabalhos que tratassem do tema “Auditoria no Sistema Único de Saúde”.

<sup>13</sup> No levantamento realizado no LILACS, não foram constatados estudos sobre a organização e funcionamento do Sistema Nacional de Auditoria, principalmente no que se refere, à sua esfera municipal.

Levando em conta a relativa autonomia dos Estados, é possível que cada Secretaria Estadual de Saúde esteja organizando o seu componente de acordo com suas próprias concepções e possibilidades, configurando-se uma situação heterogênea com relação à implantação do SNA. No âmbito dos municípios, por sua vez, é possível que também esteja desenvolvendo um processo heterogêneo de implantação do componente municipal, principalmente nos municípios que ingressaram na Gestão Plena do Sistema. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de se desenvolver um processo de avaliação da implantação desses Sistemas Municipais de Auditorias do SUS. Entretanto, pelo próprio fato de não se ter definido completamente a estrutura e as funções do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, não se conta com um instrumento de avaliação que possa ser aplicado a distintos municípios em distintos contextos.

A revisão dos instrumentos normativos e a experiência acumulada no âmbito dos serviços, em estados e municípios que avançaram nesse processo, podem ser o ponto de partida para a elaboração de um instrumento de avaliação que retrate como estão sendo implantados os componentes municipais para que realmente possam contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

As questões centrais do estudo, portanto, dizem respeito ao processo de implantação do componente municipal do SNA e podem ser expressas da seguinte forma:

- Os Sistemas de Auditoria do SUS nas Secretarias Municipais de Saúde estão implantados de forma satisfatória?
- As características contextuais podem influenciar o nível da implantação dos Sistemas de Auditoria do SUS nas Secretarias Municipais de Saúde?

Em vista disso, nos propomos a desenvolver uma reflexão sobre **o Componente Municipal do Sistema de Auditoria do SUS**, tratando de elaborar um instrumento que possa vir a ser utilizado para o desenvolvimento de estudos que dêem conta do grau de implantação

desse sistema ou que busquem uma resposta a uma questão central, qual seja: **“Como está sendo implantado o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS?”**

A partir desses questionamentos e da possibilidade de se levantar reflexões conceituais e operacionais relativas ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS, o presente estudo foi pautado nos seguintes objetivos:

- Elaborar uma matriz da “imagem-objetivo” do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, definida através da seleção de dimensões, subdimensões e critérios, para descrição do grau de implantação;
- Validar o instrumento de avaliação (matriz) através da realização de técnica de consenso;
- Realizar o teste do instrumento de avaliação (pré-teste) através da sua aplicação no componente municipal de Auditoria de um município selecionado, habilitado na gestão plena do sistema, no Estado da Bahia.

## 2 MARCO DE REFERÊNCIA

Este capítulo traz o resultado de uma revisão da literatura onde, em primeiro lugar, discorreremos brevemente sobre a regulação como função do Estado e mais especificamente, a regulação no setor saúde e o seu complexo sistema regulatório. Em segundo lugar, procuramos sistematizar os conceitos de controle e de avaliação, buscando diferenciar seus significados teóricos e implicações práticas. No que se refere à avaliação em saúde revisamos a contribuição de Donabedian e a literatura referente à pesquisa avaliativa em saúde, da qual recuperamos a proposta de análise de implantação de programas e projetos. Em seguida, tratamos de apresentar a concepção acerca do controle e avaliação tal como incorporada no âmbito do Sistema Único de Saúde. Posto isso, tratamos de apresentar o resultado da revisão efetuada sobre Auditoria, partindo de uma aproximação preliminar ao conceito para, em seguida, caracterizar o Sistema Nacional de Auditoria do SUS e seus níveis de organização, tendo como referência uma breve revisão sobre a teoria dos sistemas.

### 2.1 REGULAÇÃO

O termo *regulação*, segundo Santos (1997), aparece originalmente relacionado às fontes de Direito<sup>14</sup>, isto é, às regras e às medidas que estabelecem padrões de comportamento, fixam os fins e os critérios materiais de atuação dos poderes públicos e determinam o modo de decisão de litígios jurídicos, independentemente da forma externa de revelação (CANOTILHO apud SANTOS, 1997).

Já Ferreira (2003) considera que este termo se origina do campo da Economia, com uma forte interface com o Direito, tendo o Estado como agente coordenador sobre os agentes privados. O primeiro autor esclarece que os termos *regulação*, *regular*, *poder regulador*,

*regulamentação, regulamentar, normatizar* indicam uma possibilidade de atuação normativa do Poder Público (Legislativo e Executivo) na salvaguarda dos interesses coletivos e, para isso, impondo condicionamentos administrativos à atividade individual ou de um setor isolado da sociedade.

Mais recentemente, no âmbito da literatura sobre a reforma do Estado empreendida nos países capitalistas no contexto da globalização, este conceito tem sido definido como “{...} um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e em sua relação com agentes do mercado” (RIBEIRO, 2001, p.409). Nesse sentido, a regulação se refere à ação política governamental de caráter nacional que trata de estabelecer as regras de relação entre agentes públicos e privados.

Ao se trazer o conceito de regulação para o campo da saúde, cabe a observação de Ferreira (2003, p.2) sobre a dificuldade de se empregar conceitos econômicos que abarquem a especificidade do bem saúde: “ {...}os mecanismos de mercado, calcados na concorrência e na eficiência, são adequados para maximizar a produção de diversos bens, mas não necessariamente para a provisão de atenção à saúde. O mercado produz diferenças, o que é incompatível com a concepção de saúde como direito de cidadania”.

Nesse sentido, essa afirmação ganha reforço no artigo 197 da Constituição Federal, onde está previsto que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde”. Desse modo, a regulação nesse campo não pode ferir esse princípio e deve sempre se dar a favor da saúde e não a favor dos interesses de mercado ou outros quaisquer. A Constituição, quando prevê a relevância pública das ações e serviços de saúde, reafirma seu caráter público e a responsabilidade estatal sobre elas, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

---

<sup>14</sup> Fazem parte das Fontes de Direito: a “fonte formal do direito”, que corresponde ao procedimento legislativo, e a “fonte material do direito”, que corresponde ao conteúdo da norma. (CANOTILHO apud Santos, 1997).

A regulação da Saúde pode ser entendida como composta por duas vertentes: a) a da regulamentação normativa, obrigatória, coercitiva, que deve incidir no processo de incorporação de tecnologias médicas, na qualidade dos serviços, nas funções de produção, nas rotinas de atendimento e outras; b) e aquela na qual prevalece o processo de pactuação, de acordo, de negociação, que já dispõe de normas legais e constitucionais para a fixação dessas negociações. Nesta modalidade, devem participar ativamente os usuários dos serviços de saúde, os gestores do SUS e a iniciativa privada para negociar, definir prioridades de políticas de saúde e responsabilidades com vistas ao sistema de saúde (CONASS, 1998).

Considerando a primeira vertente, incorporamos a abordagem de Santos (1997), que estabelece uma relação entre a regulação estatal e o poder de polícia do Estado<sup>15</sup> e a traz para o campo da saúde. A autora ressalta que esse poder de polícia apresenta duplo sentido, ou seja, um relacionado ao poder regulador do Estado, o outro, sobre o poder de polícia sanitária<sup>16</sup> da Administração, consistindo ambos no “dever-poder” do Estado de condicionar a atuação do particular em nome do interesse coletivo. A autora explicita:

Na área da saúde, o poder de polícia no seu mais amplo sentido – funções legislativas e funções administrativas – engloba todas as atividades que possam, de alguma forma, colocar em risco a saúde coletiva e individual, ficando o Estado com o dever-poder de impor condicionamentos e limites à liberdade e à propriedade – seja através de métodos persuasivos, educativos, indutivos, orientadores, coercitivos – em nome da garantia do direito à vida e à saúde (SANTOS, 1997, p.249).

O poder de polícia que a Administração Pública exerce sobre todas as atividades e bens que afetam ou possam afetar a coletividade, é competência exclusiva e concorrente das três esferas de governo, conforme a descentralização político-administrativa do nosso

---

<sup>15</sup> O poder de polícia em sentido estrito, que consiste num instrumento da Administração no exercício de sua função administrativa de disciplinar a vida dos participantes para a manutenção da ordem pública, está vinculado ao princípio da legalidade: “{...} a administração só pode agir em acatamento à norma” (SANTOS, 1997).

<sup>16</sup> O campo de atuação da polícia sanitária é amplo e envolve a adoção de normas e medidas específicas, requeridas por situações de perigo presente e futuro que lesem ou ameacem lesar a saúde e a segurança dos indivíduos e da comunidade (saúde e meio ambiente) (SANTOS, 1997).

sistema federativo. Nesse sentido, cabe trazer a observação de Santos (1997) de que o poder de polícia administrativa é um simples ato administrativo e, como todo ato administrativo, subordina-se ao ordenamento jurídico que rege as demais atividades da Administração, sujeitando-se, inclusive, ao controle da legalidade pelo Poder Judiciário.

Segundo Ribeiro (2001), a regulação no setor saúde envolve tanto estruturas tradicionais, como inovações recentes<sup>17</sup> e tem como foco as relações entre as três esferas de governo; as relações entre governo, prestadores privados e semipúblicos; e as relações entre governo e agentes no mercado. Para esse autor, as estruturas tradicionais são múltiplas e misturam-se com uma ampla burocracia que perpassa todas as instituições públicas. Consistem de diversos organismos que se confundem com a própria burocracia pública e que, apesar do caráter normativo e burocratizado que possam ter, influenciam a configuração final das funções regulatórias do Estado, tais como os Tribunais de Contas do Estado e da União, o Sistema Nacional de Auditoria, o Ministério Público e as Secretarias de Controle Interno dos Ministérios. Estas instâncias tomam decisões que afetam a formulação e a implementação da política de saúde.

Além disso, as Comissões Intergestores<sup>18</sup> e os Conselhos de Saúde<sup>19</sup>, organizados através de representantes de várias entidades, se conformam na qualidade de organismos formuladores e reguladores, assim como têm desempenhado um papel importante as entidades de defesa do consumidor<sup>20</sup>. Dessa forma constrói-se um quadro complexo de articulação das

---

<sup>17</sup> Dentre essas inovações, merece destaque o modelo de regulação por agências.

<sup>18</sup> As comissões intergestores são colegiados compostos por gestores municipais e estaduais a exemplo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); a comissão formada por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), em nível nacional, é a Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

<sup>19</sup> Conselho de Saúde: órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários do SUS - Lei 8142/90 (BRASIL, 1990).

<sup>20</sup> O órgão de defesa do consumidor não é aplicável às relações do cidadão com as ações e os serviços públicos de saúde (SUS), em razão de esse órgão proteger a relação de “compra e venda”, ou seja, atividade fornecida no mercado de consumo mediante remuneração (SANTOS, 1997). No caso do SUS, existem instâncias que assistem o direito dos usuários, tais como o Departamento de Ouvidoria Nacional do SUS, através do Sistema de Atendimento à Demanda Espontânea (SADE), o Sistema Nacional de Auditoria, através de apuração de denúncias e os Conselhos de Saúde.

atividades regulatórias estatais com organismos da sociedade civil e o próprio mercado (SANTOS, 1997; RIBEIRO, 2001).

No caso do Brasil, cujo sistema de saúde configura-se como segmentado<sup>21</sup>, as políticas regulatórias se fazem necessárias enquanto instrumento de viabilização de um modelo assistencial coerente com os princípios da integralidade da assistência, universalidade de acesso e equidade do atendimento, com vistas ao alcance de ações e serviços de saúde eficientes e eficazes (SOUZA; BOLDSTEIN, 2002). Esses princípios e diretrizes constituem a imagem-objetivo do SUS, e por isso, de toda a sua ação reguladora (CONASS, 1998). Na perspectiva apresentada por Ribeiro (2001), essa conformação e articulação entre os sistemas diversificam a política regulatória em três campos principais<sup>22</sup>:

1. relacionado ao foco da regulação: no sistema público, sobre as transferências entre governos e compra de serviços aos prestadores privados; no setor privado, sobre a regulação do mercado de planos de saúde;
2. relacionado ao desenho organizacional: controle burocrático universal (Tribunal de Contas, Ministério Público, Sistema Nacional de Auditoria); agências regulatórias especializadas; ou por conselhos pluripartites;
3. relacionado ao instrumento: contratos de gestão; programas de incentivos; guias de decisão médica.

Ribeiro (2001) entende que, no contexto do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito, ao foco da regulação, as relações entre os três níveis de governo e entre estes e os prestadores privados estão reguladas por diferentes legislações, organismos e departamentos específicos através de um modelo estatal normativo, sendo que três instâncias regulatórias se apresentam como as mais relevantes e demonstram modelos diferenciados de controle sobre

---

<sup>21</sup> Os sistemas de serviços de saúde estão conformados em sistemas segmentados ou em sistemas públicos universais. Os primeiros podem ser definidos como aqueles que segregam diferentes clientelas em nichos institucionais singulares, existindo uma integração vertical em cada segmento e uma segregação horizontal entre eles, onde cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela. (MENDES, 2001).

<sup>22</sup> Ribeiro (2001) também define que a regulação setorial varia quanto ao modelo (auto-regulação *versus* regulação governamental) ou objeto (médicos e /ou organizações privadas e públicas).

as ações e serviços de saúde, a saber: o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde.

O autor define o SNA como um organismo regulador federal, detentor de autoridade pública, que atua nos três níveis de governo e tem como modelo regulatório o caráter universalista e burocrático característico das instituições públicas, embora o escalonamento nas punições vise aprimorar a qualidade dos serviços. Considera que o sistema realiza a regulação tradicional das contas e de produção de serviços, entretanto também pontua que ele procura associar as funções típicas de auditoria, com avaliação da qualidade da gestão mediante a utilização de parâmetros, indicadores e utilização de informações específicas dos sistemas de informações nacionais.

No processo de definições das transferências de recursos interinstâncias de governo e de modalidades de pagamentos dos serviços de saúde, as Normas Operacionais Básicas também atuam como instrumentos de regulamentação do sistema público, além de que instruem o processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica (VIANA et al, 2002).

Não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência. A autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, não necessariamente compatíveis com o interesse público (ARRETCHE, 2003). Nestas condições, sistemas de avaliação, controle, auditoria e monitoramento do desempenho dos agentes assumem relevância estratégica (Hurley et al., 1995 apud ARRETCHE, 2003), pois “[...] são as regras institucionais de uma política pública – isto é, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de representação de interesses,

etc – que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais” (ARRETCHE, 2003, p.335).

Na perspectiva da regulação no setor saúde, Ribeiro (2001) também aborda a microrregulação, considerando que dois aspectos no Brasil se destacam e apresentam convergência com a experiência internacional: um está relacionado às inovações introduzidas no setor público, especialmente uma maior “contratualização” das ações desenvolvidas, que se expressa nos contratos de gestão<sup>23</sup> estabelecidos para definir compromissos de organizações, como os hospitais públicos e contratados nos SUS e nos programas de qualidade que definem incentivos aos profissionais. O outro aspecto é referente à microrregulação praticada no setor privado pelas empresas que absorvem estratégias de controle de custos e estruturação da oferta baseada no modelo americano – o *managed care*<sup>24</sup>. Nas duas situações, a regulação implica desdobramento de processos de trabalhos profissionais, de modo geral médicos, ou de organizações, em geral hospitalares, em unidades mensuráveis, capazes de possibilitar o controle dos custos, influenciados por decisões individuais ou organizacionais, e orientar programas de incentivos ou cumprimento de metas.

Magalhães (apud SOLLA; SANTOS, 2002) aborda a regulação no setor saúde através de duas perspectivas: a macrorregulação e a microrregulação do setor saúde. O autor chama de macrorregulação aos mecanismos mais estratégicos de gestão, quais sejam, o estabelecimento de planos estratégicos, de projetos prioritários, de relação com o controle

---

<sup>23</sup> Os contratos de gestão são usualmente aplicados para definir relações entre governos e empresas públicas ou privadas e residem no estabelecimento de objetivos gerais da empresa ou organização, de indicadores de acompanhamento de desempenho e de progressividade no cumprimento de metas. O governo, por sua vez, concede autonomia à empresa pública ou funções ou serviços a serem explorados pela empresa privada. Os contratos de gestão envolvem pactuação e regulação, geralmente, desenvolvida por agências ou departamentos especializados na administração pública (RIBEIRO, 2001).

<sup>24</sup> *Managed care* ou “assistência médica gerenciada” consiste numa reatualização dos planos de saúde de pré-pagamento que se propõem a fornecer assistência médica a grupos específicos através da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais (ALMEIDA, 1996). Segundo Ribeiro (2001), é uma técnica regulatória que possibilita o controle sobre processos específicos e decisões individuais de profissionais (médicos) ou organizações (hospitais). Este sistema prevê uma agenda regulatória do sistema privado, com um maior controle sobre os médicos através da auditoria, padronização de decisões que conflituam com a autonomia técnica e podem comprometer a qualidade dos serviços.

social, as definições orçamentárias maiores, a relação com as outras políticas sociais que interferem com a produção ou não de saúde nas populações, a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado. Esta macrorregulação pode estabelecer-se com bases sociais públicas, em bases políticas menores, em bases corporativas ou tecnocráticas, e/ou baseada nos interesses dos mercados privados. Os autores ressaltam que “{...} não existe sistema sem regulação: a diferença se estabelece pelas bases que predominam na orientação da regulação existente. A clareza deste ponto é fundamental para a reflexão de todos que estão na gestão pública de saúde, onde a disputa é permanente”.

A microrregulação, por sua vez, está definida como microrregulação assistencial ou regulação assistencial. Trata-se da tradução, em nível operacional, das regras gerais estabelecidas na macrorregulação e implica a articulação e a conjugação das respostas potenciais do sistema para o conjunto dinâmico das demandas populacionais, bem como a gerência e a avaliação do que foi planejado nos vários recortes da assistência, dotando a gestão de uma inteligência reguladora operacional.

Diante do exposto, constata-se a existência de um quadro regulatório nacional complexo<sup>25</sup>, na medida em que existem instrumentos diversificados de regulação do sistema, com uma articulação das atividades regulatórias estatais com organismos societários e o próprio mercado. Neste contexto político-institucional é que se insere o Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA.

## 2.2 CONTROLE

**Governar é uma atividade complexa que envolve, no mínimo, quatro componentes: dirigir, planejar, organizar e controlar (MARTINS, 1989). Controlar significa *conferir, verificar*. Segundo a escola francesa, o controle é primitivamente um**

---

<sup>25</sup> Vários exemplos evidenciam a existência de superposição de funções de agência com os procedimentos cotidianos de departamentos de diversos ministérios no governo federal, desencadeando superposição nas

**segundo registro, mantido à parte para verificação do primeiro. De onde, por extensão, assegura-se que uma asserção é exata ou de que um trabalho foi executado como deveria ser. Quando a palavra controle é usada num contexto filosófico, deve ser verificado se ela é entendida no sentido francês ou no sentido inglês, pois, no sentido inglês, não é somente controlar, mas *mandar, dirigir, ter o domínio, conter, reprimir, dominar* (LALANDE, 1999).**

Na língua portuguesa, a palavra *controle* é entendida como *fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, etc, para que não se desviem das normas preestabelecidas.*

A idéia de controle vem, comumente, associada a cerceamento, restrição, coerção, freio, entretanto garantir a concretização de expectativas constitui aspecto essencial do processo de controle. Neste sentido, enfatiza Martins (1989, p.8):

O controle é um aspecto fundamental da vida do Estado e da Sociedade. Onde quer que haja objetivos a serem alcançados, padrões a serem respeitados, regras a serem obedecidas, condições a serem satisfeitas; {...} onde quer, enfim, que haja interação civilizada, existe a necessidade de um fluxo permanente e sistemático de operações de controle.

No campo da Teoria Administrativa, Chiavenato (1987) define controle como uma função administrativa, entendendo-o como o segmento do processo administrativo que mede e avalia o desempenho e toma a ação corretiva quando necessária, sendo, assim, um processo essencialmente regulatório. Deste modo, a essência do controle reside em verificar se a atividade controlada está ou não alcançando os resultados desejados.

Ainda no campo da Administração, Fayol<sup>26</sup> (apud Martins, 1989, p.10) traz a definição clássica, em que controle “{...} consiste em verificar se tudo está correndo de conformidade com o plano adotado, as instruções emitidas e os princípios estabelecidos. Seu objetivo é apontar as faltas e os erros para que se possa retificá-los e evitar a sua reincidência. Aplica-se a tudo; coisas, pessoas e atos”. O autor ressalta que faz parte integrante do processo de

---

atividades de avaliação, fiscalização, penalização, defesa de direitos e inúmeras práticas passíveis de enquadramento em uma política governamental de regulação setorial (RIBEIRO, 2001).

<sup>26</sup> FAYOL, H. *Administração industrial e geral*. São Paulo. Atlas, p.143

controle “tomar as medidas corretivas”<sup>27</sup>, pois se as não-conformidades não forem eliminadas, os responsáveis pela função de controle estarão apenas acompanhando. Não basta apenas acompanhar e avaliar, o controle envolve também a retificação dos desvios observados.

Campos (1989, p.45) aborda a questão das medidas corretivas recomendadas por quem exerce o controle e do cumprimento do recomendado por quem é controlado, ressaltando que “{...} não há dúvida de que a eficácia de qualquer controle requer a autonomia do controlador diante do controlado”. Controlar é verificar a aderência das ações ou dos resultados ao padrão definido e prevenir ou corrigir desvios desse padrão.

Segundo Inojosa (1996), o controle está frequentemente subordinado a outro poder – o regulador ou normatizador das relações sociais ou organizacionais. A autora enfatiza que são os atores sociais que detêm poder legal e/ou legítimo para estabelecer critérios a serem obedecidos ou padrões de ação ou de resultados que devem ser alcançados ou mantidos e que as normas e padrões na sociedade mudam num ritmo mais lento que a avaliação das situações<sup>28</sup>.

**Martins (1989) aponta quatro grandes categorias para as principais relações de controle existentes na vida social, a partir da dicotomia Estado-sociedade: controles exercidos pela sociedade (sobre si e sobre o Estado) e pelo Estado (sobre a sociedade e sobre si). No que tange ao controle da sociedade sobre o Estado, o autor explicita que as instituições foram criadas justamente para estabelecer limites e colocar à disposição do povo instrumentos adequados ao controle do poder político. Observa que a lista dessas instituições é longa e variada e inclui os órgãos que compõem o Poder Judiciário, além**

---

<sup>27</sup> Martins (1989) chama a atenção para o fato de que essas medidas corretivas de que fala não se referem a única e exclusivamente aos acontecimentos desviantes e que, muitas vezes, a ação corretiva apropriada pode ser a revisão e reformulação dos padrões estabelecidos para ajustá-los às reais possibilidades das pessoas e recursos disponíveis.

<sup>28</sup> A autora explica que isso ocorre por dois fatores: a) as avaliações dos diversos sujeitos sociais não alcançam rapidamente um consenso, de modo a requisitar uma mudança de norma, e b) quem detém o poder regulador na sociedade ou em uma organização tem, naturalmente, a perspectiva conservadora do grupo dominante.

do Congresso Nacional, das assembléias estaduais e das câmaras municipais, da imprensa livre, dos partidos políticos, tribunais de contas e do *ombudsman*<sup>29</sup>.

Várias dessas instâncias são portadoras ou sinalizadoras do interesse público e que podem cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental *ou accountability*<sup>30</sup>, entendida como a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e expectativa dos cidadãos, garantindo fidelidade governamental aos interesses público (SANTOS, CARVALHO, 1992; CARVALHO, 1997). Frederich Mosher (apud CAMPOS, 1990, p.33) apresenta *accountability* como:

“{...} sinônimo de responsabilidade objetiva ou obrigação de responder por algo {...} acarreta a responsabilidade de uma pessoa ou organização perante uma outra pessoa, fora de si mesma, por alguma coisa ou por algum tipo de desempenho {...} quem falha no cumprimento de diretrizes legítimas é considerado irresponsável e está sujeito a penalidades.

Carvalho (1997) chama a atenção de que nem todas instâncias são instrumentos diretos de *accountability* e que, para uma instância ou órgão funcionar como um instrumento direto, ele deve dispor de mecanismos de punições de modo a fazer valer suas determinações. Segundo exemplifica o autor, os Conselhos de Saúde não são instrumentos diretos, mas devem ser vistos como potentes instrumentos de estímulo a *accountability* e instrumentos auxiliares de indução de *responsiveness*<sup>31</sup>.

“O controle do Estado sobre si mesmo é de importância decisiva para a sobrevivência das repúblicas democráticas” afirma Martins (1989, p.17). Segundo o autor, os controles internos do aparelho estatal não são importantes apenas em si mesmos, mas também pelo papel que desempenham nas relações Estado-sociedade. Tais controles fazem parte do conjunto dos meios instituídos para viabilizar tanto o controle da sociedade sobre o Estado, quanto o controle do Estado sobre a sociedade.

<sup>29</sup> A figura do *ombudsman* nasceu na Suécia e vem sendo adotada em todo o mundo, significando “fiscal do povo”, “ouvidor”, “corregedor administrativo”, “inspetor geral” etc. É um instrumento de controle e fiscalização das atividades de um organismo público ou privado (SANTOS, CARVALHO, 1992).

<sup>30</sup> Almeida (1996) define *accountability* como a prestação de contas do governo ao cidadão

<sup>31</sup> Carvalho (1997) traz o conceito de Przeworsky (1996) pelo qual *responsiveness* está relacionado com a capacidade, inclusive técnica, de saber o que é melhor para a sociedade.

Para Campos, embora necessários, a simples criação de mecanismos de controle burocrático não se mostra suficiente para garantir que o serviço público sirva a sua clientela de acordo com os padrões normativos do governo democrático. E acrescenta:

“{...} o verdadeiro controle do governo – em qualquer de suas divisões: Executivo, Legislativo e Judiciário – só vai ocorrer efetivamente se as ações do governo forem fiscalizadas pelos cidadãos. Somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para a *accountability* (CAMPOS, 1989, p.40).

Na área da saúde, especificamente, o controle é definido por Silva et al (1996) como o processo através do qual “{...} as atividades e serviços de saúde, prestados pelas unidades públicas e privadas são analisadas em relação aos planos, programas, metas e normas estabelecidas, bem como os bens e serviços produzidos, sinalizando as mudanças a serem efetuadas, quer no conteúdo da ação implementada, quer nos instrumentos de gestão empregados”. Segundo Inojosa (1996), todos os envolvidos na produção, financiamento, consumo ou observação de um ato têm o poder de avaliar, mas apenas parte desses avaliadores detém o poder de controle.

**Do ponto de vista jurídico-normativo, cabe ao Poder Público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, como estabelece o Art 197 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), o que significa dizer que, “{...} sobre tais ações tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo *controle*, mormente quando aparece ao lado da palavra *fiscalização*, além do que, o conceito de relevância pública deve permear a atuação do Estado no exercício de sua função de poder de polícia administrativa” (SANTOS, 1997).**

No Manual de Normas de Auditoria do SUS (BRASIL, 1998), *controle* está definido como “{...} o monitoramento dos processos (normas e eventos), com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda”; *fiscalização*, no entanto, “{...} consiste em se submeter à atenta vigilância, a execução de atos e disposições contidas em legislação, através do ofício

de fiscal”<sup>32</sup>. Nesse sentido, a fiscalização implica em realizar um julgamento pautado na legislação, como também, a existência de uma autoridade pública instituída legalmente para emitir orientações, recomendações e, até adoção de medidas corretivas, caso seja evidenciado a existência de não conformidades.

### 2.3 AVALIAÇÃO

No Brasil, e em outros países da América do Sul, a prática da avaliação na função pública é rara, embora se observe que ela ocupa um espaço crescente nos textos legais, técnicos e científicos. A decisão de institucionalizar a avaliação em nível governamental tem o caráter de integrá-la em um sistema organizacional no qual seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, que possa influenciar na gestão e na tomada de decisão (HARTZ, 1999a; 1999b).

Em torno do tema de avaliação de políticas e programas, existe consenso no contexto internacional sobre a necessidade de se conhecer os efeitos das intervenções implantadas, contudo os modelos de sua institucionalização variam de um país para outro (HARTZ 1999b). Com base em ampla revisão sobre o tema, a autora ressalta que o caráter institucional da avaliação supõe o controle de sua qualidade e o favorecimento de uma cultura organizacional. A esse caráter institucional da avaliação, deve ser integrado um modelo orientado para a gestão, ligando atividades de investigação às de gestão, além de uma formulação da política de avaliação para a avaliação de políticas públicas.

As diversas definições sobre o significado da avaliação têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto aos seus atributos ou componentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SILVA, FORMIGLI, 1994; SILVA, 2003).

Avaliação pode ser entendida como

---

<sup>32</sup> No *Dicionário Aurélio*, “fiscal” significa pessoa incumbida de fiscalizar certos atos ou executar certas

“{...} um processo que tenta determinar o mais sistematicamente e objetivamente possível à relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos. É uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem. É um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões (Administrative Committee on Coordination, 1984 apud SILVER, 1982, p.198)<sup>33</sup>.

Entretanto, avaliar, conforme enuncia Contandriopoulos et al. (1997, p.31) de forma mais objetiva, “{...} 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”. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas<sup>34</sup>. Já a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento *ex-post* sobre uma intervenção utilizando-se metodologias científicas (CONTANDRIOPOULOS et al. 1997).

Das diversas metodologias propostas para avaliação, a proposta da abordagem de Donabedian (1980,1992) para a avaliação em saúde, sistematizada na tríade “estrutura-processo-resultados”, é considerada clássica. Com base no enfoque sistêmico e com o objetivo da avaliação do cuidado médico, as categorias básicas trabalhadas (estrutura-processo-resultados) estão inter-relacionadas, embora o próprio autor ressalve que, com frequência, as relações entre essas categorias não estão bem estabelecidas. Para Donabedian, *estrutura* corresponde às condições (recursos materiais, humanos e organizacionais) obtidas ou disponíveis para o desenvolvimento das atividades previstas; *processo* diz respeito ao

---

disposições.

<sup>33</sup> Em 1984, o Comitê Administrativo de Coordenação do Grupo de trabalho para o desenvolvimento rural das Nações Unidas sistematizou a terminologia utilizada em nível internacional, a qual foi incorporada por diversas agências da Organização das Nações Unidas.

<sup>34</sup> Os critérios e normas nos quais se apóiam as avaliações normativas constituem os chamados “resumos do verdadeiro e resumos do bem”. Eles podem ser provenientes dos resultados da pesquisa avaliativa ou de outros

conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes e pode ser associado à estrutura disponível, e os *resultados* são concebidos como mudanças verificadas na situação problema – o estado de saúde dos pacientes – que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também podem ser consideradas como resultados as mudanças relacionadas com conhecimentos, comportamentos e satisfação do usuário.

A abordagem de avaliação em saúde proposta por Donabedian apresenta limitações relacionadas, principalmente a abrangência dessa classificação e a redução que ela pode operar do real (SILVA; FORMIGLI, 1994). No entanto, embora limitado, o que pode ser percebido fundamentalmente no modelo é a complementaridade das categorias: “{...}a aferição dos resultados do cuidado, em última análise, reflete a qualidade das estruturas e dos processos, tornando difícil ignorar a importância dos dois primeiros em relação ao último” (STILES; MICK, 1994 apud MALIK, 1996, p.20).

Em relação ao campo da pesquisa avaliativa, Denis e Champagne (1997), com base em uma revisão das críticas de vários autores, criticam os estudos em que a avaliação se apoiava unicamente nos efeitos trazidos por uma intervenção, o que os autores denominam de “modelo da caixa-preta” (*black box experiment*). Segundo esse modelo, a intervenção é tratada como uma variável dicotômica (ausência ou presença de intervenção), onde não estão consideradas às influências das características contextuais na qual a intervenção é introduzida.

Nesse sentido, o reconhecimento dos limites do modelo da caixa-preta suscitou um interesse pelos problemas ligados à implantação<sup>35</sup> das intervenções. Assim sendo, a “análise de implantação” é um dos tipos de análise que compõem a pesquisa avaliativa, a qual consiste em explicar, após a introdução de uma intervenção, os conjuntos de fatores que influenciam os seus resultados (DENIS; CHAMPAGNE,1997). Intervenção é aqui entendida

---

tipos de pesquisa, ou fundamentados no julgamento de pessoas bem-informadas ou expertos na área (RIVELINE, 1991 apud CONTANDRIOPOULOS, 1997).

<sup>35</sup> Implantação refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

como “{...} um conjunto de 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” (CONTANDRIOPOULOS et al. , 1997, p.31).

Um dos componentes da análise de implantação refere-se à *análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção*, que consiste em explicar o grau de implantação de uma intervenção em relação às características contextuais do meio de implantação, ou melhor, explicar os fatores que influenciam uma maior ou menor operacionalização desta intervenção. Este tipo de análise é apropriada em uma grande quantidade de intervenções (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Segundo esses autores, na realização da medição do grau de implantação, certas diretrizes são necessárias, tais como especificar os componentes da intervenção, identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção, descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção e analisar a variação na implantação em virtude da variação das características contextuais.

Na análise dos fatores contextuais que podem facilitar ou obstaculizar a implantação de uma intervenção, Denis e Champagne (1997) apresentam um quadro conceitual denominado modelo político contingente, com base na perspectiva de que a organização é uma arena política e os seus atores perseguem estratégias diferentes. Segundo este modelo, “{...} o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 67).

A pesquisa avaliativa sempre deve ser orientada por um modelo teórico<sup>36</sup> que procure explicitar como o programa<sup>37</sup> supostamente funciona (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Esta construção lógica pode derivar de várias fontes como os resultados de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais, experiências de gestores e avaliadores. Para sua construção, implica as especificações seguintes: o problema, a população-alvo e as condições do contexto; o conteúdo do programa ou atributos necessários e suficientes para produzirem os efeitos esperados (REYNOLDS, 1998 apud HARTZ, 1999a).

O modelo teórico deve conduzir a uma apreciação sistemática de todos os diferentes componentes no interior de um sistema empírico e expor as relações entre esses componentes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1994). Segundo enuncia Hennessy (apud HARTZ, 1999a), o modelo teórico é tão importante que os avaliadores só deveriam avaliar políticas e programas se tivessem explicitado sua teoria e as medidas ou indicadores correspondentes.

Na perspectiva desse modelo, entende-se que o programa é tratado em sua pluralidade e também na sua singularidade de seus sub-programas ou projetos, onde nunca se encontra “{...} apenas um efeito desejado para os participantes, mas um conjunto de efeitos lógica e hierarquicamente articulados em uma série de relações se-então associando recursos, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazo” (PLANTZ et al., 1997 apud HARTZ, 1999a, p.343).

---

<sup>36</sup> A Teoria pode ser definida como um conjunto de pressupostos, princípios ou proposições que explicam ou guiam a ação social. Distingue-se em teorias “causais ou descritivas”, que teriam como objetivo explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados daquelas “normativas ou prescritivas”, que estariam voltadas para definir a imagem-objetivo, ou seja, como devem ser as intervenções, o processo de implementação do programa e os resultados (SILVA, 2003 apud Chen, 1990). Os modelos teóricos são conhecidos “popularmente” no Canadá como *modelos lógicos*. Constituem uma exigência governamental para a avaliação de intervenções federais, desde o início dos anos 80, e são considerados extremamente práticos pelos avaliadores, ajudando-os a estabelecer e testar a razão do programa bem como a conceber um instrumento de avaliação adequado (MONTAGUE, 1997 apud HARTZ, 1999).

<sup>37</sup> “Programas são compreendidos como o conjunto de ações visando a favorecer comportamentos adaptativos requeridos pelas diferentes áreas ou atividades humanas relacionadas com a vida comunitária, escola, trabalho, saúde e bem-estar. Sua avaliação demanda procedimentos de investigação para a coleta sistemática de informação voltada para a tomada de decisão e melhoria das intervenções” (SCHALOCK, 1995 apud HARTZ, 1999).

## 2.4 CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SUS

O Controle e Avaliação, entendido como espaço de poder exercido pela organização gerenciadora do sistema de saúde tem sua origem no antigo INAMPS. Naquele contexto, a lógica presente implicava que o controle emanava principalmente do grupo de atores sociais que detinha o poder regulador e que não estava permeável à demanda de outros sujeitos da avaliação<sup>38</sup>. Neste caso, a avaliação considerada era apenas a do próprio grupo detentor de controle e talvez por isso que tenha havido a inversão, passando a avaliação a ser apenas uma função de controle (INOJOSA, 1996).

A atividade de Controle e Avaliação não chegou a ser estadualizada na maioria dos Estados, no âmbito do processo de descentralização desencadeado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), na segunda metade dos anos 80 (SANTOS, 1998). As Secretarias de Estado de Saúde começaram a incorporar, a partir de 1987, alguns procedimentos do INAMPS em relação ao controle da compra de serviços do setor privado, copiando para o interior da secretarias as práticas de controle e avaliação da cultura “inampsiana”. Além disso, a presença de atividades de controle exclusivamente no que se refere aos serviços complementares comprados da rede privada, ajudava em perpetuar a dicotomia entre as atividades de prestação de assistência médica e as atividades de vigilância à saúde (INOJOSA, 1996).

Com a criação do SUS, a Lei 8.080/90 estabelece que o Controle e a Avaliação<sup>39</sup> do SUS são competências comuns das três esferas de governo e, portanto, deve envolver diversas instâncias do SUS, tais como os Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, Sistema

---

<sup>38</sup> A autora pontua que um serviço público de saúde tem potencialmente muitos juízes, tais como o cliente, os cidadãos que financiam os serviços, os prestadores diretos, os gerentes, os dirigentes, os concorrentes, os demais grupos de poder interessados no setor, a imprensa, os segmentos da sociedade civil...

<sup>39</sup> Inojosa (1996) chama a atenção em relação aos termos “controle e avaliação” que deveriam estar invertidos, pois, primeiro, estaria a avaliação como determinação do valor ou qualidade de alguma coisa que desencadeia o exercício do controle. É preciso que alguém avalie, isto é, selecione um conjunto de propriedades ou atributos

Nacional de Auditoria, entre outros. Inojosa (1996) aponta para o fato de que o SUS traz uma perspectiva nova para a avaliação e para o controle, à medida que envolve a ampliação do seu objeto e a incorporação, no processo de avaliação, de novos atores sociais.

Conforme descrito por Inojosa (1996), na Lei Orgânica de Saúde, a atividade de *avaliação e controle* pode ser identificada em quatro itens: 1) acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; 2) formulação e avaliação de políticas; 3) avaliação, regulação e fiscalização de ações e serviços de saúde; 4) controle de prestadores privados contratados e conveniados. Os três primeiros itens se referem à avaliação das condições de saúde da população, que permite identificar as políticas formuladas e, daí, cabem a regulação, a avaliação e o controle das ações dela decorrentes. O quarto item representa a importância desses prestadores contratados e conveniados na oferta de serviços. Outro autor, Silver (1992), acrescenta que as atividades de controle e de avaliação do Sistema Único de Saúde terão como objeto medir não somente a qualidade dos serviços, mas também o grau de cumprimento da equidade, promessa contida na Constituição.

Diante do exposto, percebe-se que, no âmbito do SUS, o Controle e Avaliação podem ser entendidos dentro de duas dimensões: uma primeira relacionada a uma perspectiva de macropráticas de trabalho, envolvendo diversos órgãos, setores ou instâncias, subordinadas ao poder regulador, o qual pode ser exercido por atores sociais e organizacionais que detêm poder legal e/ou legítimo para estabelecer critérios a serem obedecidos ou padrões de ação ou de resultados que devem ser alcançados ou mantidos. A segunda dimensão entende o Controle e Avaliação como um instrumento ou função de gestão do SUS, relacionado a micropráticas de trabalho, como contratar, licitar, comprar, acompanhar, ou seja, atividades de controle e avaliação assistencial, conforme concebido nos respectivos documentos legais/oficiais<sup>40</sup>.

---

considerados adequados ou desejáveis para um ato ou serviço. Esta avaliação desencadeia controle que, por sua vez, tem uma dimensão coercitiva e demanda um poder correspondente.

<sup>40</sup>Regimento Interno do Ministério da Saúde (Ato Portaria nº 1970/2002), NOAS SUS 01/2001, Portaria Ministerial (PT SAS nº 423/2002): “O Controle e Avaliação assistencial, a serem exercidos pelos gestores do

A implementação dessas funções nos diversos níveis de gestão do SUS vem-se dando de forma heterogênea. No que se refere aos Estados, a transferência da a função de controle e avaliação carregou na sua estrutura

“{...} um grau bastante elevado de burocratização, com a consolidação de todo um *modus operandi* que, ao penetrar as estruturas estaduais, conservou, em grande parte a forma de funcionamento (do antigo Inamps), não se chegando à construção de uma “cultura estadual” de controle e avaliação. Na maior parte dos Estados permaneceu funcionando no escritório de representação do INAMPS ou como um setor completamente separado da estrutura das Secretarias Estaduais” (SANTOS, F., 1998, p.32).

A aceleração do processo de municipalização desencadeou, principalmente por parte dos municípios de médio e grande porte, uma preocupação com a função de controle e avaliação, a partir da constatação da forte presença do setor privado contratado na prestação da assistência à saúde e, conseqüentemente, do comprometimento da totalidade dos recursos financeiros com este setor.

O estudo de Carboni et al (1996), entretanto, revela que os municípios não efetuam o controle e avaliação que a eles competem, faltando conscientização dos gestores da necessidade de estruturação dos mesmos, sendo que, na sua maioria, os métodos desenvolvidos e repassados aos gestores municipais pelo nível federal estão voltados para os serviços assistenciais e pouco enfocam a rede de serviços e as ações como um todo. Estes achados coincidem com a avaliação realizada pelo MS, tal como expressa em uma portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que observa que a descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação “{...} impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos);

---

SUS, compreendem o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições”.

supervalorizados em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários”.

Diante desse contexto, ainda persiste uma gestão dominada pela burocracia, com a perpetuação de uma situação de descontrole, na medida em que os prestadores de serviços trabalham na mesma lógica de manutenção de seus próprios interesses (SANTOS, F., 1998; CALEMAN, 1998). Para reverter essa lógica e assumir esse novo papel de controlar e avaliar toda a rede de prestadores de serviços de saúde, o principal desafio colocado aos gestores municipais é o de buscar essa transformação, sem contar com qualquer experiência anterior ou modelo a ser copiado e, ainda, sem interromper a prestação de serviços assistenciais de saúde (SANTOS, F., 1998).

## 2.5 AUDITORIA

### 2.5.1 Antecedentes e Aproximações Conceituais

A palavra auditoria tem sua origem no latim *Audire* que significa ouvir. Na língua portuguesa, a palavra *Auditoria* é entendida como *cargo de auditor; local onde o auditor exerce suas funções; exame minucioso que segue o desenvolvimento de operações contábeis; auditagem*. No que se refere à palavra *auditor*, o seu significado é referente a *magistrado que se encarrega de informar uma repartição civil acerca da aplicação das leis; juiz adjunto a tribunais militares*.

Na história da auditoria, é difícil de precisar quando esta realmente começou, pois o que se sabe é que toda pessoa que possuía a função de verificar a legitimidade dos fatos econômico-financeiros, prestando contas a um superior, poderia ser considerado como auditor (CORREIA, 2003). A auditoria parece ter sua origem na área da contabilidade, cujos fatos e registros, devidamente documentados, datam do ano de 2600 a.C., feita por revisores ou

“inspetores de contas” na época do Rei Uru-Kagina (CRUZ, 1997), mas somente a partir do século XII, na Inglaterra, é que esta técnica passa a receber o nome de auditoria e ser utilizada em maior escala, sendo transportada para outras nações (ARAÚJO et al., 1978; JUND, 2002).

Segundo Cruz (1997), desde fins do século XI, foi constatado o hábito da prática contábil nas navegações marítimas. O surgimento da auditoria e sua aplicação na fiscalização das receitas públicas e do tesouro teriam ocorrido nos primeiros anos do século XVI. A característica central da prática usualmente descrita era a conferência dos valores monetários arrecadados, a verificação da capacidade financeira dos cidadãos e o apetite elevado do detentor do trono pelos gastos na corte.

No século XVI (1581), a Igreja Católica fundou, na Itália, o primeiro colégio de Contadores, estando nessa época as atividades de auditoria restritas à verificação dos registros contábeis, com o objetivo de identificar erros e falhas (JUND, 2002). A revolução industrial do século XVII deu nova diretriz à prática auditoria, visando atender às necessidades das grandes empresas (ARAÚJO et al., 1978).

Segundo Correia (2003), o grande salto da auditoria ocorreu após a crise americana de 1929. As empresas, com o objetivo de reduzir seus gastos com auditorias externas, passaram a utilizar os seus funcionários, criando um serviço de conferência e revisão interna. Desse modo, de um grupo de funcionários, quase sempre subordinados à contabilidade, pouco a pouco, passaram a ter enfoque de controle administrativo, cujo objetivo era avaliar a eficácia e efetividade da aplicação dos controles internos. O campo de atuação do grupo foi estendido para todas as áreas da empresa, e para garantir sua total independência, passou a ser subordinado diretamente à alta administração.

No Brasil, na época da colônia, existia a figura do juiz colonial, o “olho do rei”, que era destacado pela coroa portuguesa para verificar o correto recolhimento dos tributos para o Tesouro, reprimindo e punindo fraudes. O surgimento da Auditoria, no nosso país, tem sua

origem no século XX, mais especificamente, na década de 30. Naquele período existiu a intensificação da prática da auditoria, na forma como ele é hoje conhecida. Isto ocorreu através das empresas estrangeiras que aqui se instalaram e que estavam habituadas ao controle interno de suas operações. Foi seguindo o exemplo dessas empresas que os dirigentes nacionais foram mudando seus hábitos gerenciais e passaram a adotar, também, a nova técnica. Desse modo, estabeleceu-se pela Lei nº 4.728, de julho de 1965, a prática da auditoria governamental no Brasil (CRUZ, 1997).

Na área da saúde, a auditoria aparece pela primeira vez, em 1918, no trabalho de George Gray Ward, médico do Women's Hospital, na cidade de Nova York, que fez a primeira experiência em auditoria médica para avaliar, através dos registros de assistência médica, a prática da medicina (KURCGANT, 1976). Entretanto, Piscoya (2000) refere que a primeira experiência foi em 1914 (Boston – EUA), quando o Doutor Edward Goldman iniciou esforços para ordenar estratégias hospitalares que permitissem que os tratamentos resultassem em êxito e com a finalidade de prevenção de erros. Em 1918, o Colégio Americano de Cirurgiões define os princípios da estruturação hospitalar e os critérios mínimos de acreditação. Naquela época, esta avaliação tinha por objetivo o reconhecimento e a qualificação dos hospitais dos EUA. No Brasil, o primeiro relato na área de saúde parece corresponder à experiência de implantação da auditoria médica, na década de setenta, no Hospital de Ipanema, Rio de Janeiro (KURCGANT, 1976).

O debate mais recente sobre o tema em nosso meio tem contemplado a revisão conceitual e a tentativa de diferenciação entre diversos tipos de auditoria, como auditoria médica, auditoria clínica, auditoria da qualidade em saúde, auditoria de enfermagem, auditoria odontológica, auditoria de laboratórios, entre outros.

Caleman et al (1998, p. 4), traz o conceito de auditoria (*audit*), proposto por Lambeck em 1956 que tem como premissa a avaliação da qualidade da atenção com base na observação

direta, registro e história clínica do cliente e pode ser entendido como “{...} um conjunto de atividades desenvolvidas tanto para o controle quanto para a avaliação de aspectos específicos e do sistema”<sup>41</sup>. Segundo os autores, essas atividades de auditoria estão concentradas nos processos e resultados da prestação de serviços, o que pressupõe o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Ou seja, a auditoria “{...} consiste em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo definido”.

Araújo et al (1978) revisam o conceito de auditoria de outros autores e sistematizam a auditoria em duas áreas específicas: a área contábil e a área de saúde. Em relação à área contábil, a auditoria significa o exame de demonstrações e registros administrativos, em que o auditor observa a exatidão, a integridade e a autenticidade de tais demonstrações, registros e documentos. Já na área da saúde, os autores definem a auditoria como um instrumento de administração utilizado na avaliação da qualidade do cuidado, ou seja, é a comparação entre a assistência prestada e os padrões de assistência considerados como aceitáveis.

Auditoria também pode ser entendida como “{...} 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” ( NORMAN; REDFERN, 2000 apud MENDES, 2003, p.1).

Silva et al (1996), definem a auditoria na área de saúde pública como um instrumento de controle administrativo que se destaca como ponto de convergência de todos os feitos, os fatos e as informações originadas dos diversos segmentos de uma unidade, avaliando se as informações são confiáveis, adequadas, totais e seguras. Para os autores, a Auditoria é vista como “aplicação prática da teoria da prova”, isto é, ela procura determinar se as

---

<sup>41</sup> Coleman et al. (1984) definem a auditoria em dois tipos: a) auditoria operacional que consiste em atividades voltadas para o controle das ações desenvolvidas pela rede de serviços; e b) auditoria analítica, que consiste no desenvolvimento de atividades que têm por objetivo aprofundar as análises de aspectos específicos do sistema de

demonstrações, os resultados e os respectivos registros de uma entidade merecem ou não confiança, necessitando, portanto, de um equilíbrio entre os conceitos teóricos que fornecem a base para a Auditoria, com a aplicação real e universal desses conceitos<sup>42</sup>.

No caso específico de auditoria médica, Araújo et al. (1978) a definem como sendo o conjunto de atividades exercidas com o objetivo de avaliar o trabalho da equipe de saúde, nos seus múltiplos aspectos. Já Maya (2001) define a auditoria de qualidade em saúde como o exame sistemático das atuações e decisões das pessoas e instituições que prestam serviços de saúde, com o fim de verificar e certificar, de maneira independente, que os processos asseguram os maiores benefícios com os menores riscos para os pacientes e com maior eficácia possível.

Piscoya (2000) traz o conceito de auditoria médica como o processo crítico do cuidado à saúde, identificando deficiências para propor soluções. O autor critica a definição de auditoria médica que é muito usada, cujo conceito consiste na “{...} análise crítica e sistemática da qualidade do cuidado médico, incluindo procedimentos usados para diagnóstico e tratamento e sua influência na qualidade de vida dos pacientes”<sup>43</sup>. O autor ainda ressalta que o conceito não identifica os propósitos da auditoria e ainda, que o termo “sistemática” supõe que seja contínua e que todos os aspectos devem ser monitorados, tornando-se custoso e não cumprindo as expectativas de uma auditoria.

---

saúde, ou seja, voltadas para a avaliação quantitativa, inferindo, em algumas situações, a qualidade das ações de saúde

<sup>42</sup> Os autores ainda definem três tipos de ações de auditoria, restritas a área de saúde e, mais especificamente, como ações de auditoria médico-administrativas, a saber: a) auditoria analítica, que tem como base a análise dos relatórios, documentos de acompanhamento dos serviços prestados, com o fim de controlar e avaliar o desempenho das Unidades de Saúde; b) a auditoria operacional que se baseia na verificação *in loco*, quanto à propriedade das informações obtidas para análise, obtendo dados quantitativos de resolubilidade e desempenho das unidades e podendo medir a eficiência e a eficácia das ações, a qualidade e o cumprimento das metas de programação e a satisfação do usuário e; c) auditorias especiais, destinadas à apuração de denúncias que envolvam responsabilidades funcionais de maior gravidade, cobranças indevidas ou alcance as verbas ou dinheiro públicos, negligência, imperícia ou imprudência no âmbito do SUS.

Ainda dos estudos recentes sobre o tema, pode-se extrair a sistematização de alguns aspectos relativos à institucionalização das atividades de auditoria no âmbito das organizações de saúde. Assim é que se reconhece que a primeira normatização de Auditoria na área do atendimento da Saúde foi instituída pelo extinto INAMPS – Resolução n.º 45, de 12/07/1984 (BRASIL, 1984), referindo-se à “Auditoria Médica”, definida 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).

Nesse contexto, o objeto de trabalho da auditoria do INAMPS era reduzido e simplificado, constituindo-se, basicamente, em realizar auditoria sobre o procedimento médico-hospitalar, direcionando seu objetivo, naquela ocasião, para dar visibilidade à compra de serviços, pois a instituição atravessava uma crise de financiamento gerada por uma série de distorções e fraudes nos pagamentos de procedimentos à iniciativa privada, em razão da existência de grandes arranjos político-clientelistas entre o setor privado contratado e a tecnoburocracia da esfera federal (RIBEIRO, 2001; CONASS, 1997).

Outro aspecto interessante em relação à auditoria do INAMPS diz respeito ao período de vigência do convênio SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – 1987-1989. O INAMPS (autarquia federal) era o responsável pela fiscalização dos recursos federais repassados a Estados e Municípios, criando uma série de embaraços e dificuldades aos gestores do SUDS, alterando constantemente as normas a respeito da prestação de contas, o que gerou muitos atritos naquela época (SANTOS, 1998). Segundo a autora, se o convênio tinha a finalidade de formalizar parcerias, de somar esforços para a consecução de objetivos

---

<sup>43</sup> Publicada em 1989 no trabalho “Working for patients”, U.K.

comuns, a fiscalização exercida pelos auditores do antigo INAMPS se dava no sentido inverso, revestindo-se, quase sempre, de um antagonismo, de um clima de antiparceria, como se todos os que estavam colaborando com a União, na condução do sistema público de saúde, fossem inimigos desse sistema, imperando esse antagonismo durante todo o acompanhamento da execução do convênio SUDS.

### 2.5.2 Auditoria no Sus: o Sistema Nacional de Auditoria

A Auditoria do SUS foi institucionalmente definida no País em bases legais através da Lei 8.080/90 (art. 16, XIX) e Lei 8.689/93, as quais instituíram o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA/SUS), que foi regulamentado pelo Decreto Federal 1.651 de 1995. Ao SNA do SUS compete a avaliação técnico-científica, da fiscalização contábil, financeira, patrimonial do SUS através de seus componentes (federal, estadual e municipal) e de forma descentralizada. Stenzel (apud HARTZ; POUVOURVILLE, 1998), ao realizar uma apreciação sumária da Lei 8.080/90, observa que quase metade dos incisos nas atribuições diretivas do SUS (art. 15 a 18) se relaciona à avaliação técnico-financeira.

Segundo Coleman et al., tanto a Lei 8689/93 como o Decreto 1651/95 foram resultado de um processo de discussão intensa entre as três esferas de governo, a fim de preservar ao máximo, os preceitos contidos nas leis 8.080/90, 8.142/90 e na Constituição Federal.

A fiscalização das ações e serviços de saúde do SUS, parte do processo de regulação do sistema, deve ser feita pelo Tribunal de Contas (controle externo) e pelos órgãos de controle interno de cada esfera gestora, incluindo o controle executado pelo SNA. A Auditoria do SUS:

“{...} consiste no exame sistemático e independente<sup>44</sup> dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas,

---

<sup>44</sup> Silva et al. (1996) definem a “independência da auditoria” como a liberdade do órgão de auditoria em auditar questões sem pressão externa, óbices ou interferência de qualquer tipo. É também a característica de

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 (BRASIL, 1998, p. 6)<sup>45</sup>.

O objeto da auditoria no SUS, entretanto, não é somente o conjunto de procedimento médico-assistenciais e o controle de contas. A avaliação desse sistema deve ser mais abrangente, concebendo a saúde no seu sentido mais amplo, resultante de uma série de determinações sistêmicas como renda, cultura, habitação, saneamento, entre outros. (CONASS, 1997). Santos (1996) acrescenta que, embora a palavra auditoria sempre lembre algum tipo de controle financeiro e verificação contábil, entretanto a auditoria, no âmbito público, tem um conceito mais abrangente, incluindo aspectos de avaliação técnica, de apuração de resultados, de comprovação de qualidade, que precisam ser levados em conta para o êxito do controle financeiro e da verificação contábil.

Diante do exposto, pode-se perceber que a auditoria no SUS, institucionalizada e em processo de implementação no País assume contornos mais definidos com ampliação do seu objeto inicialmente restrito a assistência médico-hospitalar e seus custos para avaliação do sistema de saúde e seus diversos componentes, configurando, dessa maneira, a necessidade de

---

relacionamento entre o auditor e o auditado que garante que as conclusões e relatórios do auditor serão influenciados somente por evidência obtida, de acordo com regras e princípios da disciplina profissional. *O Manual de Normas de Auditoria do Ministério da Saúde* (1998) caracteriza como “independência do auditor” o profissional não ter qualquer relação com a área ou elemento a ser auditado de forma a preservá-lo de influências que possam afetar os resultados.

<sup>45</sup> O Ministério da Saúde classifica a Auditoria em: (a) regular ou ordinária, que é realizada em caráter de rotina sendo periódica, sistemática e previamente programada, com vistas à análise e verificação de todas as fases específicas de uma atividade, ação ou serviço e; b) especial ou extraordinária, realizada para atender a apuração das denúncias, indícios ou irregularidades, por determinação do Ministro de Estado da Saúde, outras autoridades ou para verificação de atividade específica, visando a avaliação e o exame de fatos em área e períodos determinados. E, ainda divide quanto à sua execução, em dois tipos: (a) analítica: conjunto de procedimentos especializados, que consiste na análise de relatórios, processos e documentos, com a finalidade de avaliar se os serviços e os sistemas de saúde atendem a normas e padrões previamente definidos, delineando o perfil da assistência à saúde e seus controles e; b) operativa: conjunto de procedimentos especializados que consiste na verificação do atendimento aos requisitos legais/normativos, que regulamentam os sistemas e atividades relativas à área da saúde, através do exame direto dos fatos (obtidos através da observação,

uma nova reorganização da sua prática. Nesse sentido, a ampliação do objeto de auditoria teve a função de extrapolar o âmbito do controle burocrático dos prestadores privados para alcançar a avaliação dos resultados da prestação de serviços, de políticas e das condições de saúde da população, com o objetivo de impactar o planejamento e a tomada de decisões.

- **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS**

Para Chaves (1980), *sistema* é definido como “{...} um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo; a idéia de Sistema representa ordem, arranjo, plano (o oposto, seria o caos)”. Segundo o autor, uma idéia implícita na noção de sistema é a de relação entre as partes, de modo que o todo reúne características próprias, não existentes em cada parte isoladamente. Daí, o sistema, suas partes e mais as relações entre elas tornam-se uma entidade nova, não uma simples somas de partes.

Para Morin (apud HARTZ, 1997, p.20), “{...} um sistema quer dizer que o todo é mais e é menos que a soma das partes que o constituem, sendo mais pelas qualidades emergentes que produzem sua organização, e menos pelos limites que impõe às partes, que não podem exprimir todas as suas potencialidades próprias”.

Chaves (1980) ainda introduz a noção da decomposição dos sistemas em subsistemas interdependentes, mas claramente distintos. Nesse sentido, o Sistema de Saúde seria um sistema especializado (um subsistema) do Sistema Social, com atribuições de ofertar as ações de saúde e no qual podem ser identificados cinco componentes principais: a) desenvolvimento dos recursos de saúde, os quais correspondem ao desenvolvimento da infra-estrutura, tais como recursos materiais, humanos, tecnológicos, etc.; b) disposição ordenada dos recursos ou organização dos recursos; c) prestação da atenção à saúde; d) apoio econômico ou financiamento e e) gestão (KLECZKOWSKI et al., 1984; PAIM, 1994).

---

medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas), documentos e situações, para determinar a

Assim, à semelhança desse modelo, o Sistema Único de Saúde é um sistema complexo de reordenamento político, organizacional e gerencial do setor saúde, que compreende a alocação de recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, para prover suficiente e adequadamente, em quantidade e qualidade, as ações e serviços de saúde (SILVA et al, 1996).

O sistema idealizado pelo SUS conforma um novo modelo público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional, incorporando novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização do setor. Este modelo complexo envolve múltiplas variáveis e só se concretiza através do estabelecimento de relações interinstitucionais, interníveis de governo e interserviços. Ele incorpora uma proposta fortemente descentralizadora, que exige um pacto federativo muito mais cooperativo, visto que pressupõe a junção de ações entre diferentes instâncias governamentais, reordenadas de acordo com uma proposta de regionalização e hierarquização que visa a otimização dos recursos disponíveis (VIANA et al., 2002). Entretanto, conforme pontuam os autores acima, o sistema idealizado convive com relações intergovernamentais marcadas por conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade. Acrescentamos ainda nesse contexto, conforme abordam os próprios autores em relação ao federalismo predatório, a ausência marcante de mecanismos cooperativos.

A partir da teoria de sistemas, podemos identificar o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) com os seus subsistemas, sendo, por sua vez, um subsistema do Sistema Único de Saúde. O SNA é sistema nacional e sua “{...} natureza sistêmica assegura o desenvolvimento de ações integradas e subordinadas às competências e atribuições perfeitamente definidas nos vários níveis de governo, delineando uma estratégia de cooperação técnica entre os gestores, respeitada a autonomia de cada esfera de gestão” (CONASS, 1997, p.56).

---

adequação, a conformidade e a eficácia dos processos em alcançar os objetivos.

O SNA é uma instância regulatória do SUS que atua nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), tem autoridade pública, apresenta modelo diferenciado de controle dos serviços e ações desempenhadas pelo sistema público, auditando o sistema quanto aos repasses e procurando associar as funções típicas de auditoria com avaliação da qualidade da gestão (RIBEIRO, 2001). O autor ainda pontua que o SNA foi formado como um organismo regulador federal e, junto com seus componentes nos Estados e municípios, integra a política regulatória das relações estabelecidas pelo SUS com os prestadores privados contratados e nas próprias transferências entre os níveis de governo.

No Decreto que o regulamentou (BRASIL, 1995), está definido que o sistema está organizado 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. Nesse aspecto, Santos (1996) destaca que o SNA é um “{...} órgão de controle interno do poder executivo e sua atividade não exclui a do Tribunal de Contas, nem a ela se sobrepõe”. É um instrumento de *accountability*, de apoio à viabilização das estratégias de democratização de saúde e fortalecimento dos compromissos públicos em nosso país.

Conforme define sua base legal, 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 das suas respectivas atuações. No entanto, embora a legislação explicita que o SNA está organizado junto à direção do SUS e que a estrutura e o funcionamento do SNA no plano federal são indicativos da organização em outros níveis, o que se vê ainda são variadas formatações na estrutura e no funcionamento dos seus componentes nos diferentes níveis de gestão.

Teixeira (2001) observa que a implantação do SNA está em processo de organização em todos os níveis de governo e constitui-se em um dos eixos estruturantes do modelo de gestão descentralizado e participativo, sendo um dos pilares da efetivação do SUS, conforme já

colocado na XI Conferência Nacional de Saúde. Segundo relata Ribeiro (2001), o processo de montagem do Sistema Nacional de Auditoria tem sido conflituoso, pois os gestores municipais contestaram uma possível perda de autonomia em suas atribuições. Santos (1996) destaca, nesse contexto, a luta do CONASS desde 1993, para que o Sistema Nacional de Auditoria não se transformasse em um sistema centralizado, que não respeitasse as competências das outras esferas de governo, no controle e avaliação do SUS.

Santos (1996) chama atenção da necessidade de o Estado organizar um sistema próprio de auditoria do SUS para integrar o SNA, conforme previsto no Decreto 1651/95. O sistema estadual deve-se conformar ao Sistema Nacional e deve ser regulamentado por um decreto do Chefe do Poder Executivo, ou seja, o Estado deve criar o Sistema Estadual de Auditoria do SUS, integrante do seu sistema de controle interno e do próprio Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Neste aspecto, o componente estadual de auditoria necessita realizar auditorias de sistemas municipais de saúde, buscando a integralidade e equidade na atenção à saúde da população. O Estado tem que refletir sobre o seu papel de coordenador/regulador do sistema estadual de saúde e sobre o papel da auditoria dentro do modelo concebido pelo SUS.

Nessa perspectiva, cabe resgatar o que expressa Yunes (1998, p.43) acerca do nível estadual de governo e da transferência para os municípios da sua rede ambulatorial e parte da hospitalar:

O estado foi saindo do seu papel de prestador, mas não se capacitou para assumir suas novas atribuições. O processo de descentralização instaurado pelo SUS centrado na relação governo federal e municípios, como prestadores, deixou à margem os estados como instâncias de planejamento, financiamento, avaliação e controle.

No que diz respeito ao município, Santos (1996) argumenta que este tem suas próprias normas de controle interno, e a essas normas devem somar-se aquelas referentes ao sistema de auditoria do SUS, isto é que devem criar o seu Sistema Municipal de Auditoria do SUS, em

conformidade às normas referentes ao Sistema Nacional e ao Sistema Estadual. Caleman et al. (1998), por sua vez, defendem o ponto de vista de que, além do desenvolvimento das ações de auditoria por nível de gestão, ocorra a colaboração estreita entre os níveis. Argumentam que, apesar do gestor municipal ser o principal responsável pela realização das atividades de auditoria, visto que a maior parte é dirigida aos serviços de saúde, deve haver atuação em parceria com os componentes estadual e federal do SNA.

Cabe exemplificar a experiência do Estado de Minas Gerais, conforme foi destacado pelo CONASS (1997), em que se deve outorgar ao nível local – município– a responsabilidade pela auditoria de serviços, pois o acompanhamento contínuo das ações e atividades de saúde pelos auditores municipais vem resultando numa melhoria qualitativa dos serviços de saúde que passam a atender melhor e em maior número os usuários do sistema. Além dos benefícios qualitativos, os aspectos financeiros também são favorecidos pela estruturação do sistema, redundando em correção de distorções, quer de gestão e de gerência, quer de assistência.

Ainda remetendo à experiência de Minas Gerais, identifica-se uma série de dificuldades para a implementação dos componentes municipais do SNA, tais como carência de recursos humanos capacitados para exercer a função de auditor, dúvidas quanto às atribuições e competências que caberiam ao nível municipal permeada por uma cultura que valoriza excessivamente os procedimentos e não está habituada a avaliar o sistema municipal de saúde de forma abrangente, falta de infra-estrutura, particularmente tecnologia de informática, desmotivação dos recursos humanos existentes e complexidade dos serviços.

Nesse contexto, torna-se ainda mais evidente a importância do desenvolvimento de processos de avaliação do componente municipal do SNA, com o propósito de identificar suas lacunas e elaborar propostas de aperfeiçoamento em sua estrutura e funcionamento.

### 3. METODOLOGIA

O desenho do presente trabalho foi desenvolvido com base em uma revisão de estudos sobre análise da implantação de programas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 1997; HARTZ et al., 1997; SILVA et al., 2002), na medida em que o objetivo central foi elaborar um instrumento que possa vir a ser utilizado em estudos dessa natureza. Segundo esses estudos, a análise da implantação<sup>46</sup> consiste em especificar a influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação de uma intervenção e é considerada como uma análise muito relevante para a avaliação de programas de saúde porque permitem ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos, sendo apropriado em um grande número de intervenções.

No que se refere ao conceito de avaliação, optou-se pelo proposto por Contandriopoulos et al. (1997 p. 31): “{...} 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”.

A proposta do estudo utilizou o referencial teórico da análise de implantação relacionada com o processo de implantação das ações, mais especificamente, com a medição do grau de implantação (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Para esses autores, esta análise consiste em medir a influência da variação no grau de implantação da intervenção em diferentes contextos, ou melhor, definir a influência desses fatores contextuais no grau de implantação da intervenção.

Intervenção é aqui entendida como “{...} um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para

---

<sup>46</sup> Segundo os autores Denis e Champagne (1997), por implantação entende-se o uso apropriado e intensivo da intervenção, ou seja, refere-se à operacionalização de um projeto ou sua integração em um dado contexto organizacional.

produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31).

Nesse sentido, diversos estudos buscam variáveis explicativas para os fatores que podem facilitar ou se opor à implantação de uma intervenção. Optou-se no trabalho pela perspectiva do modelo político e contingente proposto por Denis e Champagne (1997), onde a organização é concebida como uma arena política no interior da qual, os atores perseguem estratégias diferentes, o que pode resultar em apoio ou até em um conjunto de estratégias de reação à intervenção. Segundo esse modelo, o processo de implantação de uma intervenção deve ser abordado segundo uma perspectiva política (modelo político), não se devendo, entretanto, ignorar as pressões de caráter estrutural da organização no decorrer desse processo, haja vista que essas características podem funcionar em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores (modelo estrutural).

Tendo como objeto da avaliação o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, o presente trabalho se desenvolveu em duas etapas: na primeira etapa se deu à construção de uma “imagem-objetivo” do componente municipal do SNA com a elaboração de uma matriz de níveis, dimensões, subdimensões e critérios com base em pesquisa documental e bibliográfica, experiência de avaliadores e de técnicos do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Segundo descreve Mattos (2001, p. 41),

“{...} a noção de imagem - objetivo tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido {...} Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade”.

A definição dessa imagem-objetivo requer a criação de um consenso (SILVA, 1999), portanto, nesta etapa, foi incluída a validação do instrumento de avaliação através de técnica de consenso.

A segunda etapa consistiu na aplicação desse instrumento de avaliação na forma de um pré-teste, em um município do estado da Bahia<sup>47</sup>, tendo como objetivo analisar o comportamento do instrumento em um contexto concreto, na busca de se obter um processo de validação mais completo do mesmo.

### 3.1 MODELO LÓGICO

Para a realização de um estudo de avaliação relacionado a medição do grau de implantação, se faz necessário especificar os componentes da intervenção e elaborar um modelo lógico para orientar e explicitar como o programa supostamente funciona (DENIS ; CHAMPAGNE, 1997; HARTZ, 1999a).

Considerando que essa construção lógica pode derivar de várias fontes, tais como pesquisas e experiências dos gestores e avaliadores, como bem afirma Reynolds (apud HARTZ, 1999), realizou-se uma pesquisa documental e bibliográfica para a construção desse modelo, além da experiência da prática dos serviços.

Nessa perspectiva, buscou-se definir os principais elementos constitutivos, suas relações e potenciais influências na conformação do componente municipal de Auditoria do SUS, explicitando, através de um esquema gráfico, o que se espera encontrar como referência para apreciação do grau de implantação de um sistema de auditoria nos diversos municípios, ou seja, a “imagem - objetivo” do componente municipal de Auditoria do SUS.

De acordo com a Política Nacional de Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria foi estruturado de forma descentralizada e organizado nas três instâncias de gestão: federal,

---

<sup>47</sup> A Bahia foi o primeiro Estado da federação a aprovar uma lei estadual que cria o Sistema Estadual de Auditoria do SUS (BAHIA, 1995). O Decreto Estadual nº 7.884, de 27/12/2000 (BAHIA, 2000), que regulamentou esse Sistema Estadual de Auditoria do SUS, estabeleceu como uma de suas competências a cooperação técnica aos municípios incentivando os gestores municipais ao pleno exercício das funções de auditoria, visando a consolidação do componente municipal do SNA. Essa regulamentação foi em 2000, estando assim, desde 1998, o processo de implantação e estruturação do componente municipal a cargo dos próprios municípios, por ser um dos requisitos necessários para o ingresso na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), conforme as Normas Operacionais (NOB SUS 01 /96 e NOAS 01/02).

estadual e municipal. Assim sendo, ele deve ser concebido em um contexto nacional (espaço geral), um contexto estadual (espaço particular) e um contexto municipal (espaço singular). Nesse modelo, caracterizamos o sistema de Auditoria no seu contexto municipal constituído por dois níveis<sup>48</sup> específicos: um político-gerencial e outro técnico-operacional. O nível político-gerencial diz respeito à gestão que inclui, o planejamento, a tomada de decisão, a organização e o controle das ações de Auditoria. É a esse nível que fica definido qual será o objeto da Auditoria. O nível técnico-operacional corresponde às ações de auditoria propriamente ditas, orientadas pela utilização de metodologias e tendo como resultados os produtos dessas atividades.

Considerando que os níveis político-gerencial e técnico-operacional se encontram estritamente imbricados na prática cotidiana do sistema de Auditoria, optamos por analisar esta prática utilizando a abordagem proposta por Donabedian (1980) baseada no enfoque sistêmico e que está sistematizada na tríade *estrutura, processo e resultados*, e entendendo: *estrutura* como as condições (recursos materiais, humanos e organizacionais) obtidas ou disponíveis para o desenvolvimento das atividades previstas; *processo* como o conjunto de atividades que pode ser associado à estrutura disponível, e os *resultados* relacionados com o produto das ações ou com as mudanças ocorridas com a implementação das atividades propostas.

Nesse sentido, para a adequada implantação do componente municipal de Auditoria se faz necessário disponibilizar um conjunto de variáveis em cada um dos seus níveis – político-gerencial e técnico-operacional – articuladas e interdependentes. No nível político-gerencial, é possível identificar aspectos estruturais que conformam um processo e cujos resultados se expressam no nível técnico-operacional. Por sua vez, no nível técnico-operacional e no seu conjunto de procedimentos, estão evidenciados tanto os elementos estruturais e processuais, quanto os relacionados aos resultados.

A Figura 1 traz uma diagramação desse modelo com a especificação dos seus componentes e suas relações. Estas configuram como relações de “se-então”, onde estão associados recursos,

---

atividades produzidas e resultados alcançados (PLANTZ et al., 1997 apud HARTZ, 1999a). Desse modo, à medida que um Sistema Municipal de Auditoria dispõe de elementos estruturais, pode desencadear o processo e atingir os resultados.

O modelo tenta trazer questões referentes a uma perspectiva política, considerando que os resultados dessas relações envolvem jogos de poder e um ajuste às pressões internas e externas. Desse modo, a auditoria estruturada de forma independente e diante de um apoio político por parte do gestor levaria a um fortalecimento do Sistema de Auditoria diante das possíveis influências externas e internas existentes.

Nesse sentido, à medida que esse conjunto de elementos se articula de maneira satisfatória, viabilizam como resultado, uma avaliação adequada e independente dos vários componentes do sistema de saúde (SUS municipal), o que pode resultar em efeitos a curto, médio ou longo prazo, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema e elevação da qualidade das ações e serviços de saúde.

Esse modelo lógico serviu de marco de referência para a construção da proposta do instrumento de avaliação, na tentativa de identificar os componentes do sistema de Auditoria (estrutura, processo e resultados) e suas relações lógicas na prática concreta de um sistema de auditoria a nível municipal.

## 3.2 ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

### 3.2.1 Construção da proposta preliminar do instrumento

A primeira etapa do trabalho consistiu na elaboração de uma proposta preliminar de uma “imagem-objetivo” do componente municipal de Auditoria do SUS (CMA/SUS),

---

<sup>48</sup> Níveis significam os níveis de realidade que podem ser tomados como objeto do processo de avaliação (SILVA, 2003).

concebida em forma de uma matriz<sup>49</sup>. O ponto de partida para a construção dessa matriz consistiu na revisão de documentos oficiais (Leis, Decretos, Normas, Portarias e manuais) dos quais se extraiu uma caracterização geral do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (CMA/SUS). Também foram utilizadas nessa caracterização, o que pôde ser recuperado da revisão de literatura e da experiência obtida no âmbito dos serviços.

Conforme se pode verificar no Anexo A, inicialmente foi feito um esboço de um modelo lógico (I-O do componente municipal do SNA), composto dos dois níveis de análise (político-gerencial e técnico-operacional), de onde foram desagregadas as dimensões e subdimensões referidas anteriormente. Para a avaliação de cada dimensão e subdimensão, foram estabelecidos os critérios<sup>50</sup> iniciais que, em conjunto, compuseram a matriz preliminar. Vale registrar que, nessa matriz preliminar, em razão de não se ter um modelo lógico bem definido e estruturado, os níveis, dimensões e subdimensões ainda não se encontravam satisfatoriamente conformados.

### 3.2.2 Método para validação da proposta preliminar da matriz

O segundo passo no desenvolvimento do processo de elaboração do instrumento e da definição de uma imagem-objetivo do componente municipal de Auditoria do SUS implicou a utilização de técnicas de construção de consenso para validação das dimensões, subdimensões e critérios propostos na matriz preliminar.

A pertinência da construção de um consenso se deve ao fato de não se ter ainda um conhecimento consolidado na literatura científica sobre o assunto. Para obtenção de consenso

---

<sup>49</sup> A matriz do estudo foi inspirada com base no trabalho de “Análise da implantação da gestão descentralizada da atenção a saúde na Bahia” de Vieira da Silva et al. (2002), Instituto de Saúde Coletiva - UFBA.

<sup>50</sup> Donabedian (1986) utiliza *critérios* para significar um componente ou aspecto da estrutura, do processo ou dos resultados do fenômeno que se quer avaliar.

entre especialistas, diferentes técnicas têm sido utilizadas (DONABEDIAN<sup>51</sup>,1988; FAVARO; FERRIS<sup>52</sup>, 1991; ANAES<sup>53</sup>,1999 apud SOUZA et al., 2003). A técnica utilizada no estudo foi relativa ao método do comitê tradicional que envolve a discussão aberta sobre um tema. A vantagem dessa técnica é a possibilidade de trocas de idéias e de confronto entre opiniões resultando em um debate rico sobre o tema escolhido. A desvantagem reside na possibilidade de permitir a influência de determinados membros do comitê através do “argumento de autoridade” (SOUZA et al., 2003).

A construção do consenso foi realizada com dois grupos diferentes de especialistas convidados<sup>54</sup> e em momentos distintos. Os grupos contaram com representantes da academia e de serviços.

No primeiro momento, foi encaminhada<sup>55</sup>, para o primeiro grupo de especialistas, a proposta preliminar da matriz (Anexo A), a fim de que realizassem uma apreciação individual das dimensões e critérios propostos considerando sua pertinência. Assim, para cada critério, deveria ser atribuída uma nota de zero a dez, de acordo com o grau de pertinência desses critérios. Considerando que alguns desses critérios poderiam ser exclusivos ou acumulativos, foi sugerida uma análise individual de cada critério. A nota 10 corresponderia ao grau de concordância máxima do critério e a nota zero a total discordância. A pontuação sugerida pelo avaliador seria colocada na coluna denominada *pontos atribuídos aos critérios*. A coluna da matriz intitulada *comentários ou observações* foi um espaço destinado para inserir, se assim o

---

<sup>51</sup> DONABEDIAN, A - *Explorations in Quality and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1988. v.2.

<sup>52</sup> FAVARO, P.; FERRIS L. – *Program Evaluation with Limited Fiscal and Human Resources*, 1991

<sup>53</sup> ANAES – Agence nationale d'accréditation et d'évaluation em santé. *Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation em France*. Paris: ANAES, 1999.

<sup>54</sup> Especialistas convidados participantes do consenso: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lúgia Maria Vieira da Silva – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; Prof. Dr. Luis Eugênio Portela de Souza – UEFS; Paulo Sérgio Nunes – diretor do DENASUS; Auditores: Rosana Bezerra; Gustavo Silva; José Raimundo Mota; Neuza Monteiro; Regina Coeli; Vanda Lisboa Filha e Vera Lúcia Carvalho

<sup>55</sup> O encaminhamento foi realizado através de uma carta de apresentação (Anexo B) que continha, em anexo, a proposta explicativa do estudo ( Anexo C).

desejasse, uma nota, comentário, sugestões de critérios a serem acrescentados ou até sugestão de exclusão do critério proposto.

Após a análise individual da matriz, os especialistas<sup>56</sup> participaram de uma reunião para um debate aberto sobre a proposta preliminar do instrumento, conforme pauta da reunião já encaminhada anteriormente. Houve um debate aberto sobre as dimensões, subdimensões e critérios propostos. As discussões tiveram como produto sugestões que foram incorporadas à matriz inicial. Foi sugestão desse grupo que se definisse melhor uma escala de variação dos critérios e que fosse realizado um segundo consenso com maior representatividade dos serviços.

No segundo momento, a matriz reelaborada e produto do primeiro consenso (Anexo D), foi encaminhada para o segundo grupo de especialistas convidados<sup>57</sup> a fim de que também realizassem uma apreciação individual da matriz e sugerissem inclusões ou exclusões das dimensões, subdimensões e critérios, e também emitissem julgamento sobre a proposta dos pesos atribuídos para cada dimensão.

Após a fase das análises individuais do instrumento, os especialistas participaram de um debate aberto sobre a proposta da matriz. Dos sete membros convidados, apenas um justificou a sua ausência por motivos de saúde e enviou a matriz com observações e sugestões via e-mail, sendo sua análise individual e sugestões consideradas no momento das discussões. Nesta segunda fase, foi necessário utilizar-se a técnica do consenso em duas etapas, por limitação de tempo dos participantes. Na primeira etapa, foram discutidos as dimensões e critérios do primeiro nível de análise – político–gerencial – e, em etapa posterior, o segundo

---

<sup>56</sup> Um membro do grupo justificou sua ausência na reunião aberta, enviando por correio eletrônico observações e sugestões de inclusão de critérios. Não foi sugerida nenhuma exclusão na proposta preliminar

<sup>57</sup> O grupo formado por sete representantes dos serviços (quatro auditores que trabalham no componente estadual do SNA e três auditores que também trabalham no componente municipal do SNA, em municípios habilitados na gestão plena do sistema). Neste grupo, um auditor do componente estadual também participou do primeiro grupo do consenso.

nível de análise – técnico-operacional. Nas duas etapas realizadas, participaram ao todo seis convidados, não sendo possível, entretanto, reunir todos os seis numa mesma reunião.

### 3.2.3 Resultado do processo de validação por consenso

Por opção da pesquisadora, não houve uma preocupação em tabular as notas emitidas individualmente pelos especialistas na análise dos critérios. A razão desta escolha é justificada pelo que ficou evidenciado durante as discussões abertas, em relação às dúvidas que surgiram por parte dos especialistas acerca das dimensões e critérios propostos, no momento das análises individuais na matriz. Estas dúvidas, por sua vez, foram dirimidas durante as reuniões abertas.

Desse modo, a base da construção do consenso, em relação ao instrumento de avaliação proposto (matriz), foi produto do momento das discussões abertas com dois grupos distintos e em momentos diferentes. Também foram consideradas as sugestões enviadas pelos dois especialistas que ficaram impossibilitados de participar das discussões abertas.

No âmbito geral, obteve-se consenso nas dimensões propostas na matriz nos dois grupos, porém houve dissenso em algumas subdimensões e critérios. Os critérios que propiciaram maior debate nos grupos foram aqueles relativos às dimensões: **objetivos, competências, reconhecimento do papel da Auditoria, adequação do quadro técnico e atividades.**

Vale ressaltar que a primeira reunião para a construção do consenso foi muito importante pelo peso que teve na formatação da matriz, além da contribuição relacionada às propostas de critérios e pesos a serem atribuídos. No segundo consenso, as dimensões propostas obtiveram unanimidade para ambos os níveis de análise (político-gerencial e técnico-operacional).

A seguir são apresentados os critérios inicialmente propostos e o resultado final após a realização das duas reuniões para a construção do consenso.

Na dimensão *base legal*, foram mantidos os três critérios iniciais relativos a: a) ato legal de criação do componente municipal de Auditoria do SNA; b) decreto de nomeação do auditor; c) decreto do regulamento do componente municipal, sendo sugerida a inclusão de mais um critério, qual seja, d) a existência de lei de criação do cargo de auditor.

Na dimensão *objetivos*, os três critérios inicialmente propostos foram: a) propiciar informações à alta administração; b) contribuir para o planejamento e; c) contribuir para o aperfeiçoamento do sistema e qualidade das ações. Inicialmente, foi sugerida a elaboração de nova redação para os três critérios, na qual fosse preservada a idéia central de cada um. Como resultado da apreciação dos três critérios iniciais, restaram apenas dois, sendo acrescentado um terceiro critério. Os três critérios finais foram: a) produzir informações para o planejamento; b) avaliar o sistema contribuindo para a qualidade das ações e serviços, e c) realizar investigações sobre denúncias.

Ainda nessa dimensão, os participantes debateram diante da necessidade de se ter mecanismos mais concretos para evidenciar esses objetivos. Dessa forma, foi sugerida a exclusão dos três critérios propostos e a inclusão de outros três, a saber: a) objetivos definidos no âmbito da SMS (documentos legais/oficiais), b) objetivos explicitados no discurso dos entrevistados e coerentes com os definidos na SMS e c) objetivos coerentes com aqueles definidos pelo SNA.

Na dimensão *competências*, foram propostos inicialmente três critérios: a) analisar o cumprimento dos planos, b) verificar o desempenho dos serviços de saúde sob sua gestão e c) verificar o cumprimento das ações e serviços pactuados. Houve uma problematização relacionada aos verbos “analisar e verificar” existentes nos critérios. Foi proposta a elaboração de nova redação com troca dos verbos para os dois primeiros critérios e exclusão

do terceiro, resultando nos seguintes critérios: a) avaliar a execução das ações e serviços de saúde e b) verificar o cumprimento das diretrizes e metas dos planos. Ainda foram acrescentados dois novos critérios: c) verificar a conformidade de aplicação dos recursos destinados à saúde; d) avaliar a capacidade gerencial e operacional. No final, foram mantidos os três primeiros critérios e sugerido a exclusão de “avaliar a capacidade gerencial e operacional”.

Na dimensão *posição no organograma*, os dois critérios propostos foram: a) auditoria ligada diretamente ao gestor e b) auditoria como setor próprio. No segundo critério, foi sugerida a mudança do setor “próprio” para setor “independente”.

Na dimensão *relação entre a Auditoria e outros setores da gestão*, foram mantidos os dois critérios iniciais: a) existência de fluxos e b) participação regular dos auditores em reuniões. Foi sugerido acrescentar no critério “participação regular dos auditores em reuniões” a palavra “estratégicas”. Também foi sugerida a inclusão do critério “conhecimento permanente das atividades desenvolvidas por outros setores da SMS”.

Na dimensão *relação entre a Auditoria e outros componentes do SNA* permaneceram dois critérios propostos: a) intercâmbio de informações e b) cooperação técnica. Foi sugerida ainda, a substituição do critério proposto “capacitação” pelo critério “articulação com outros níveis no que diz respeito a objetivos e técnicas”.

Na dimensão *reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão Municipal*, inicialmente foi sugerida a fusão dos cinco critérios propostos relativos ao gestor e demais servidores, resultando em três critérios: a) utilização dos produtos da Auditoria para correção de eventuais irregularidades; b) autonomia para realizar avaliações e c) utilização dos produtos da Auditoria para a tomada de decisões. Após novo debate, os critérios finais ficaram como: a) autonomia para desenvolver auditorias programadas e b) utilização das recomendações da Auditoria pelos diversos setores da SMS para correção de não-

conformidades e tomada de decisões. Posteriormente, foi inserido o critério “auditores sentem-se participantes do processo da gestão”.

A dimensão *planejamento e avaliação* permaneceu com os critérios propostos: a) planejamento das atividades de Auditoria, b) existência de relatórios das atividades e c) existência de instrumento de avaliação das atividades.

Na dimensão *adequação do quadro técnico*, foi excluída a proposta inicial de composição da equipe por população do município. A proposta foi reelaborada em três subdimensões (equipe, perfil dos profissionais e formas de contratação). Ao final, as três subdimensões foram resumidas em uma única dimensão, sendo propostos cinco critérios: a) contratação através de concurso público; b) equipe numericamente adequada para atingir os objetivos propostos e atribuições estabelecidas; c) equipe multiprofissional ; d) equipe com técnicos capacitados em auditoria (curta duração) e e) técnicos com especialização em Saúde Coletiva ou Auditoria. Foram excluídos os critérios: capacitação em outra área e contratação através de contrato.

Na dimensão *disponibilidade de recursos físicos e equipamentos*, foram mantidos todos os critérios, sendo sugerido o acréscimo de dois novos critérios: a) existência de apoio administrativo e b) disponibilidade de máquina fotográfica.

Em relação ao segundo nível de análise (técnico-operacional), na dimensão *insumos*, permaneceram os critérios propostos.

Na dimensão *atividades*, foi proposta inicialmente a exclusão de três sub-dimensões: auditorias analíticas, operativas e de gestão. Foi elaborada uma nova proposta com três subdimensões: a) apuração de denúncias (auditorias especiais), b) auditorias programadas e c) métodos de atuação. Os critérios foram mantidos para as duas primeiras subdimensões, tendo sido sugerida a exclusão dos dois critérios da subdimensão “métodos de atuação” (realização de ações analíticas e ações operativas) e sugerida a inclusão dos seguintes critérios: a)

utilização de metodologias padronizadas e b) realização de auditorias operativas precedidas de auditorias analíticas.

Na dimensão *produtos* permaneceram quatro critérios, sendo sugerida a inclusão de um novo critério, ficando portando definidos os critérios seguintes: a) elaboração de relatórios específicos; b) formalização das auditorias com abertura de processo; c) encaminhamento regular de notificação aos auditados; d) elaboração de parecer conclusivo e e) comunicado ao auditado e/ou denunciante.

No Anexo E estão elencados os critérios que não obtiveram consenso nas duas reuniões e que foram excluídas da matriz de avaliação.

Diante do exposto, a proposta final da “imagem-objetivo” do componente municipal de Auditoria, construída a partir do modelo lógico e das discussões abertas nas reuniões de consenso, manteve para o primeiro nível de análise, referente à organização político gerencial, as dez dimensões, quais sejam, *objetivos, base legal, competências, posição no organograma, relação da auditoria com outros setores, relação da auditoria com outros componentes do sistema, reconhecimento do papel da Auditoria na gestão municipal, planejamento e avaliação, adequação do quadro técnico e disponibilidade de recursos e equipamentos*. Para cada uma das dimensões e subdimensões consideradas, foi estabelecido um conjunto de critérios de avaliação. Do mesmo modo, a dimensão técnico-operacional permaneceu com três dimensões: insumos, atividades e produtos, às quais estão associados critérios específicos. A dimensão *atividades* resultou em três subdimensões (apuração de denúncias, auditorias programadas e métodos de atuação).

Cabe ressaltar que consideramos que o peso da construção do consenso foi dado ao produto das discussões abertas dos especialistas convidados. Ao todo, foram dez especialistas que emitiram opiniões sobre a matriz, entre os quais, representantes da academia e de serviços (componentes federal, estadual e municipal do SNA). A partir das sugestões do grupo de

especialistas e, conseqüentemente, da revisão da matriz, foi considerado como significativo o resultado final da construção do consenso e, conseqüentemente, a versão final da matriz de avaliação do componente municipal de Auditoria do SUS, conforme apresentada detalhadamente no capítulo de resultados.

### 3.3 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: PRÉ-TESTE

#### 3.3.1 Seleção de caso

A 2ª etapa do trabalho consistiu na realização do teste do instrumento, ou seja, a aplicação da matriz final de avaliação do componente municipal de Auditoria em um município selecionado do Estado da Bahia. O objetivo do pré-teste foi o confrontar o comportamento do instrumento em uma realidade concreta, na busca de se obter um processo de validação mais completo deste.

A escolha do município-caso para a realização do pré-teste deve-se ao fato de este, mesmo, ter sido considerado um município de êxito em relação ao processo de descentralização, conforme trabalhos publicados. Além disso, justifica-se sua escolha, por ele preencher requisitos considerados relevantes, tais como estar o município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1999 e o sistema municipal de Auditoria do SUS instituído desde 1998.

#### 3.3.2 Realização do pré-teste do instrumento

Procedimentos para a coleta de dados – fonte de evidências

Foi feito contato por telefone junto à secretária substituta com a finalidade de esclarecer a proposta de investigação e solicitar permissão para a realização do estudo. Foi solicitada pela pesquisadora uma reunião junto ao gestor da Secretaria Municipal de Saúde

para apresentar a proposta da pesquisa e ratificar a solicitação de permissão para realizar o estudo com a utilização dos documentos existentes na SMS e efetuar entrevistas com informantes-chave (fonte de evidências).

A pesquisadora foi recebida pela coordenadora do sistema de auditoria, avaliação e controle, que estava substituindo o gestor municipal de saúde. A partir da apresentação da proposta do trabalho, foram definidos os técnicos e coordenadores que poderiam ser entrevistados e os documentos a serem analisados.

O preenchimento da Matriz ou aplicação do instrumento foi feito através do uso de três técnicas distintas:

a) Pesquisa documental: documentos legais e oficiais do componente municipal; relatórios específicos;

b) Entrevistas semi-estruturadas: realização de entrevistas com informantes-chave, utilizando-se roteiros específicos e previamente elaborados para as entrevistas (Anexo F), tendo como foco as dimensões estabelecidas na matriz de avaliação. Foram entrevistados:

- técnicos do Sistema Municipal de Auditoria, Avaliação e Controle (SIMAAC): os auditores (um auditor médico e um auditor enfermeiro) e um técnico (enfermeiro);
- da Coordenação da Assistência à Saúde: o coordenador da Atenção Básica e o coordenador da assistência ambulatorial especializada;
- Gestor do Sistema Municipal de Saúde: Não foi realizada entrevista com o gestor municipal de saúde em razão de este se encontrar com problemas de saúde no momento da pesquisa. As informações necessárias foram disponibilizadas por seu substituto.

Embora o roteiro das entrevistas também abrangesse o setor de planejamento, não foi realizada entrevista com o coordenador do setor, em razão de este setor lidar somente com o planejamento financeiro da SMS.

c) Observação direta: foi utilizada durante visita ao setor do SIMAAC para registro de aspectos relevantes contemplados na matriz de avaliação especialmente aqueles relativos à estrutura física disponível para o setor de auditoria do município. .

### 3.3.3 Resultados do pré-teste do instrumento

Os dados obtidos através das fontes de informações (pesquisa documental e entrevistas) foram analisados de modo que possibilitassem o preenchimento da matriz de avaliação do componente municipal de Auditoria do SUS, sempre considerando as dimensões, subdimensões e critérios específicos para a apreciação do grau de implantação do sistema de Auditoria em nível municipal.

Vale ressaltar que, embora não tenham surgido dificuldades durante a coleta dos dados e o preenchimento da matriz de avaliação, enumeramos a seguir, algumas observações em relação a determinadas dimensões e critérios, com o objetivo de destacar as possíveis lacunas existentes, as quais podem dificultar o resultado mais fidedigno possível da realidade que se deseja avaliar:

**1) Objetivos:** Embora os objetivos estejam definidos, tanto legalmente quanto no discurso, as ações executadas pelo componente municipal de Auditoria não atendem totalmente aos objetivos definidos. Para melhor retratar-se essa dimensão, poderia ser inserido o seguinte critério: “se os objetivos definidos estão sendo efetivamente contemplados nas ações desenvolvidas pelo componente municipal”.

**2) Competências:** o primeiro critério envolve a avaliação de serviços públicos e privados. Podemos considerar que este critério pode ter ficado inadequado em razão de só serem atribuídos pontos quando o sistema municipal cumpre a competência de avaliar tanto os serviços públicos como os serviços privados. Ou seja, se só forem avaliados os serviços privados, sua graduação é incipiente ou se apenas forem avaliados serviços privados e o

serviço público hospitalar, sua graduação também é incipiente. Talvez, para retratar melhor a realidade, fosse necessário que o critério fosse decomposto em outros dois: “avaliar os serviços públicos sob sua gestão” e “avaliar os serviços privados sob sua gestão”.

Em relação ao município–caso, fica bem característico: como o sistema municipal de Auditoria realiza avaliações nos serviços privados e públicos hospitalares, a graduação obtida para esse critério foi incipiente.

**3) Relação entre Auditoria e outros setores da SMS:** nesta dimensão, existe dificuldade de pontuação do primeiro critério (existência de fluxos de informações de rotina entre Auditoria e setores correlatos), quando os setores de Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria compõem um setor único e sem funções bem definidas, o que pode tornar o critério irrelevante para a avaliação.

No componente municipal de Auditoria do município–caso, o critério foi considerado como atendido, em razão de ser um único setor e existir, portanto, fluxo de informações. Entretanto, consideramos que o critério se tornou realmente irrelevante, pois os setores de Regulação, Controle e Avaliação estão juntos no mesmo setor, a ponto de não existirem uma definição e numa separação clara entre eles. Foi observado que técnicos lotados em determinados cargos para o exercício de determinadas funções realizam atividades compatíveis com outra função.

**4) Relação entre Auditoria municipal e outros componentes do SNA:** os critérios analisados tem dependência dos outros componentes do SNA e não dependem exclusivamente da Auditoria municipal, o que pode tornar esta dimensão fragilizada diante da avaliação.

**5) Reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão:** no segundo critério “utilização das recomendações da Auditoria pelo gestor e diversos setores”, o gestor e os demais setores da SMS estão juntos em um mesmo critério, o que pode dificultar sua avaliação. Talvez se devesse decompor o critério em outros dois para poder descrever melhor

o objeto: um critério em relação à utilização dos resultados pelo gestor e outro, relativo à utilização dos resultados das auditorias pelos demais servidores.

Durante o teste do instrumento, foram considerados satisfatórios tanto os pontos atribuídos para cada dimensão, quanto às fontes de evidências sugeridas para coleta das informações necessárias.

Vale ressaltar que, embora não constitua o objetivo do nosso trabalho, o resultado final da avaliação do município caso está demonstrado no quadro do Anexo G, onde estão especificados os pontos atribuídos e percentuais alcançados por dimensão, bem como, resumidamente, as dificuldades encontradas para a avaliação. Para a avaliação do componente municipal de Auditoria do SUS, foram constituídos 13 dimensões, 3 subdimensões e 50 critérios. A apreciação acerca do grau de implantação resulta em uma graduação (incipiente, intermediário ou avançado) relacionada ao escore obtido a partir da diferença percentual entre a pontuação máxima (somatório dos pontos máximos de cada dimensão) e os pontos efetivamente alcançados.

#### 3.3.4 Reunião com o grupo de consenso

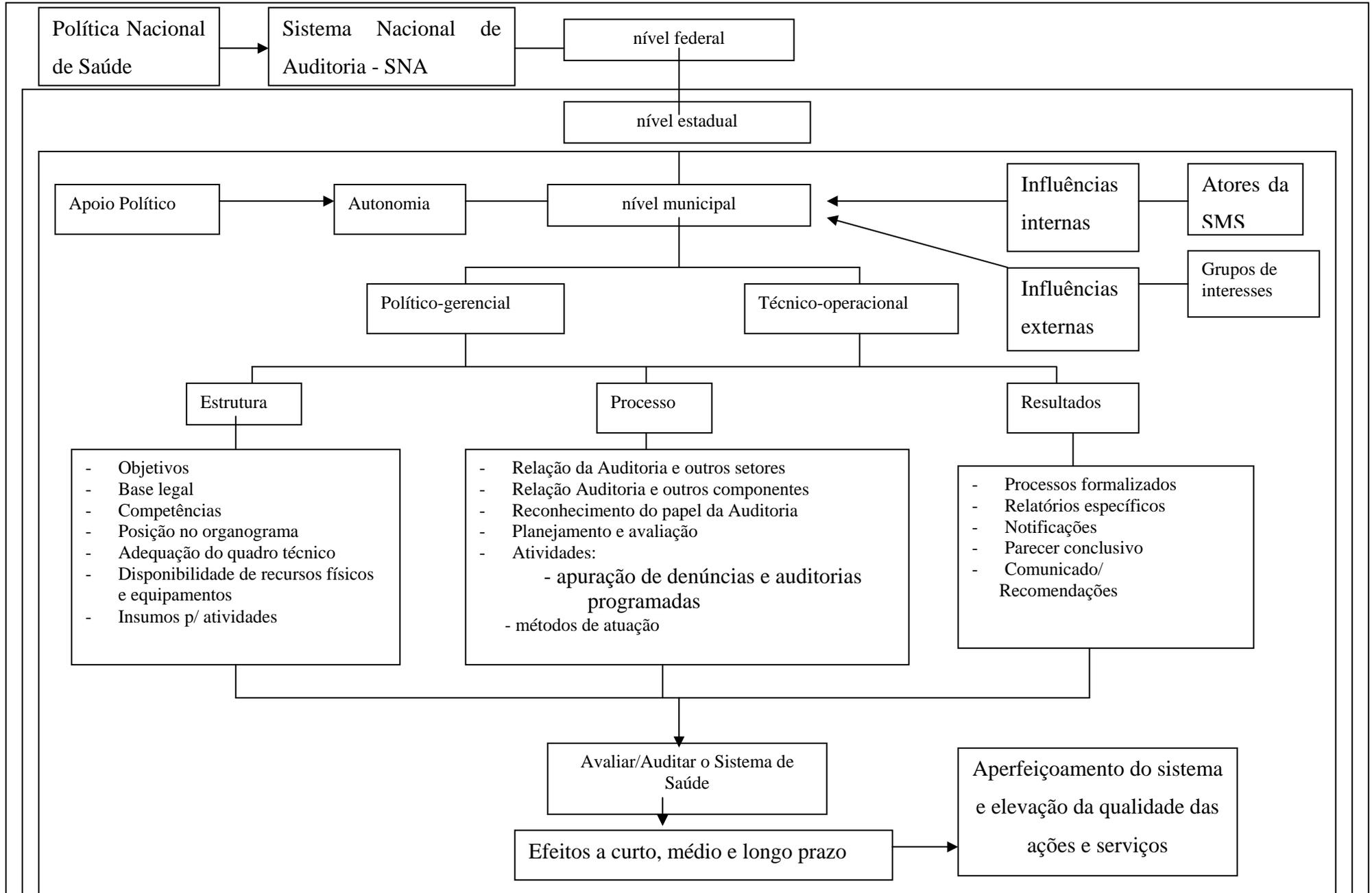
A partir da experiência do pré-teste no município–caso, o instrumento foi submetido a um novo consenso<sup>58</sup>. Foram discutidos os pontos levantados durante a aplicação do pré-teste do instrumento e as observações relatadas foram inseridas na matriz final de avaliação.

---

<sup>58</sup> O grupo de consenso foi composto por um quantitativo de 6 auditores ( incluindo a pesquisadora) que já tinham participado do grupo de consenso anterior.



Figura 1 -Modelo lógico relacionado aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria a nível municipal



## 4. RESULTADOS

Este capítulo contém o resultado final do nosso trabalho, ou seja, a versão final da matriz com cada um dos seus níveis e respectivos componentes. Neste sentido, o resultado é uma proposição de uma matriz de avaliação para o componente municipal do SNA do SUS, que representa a “imagem-objetivo” que se espera encontrar nos componentes municipais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

Cabe registrar que o resultado do trabalho é o instrumento produzido e o seu detalhamento, à semelhança de um “manual de instruções”, informando como deve ser utilizado por cada avaliador. Trata-se, na verdade, de um conjunto de orientações acerca de como cada item do instrumento deve ser utilizado para a análise do grau de implantação do subsistema.

A proposta final da matriz de avaliação ficou constituída por dois níveis de análise, um nível político-gerencial e outro técnico-operacional, relacionados a dimensões, subdimensões e critérios, os quais irão constituir um padrão esperado para o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, conforme Quadro 1. A seguir, estão detalhados, em cada nível, as dimensões, subdimensões e os critérios de avaliação definidos. Também estão relacionados, neste capítulo, os pontos atribuídos, a graduação e as respectivas fontes de evidências relativas à matriz de avaliação.

### 4.1 VERSÃO FINAL DA MATRIZ

#### 4.1.1 Nível Político-Gerencial

**a – Base Legal do Componente Municipal** – verificar a existência das bases legais do componente municipal do SNA: existência de Ato Legal de criação do componente municipal (Decreto ou Lei a depender da Lei Orgânica), Lei de criação do cargo de auditor, Decreto de

nomeação dos auditores e do Decreto do Regulamento que define objetivos, competências, atividades, composição da equipe, rito de apuração de denúncias e graduação de penalidades.

**b – Objetivos do Componente Municipal de Auditoria do SNA** – verificar se os objetivos do componente municipal estão definidos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, tanto nos documentos oficiais, quanto no discurso dos entrevistados. Além disso, se esses objetivos estão coerentes com os definidos pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA/SUS), conforme *Manual de Normas de Auditoria* e Decreto 1.651/95.

**c – Competências do Componente Municipal** – verificar se as competências definidas no âmbito da SMS, tanto na base legal quanto em documentos oficiais do sistema municipal de auditoria, são coerentes com as competências pertinentes ao componente municipal do SNA: avaliar as ações e serviços de saúde públicos e privados sob sua gestão; verificar a conformidade da aplicação de recursos destinados à saúde e verificar o cumprimento das diretrizes estabelecidas no plano municipal de saúde.

**d – Posição da Auditoria no organograma** – identificar a posição que o setor de Auditoria ocupa na hierarquia organizacional, analisando se este posicionamento expressa uma maior ou menor independência da auditoria em face das influências políticas internas da instituição (SMS) ou até externas à ela, portanto, identificar se o setor está ligado diretamente ao gestor municipal no organograma da SMS (vinculado à instância decisória) e se é um setor independente, não estando ligado ou inserido em outro setor da SMS.

**e – Relação entre a Auditoria e outros setores da Gestão Municipal** – constatar a existência ou não de informação e fluxos definidos entre a Auditoria e os setores de Planejamento, Controle, Regulação e Avaliação, analisando se a Auditoria possui participação regular em reuniões estratégicas da SMS e se existe integração com outros setores da SMS através de uma troca de informações constante sobre as atividades desenvolvidas por outros setores.

**f – Relação entre a Auditoria Municipal com outros componentes do Sistema Nacional de Auditoria** – identificar a existência de solicitação e/ou trabalho colaborativo da Auditoria com outros níveis do sistema, principalmente com relação à definição de objetivos, seleção de técnicas e instrumentos de trabalho. Constatar a existência ou não de intercâmbio de informações e de cooperação técnica entre os componentes do SNA. Identificar a solicitação e/ou participação da auditoria municipal em trabalhos conjuntos com outros níveis do SNA.

**g – Reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão Municipal** – procurar identificar se o gestor reconhece o papel da Auditoria no processo de gestão do sistema municipal de saúde. Trata-se de identificar se o gestor fornece apoio político e concede autonomia ao setor de Auditoria para desenvolver as auditorias programadas, realizar avaliações e emitir recomendações e, também, se os resultados são utilizados para a tomada de decisões. Indagar se as recomendações/resultados da Auditoria são utilizadas por outros setores da SMS, tanto para a correção de eventuais não conformidades, quanto para a tomada de decisões. Identificar se os auditores sentem-se participantes do processo de gestão da SMS.

**h – Planejamento e Avaliação** – verificar a existência de práticas de planejamento das atividades do setor de Auditoria: elaboração de programações, existência de relatório das atividades e de algum tipo de instrumento para avaliação das atividades desenvolvidas.

**i – Adequação do quadro técnico às necessidades do componente municipal** – verificar se a atual equipe foi contratada através de concurso público, se existe um número adequado de profissionais para atender aos objetivos e atribuições estabelecidas e se esta equipe é ou não multiprofissional. Verificar se a atual equipe está capacitada na área de auditoria através de cursos de curta duração ou através de cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização) ou *stricto sensu* (mestrado, doutorado) na área de auditoria ou de saúde coletiva.

**j - Disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos** – constatar a disponibilidade de espaço físico (sala própria) para auditoria, disponibilidade de equipamentos

(computador, impressora); linha telefônica e acesso a Internet; carro e máquina fotográfica. Constatar a existência de apoio de informática e de apoio administrativo.

#### 4.1.2 Nível Técnico-Operacional

**a – Insumos** – verificar se ocorre a utilização de Leis, Normas, Portarias, Decretos, roteiros, manuais e dados dos sistemas de informações nacionais como subsídios às atividades do setor de Auditoria. Verificar também se existe disponibilidade e utilização de informações provindas do processo de gestão do sistema municipal de saúde, tais como plano municipal de saúde, agenda municipal de saúde, PPI, gastos com saúde, informações de outros setores da SMS, etc..

**b – Atividades** – foram consideradas como atividades de auditoria a apuração de denúncias, as auditorias programadas e os métodos específicos de atuação.

- Auditorias Especiais – apuração de denúncias: verificar se todas as denúncias encaminhadas são apuradas e se são apuradas em tempo hábil<sup>59</sup>.
- Auditorias Programadas: verificar se as auditorias programadas abrangem auditorias dos serviços de saúde privados (contratados ou conveniados), auditorias dos serviços públicos sob sua gestão e auditoria do sistema municipal de saúde<sup>60</sup>.
- Métodos de Atuação: verificar se as auditorias analíticas<sup>61</sup> sempre precedem as auditorias operativas<sup>62</sup>; verificar se a equipe utiliza metodologias padronizadas de acordo com os diversos tipos de auditorias (denúncias, serviços, gestão).

---

<sup>59</sup> Tempo hábil: refere-se a agilidade na apuração da denúncia, ou seja, tempo de apuração em conformidade com o prazo estabelecido no escalonamento.

<sup>60</sup> Auditoria também conhecida como *auditoria de gestão do sistema municipal de saúde* ou simplesmente *auditoria de gestão*. Este tipo de auditoria toma como objeto os cinco componentes principais do sistema de saúde, tais como, gestão, prestação da atenção, infra-estrutura, organização dos recursos e financiamento.

<sup>61</sup> É o conjunto de procedimentos especializados, que consiste na análise de relatórios, processos e documentos, com a finalidade de avaliar se os serviços e os sistemas de saúde atendem as normas e padrões previamente definidos,

**c – Produtos** – verificar a existência de produtos do processo de trabalho do auditor municipal, tais como relatórios específicos de auditoria, processo de auditoria formalizado, notificações aos auditados, elaboração de parecer conclusivo e comunicado ao auditado e denunciante (se houver) das conclusões e recomendações finais da auditoria, inclusive das penalidades a serem aplicadas, se for o caso.

#### 4.1.3 Pontos Atribuídos, Graduação e Fonte de Evidências na Matriz de Avaliação

Para a avaliação do componente municipal de Auditoria do SUS, foram constituídos 13 dimensões, 3 subdimensões e 50 critérios. Na matriz, estão evidenciadas que, para cada nível (político-gerencial e técnico-operacional), corresponde um total de 100 pontos. Este total de pontos equivale ao conjunto das dimensões que, por sua vez, totalizam os pontos de suas subdimensões e critérios. Desse modo, para cada dimensão está relacionado um total máximo de pontos, que é o resultado da soma dos pontos atribuídos ao conjunto de critérios de avaliação.

O quadro denominado “fontes de evidências” é um guia que indica as fontes de informação que deverão ser utilizadas na coleta de dados considerados relevantes e que devem ser analisados por se constituírem em fonte de evidências para o preenchimento da matriz, tais como documentos legais e/ou oficiais, entrevistas e observação direta. Para auxiliar na coleta dos dados foram propostos roteiros de entrevistas para determinadas dimensões e critérios com os chamados “informantes-chave” (Anexo F).

A apreciação acerca do grau de implantação resulta em uma graduação (incipiente, intermediário ou avançado) relacionada ao escore obtido a partir da diferença percentual entre a

---

delineando o perfil da assistência à saúde e seus controles. Ela deve preceder a auditoria operativa. O sucesso de uma auditoria operativa depende em grande parte dessa análise prévia bem realizada

<sup>62</sup> É o conjunto de procedimentos especializados que consiste na verificação do atendimento aos requisitos legais/normativos, através do exame direto dos fatos (obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas), documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade e a eficácia dos

pontuação máxima (somatório dos pontos máximos de cada dimensão) e os pontos efetivamente alcançados.

A estimativa do grau de implantação será o resultado do escore obtido a partir da diferença percentual entre a pontuação máxima (somatório dos pontos máximos de cada critério) e os pontos alcançados. Para a realização da apreciação acerca do grau de implantação, pode ser utilizada a classificação<sup>63</sup> abaixo e respectivos escores:

- Incipiente: 0 ----- 33,3%
- Intermediário: 33,4 ----- 66,6%
- Avançado: 66,7 ----- 100%

Considera-se que o componente municipal de Auditoria está implantado de forma *incipiente* se atingir o percentual igual ou menor a 33,3% da pontuação máxima proposta. O componente que atingir um percentual entre 33,4% e 66,6% da pontuação máxima será considerado implantado de forma *intermediária*. Aquele que atingir um percentual igual ou maior a 66,7 % será considerado implantado de forma *avançada*.

---

processos em alcançar os objetivos. Devem ocorrer de rotina em caso de denúncia e em distorções detectadas nas auditorias analíticas.

<sup>63</sup> Os percentuais utilizados na classificação foi baseada no trabalho de SILVA et al., 2002.

MATRIZ DE DIMENSÕES E CRITÉRIOS

Denise Pastana de

**NÍVEL 1: POLÍTICO-GERENCIAL**

ntos)<sup>64</sup>

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Gradação	Fonte de Evidências
<p><b>1. Base Legal do componente municipal</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 12</b></p>		<p>a) Ato legal de criação do componente municipal do SNA do SUS <b>(4 ptos)</b>;</p> <p>b) Lei de criação do cargo de auditor <b>(2 ptos)</b>;</p> <p>c) Decreto de nomeação dos Auditores Municipais <b>(4 ptos)</b>;</p> <p>d) Decreto do regulamento do componente municipal de Auditoria com definição das competências, objetivos, atividades, composição e organização, rito detalhado da apuração de denúncias e graduação de penalidades <b>(2 ptos)</b>;</p>	<p>( ) avançado: (a+b+c+d)</p> <p>( ) intermediário: (a + c)</p> <p>( ) incipiente<sup>65</sup></p>	- Atos legais da SMS
<p><b>2. Objetivos do componente municipal</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 8</b></p>		<p>a) Objetivos definidos no âmbito da SMS (documentos Legais/ oficiais ) <b>(3 ptos)</b>;</p> <p>b) Objetivos coerentes com aqueles definidos pelo SNA <b>(3 ptos)</b>;</p> <p>c) Objetivos explicitados no discurso dos entrevistados e coerentes com os definidos na SMS <b>(2 ptos)</b> ;</p>	<p>( ) avançado: (a + b + c)</p> <p>( ) intermediário: (a + b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Documentos legais e/ou oficiais da SMS</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p>

<sup>64</sup> Os níveis *político-gerencial* e *técnico operacional* totalizam 100 pontos, separadamente. A pontuação corresponde ao somatório de pontos de suas dimensões relacionadas as respectivas sub-dimensões e critérios. O resultado final está correlacionado a um escore de 0 a 100%

<sup>65</sup> A graduação *incipiente* será sempre atribuída à dimensão ou subdimensão em que os critérios não contemplem o que está previsto para a graduação *avançado* ou *intermediário*.

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Graduação	Fonte de Evidências
<p><b>3. Competências do Componente Municipal de Auditoria</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 10</b></p>		<p><b>a) Avaliar as ações e serviços de saúde públicos sob sua gestão (3 pts);</b></p> <p><b>b) Avaliar os serviços de saúde privados sob sua gestão; (3 pts);</b></p> <p><b>c) Verificar a conformidade da aplicação dos recursos destinados à saúde avaliando os resultados alcançados (2 pts);</b></p> <p><b>d) Verificar o cumprimento das diretrizes, objetivas e metas estabelecidos nos planos municipais de saúde (2 pts);</b></p>	<p>( ) avançado: (a+ b+c + d)</p> <p>( ) intermediário: (a + b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atos legais da SMS</li> <li>- Entrevistas com auditores/coordenação</li> <li>- Relatórios de auditorias realizadas</li> </ul>

<p><b>4. Posição da Auditoria no organograma da SMS</b></p> <p>Pontos Máximos: 5</p>		<p>a) Auditoria está ligada diretamente ao gestor <b>(3 ptos);</b></p> <p>b) Auditoria constitui-se num setor independente <b>(2 ptos);</b></p>	<p>( ) avançado: (a + b)</p> <p>( ) intermediário: (a)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Organograma da SMS</p> <p>Entrevistas com auditores/coordenação</p>
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Graduação</b>	<b>Fonte de Evidências</b>
<p><b>5. Relação entre a Auditoria e outros setores da Gestão Municipal</b></p> <p>Pontos Máximos: 5</p>		<p>a) Existência de fluxos de informações de rotina entre a Auditoria e setores correlatos – regulação, controle e avaliação e setor de Planejamento <b>(2 ptos)<sup>66</sup>;</b></p> <p><b>b) Participação regular da Auditoria em reuniões estratégicas</b> (2 ptos) ;</p> <p><b>c) Conhecimento permanente das atividades desenvolvidas por outros setores da SMS (1 pto);</b></p>	<p>( ) avançado: (a + b + c)</p> <p>( ) intermediário: a + b</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Documentos oficiais</p> <p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Entrevistas com técnicos dos setores de Regulação, Controle e Avaliação</p> <p>- Entrevistas com coordenação de outros setores (planejamento)</p>

<sup>66</sup> O critério só será considerado se o componente municipal de Auditoria for um setor independente dos setores de planejamento, regulação, controle e avaliação.

<p><b>6. Relação entre a Auditoria Municipal e outros componentes do Sistema Nacional de Auditoria</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 5</b></p>		<p><b>a) Solicitação e/ou existência de troca de informações e de cooperação técnica entre os componentes do SNA (2 pts);</b></p> <p><b>b) Solicitação e/ou trabalho colaborativo do componente municipal com outros níveis do SNA, no que diz respeito a definição de objetivos, técnicas e instrumentos (2 pts);</b></p> <p><b>c) Solicitação e/ou realização de trabalhos conjuntos com outros componentes do SNA (1 pt);</b></p>	<p>( ) avançado: atende todos</p> <p>( ) intermediário: atende pelo menos dois</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Documentos oficiais</p>
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Gradação</b>	<b>Fonte de Evidências</b>
<p><b>7. Reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão Municipal</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 16</b></p>		<p><b>a) Autonomia para desenvolver auditorias programadas, realizar avaliações e emitir recomendações, independente da designação do gestor (4 pts);</b></p> <p><b>b) Utilização das recomendações/resultados da Auditoria pelo gestor na tomada de decisões (4 pts);</b></p>	<p>( ) avançado : atende todos</p> <p>( ) intermediário: <b>atende pelo menos dois</b></p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Entrevistas com técnicos dos setores de Regulação, Controle e Avaliação</p> <p>- Entrevistas com coordenação de outros setores</p>

		<p><b>c) Utilização das recomendações/resultados da Auditoria pelos diversos setores da SMS, em relação à correção das não conformidades e na tomada de decisões (4 ptos);</b></p> <p><b>c) Auditores sentem-se participantes do processo da gestão (4 ptos);</b></p>		
<p><b>8. Planejamento e Avaliação</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 10</b></p>		<p>a) Planejamento das Atividades da Auditoria: elaboração de programação mensal e/ou anual ( 4 ptos);</p> <p>b) Existência de relatórios das atividades realizadas ( 4 ptos);</p> <p>c) Existência de instrumento de avaliação das atividades desenvolvidas ( 2 ptos);</p>	<p>( ) avançado : (a+ b + c)</p> <p>( ) intermediário: (a + b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Documentos do setor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p>
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Graduação</b>	<b>Fonte de Evidências</b>
<p><b>9. Adequação do quadro técnico às necessidades do componente municipal de Auditoria</b></p>		<p><b>a) Auditores contratados através de concurso público (3 ptos);</b></p> <p><b>b) A atual equipe é multiprofissional (3 ptos);</b></p>	<p>( ) avançado : (a + b+c+d + e)</p> <p>( ) intermediário:</p>	<p>- Documentos oficiais</p> <p>- Entrevistas com gestor</p>

<p><b>Pontos Máximos: 14</b></p>		<p><b>c) Equipe com todos técnicos capacitados em Auditoria (curso de curta duração (3 pts);</b></p> <p><b>d) A equipe é quantitativamente adequada para atingir os objetivos propostos e atribuições estabelecidas (3 pts);</b></p> <p><b>e) Equipe com técnicos capacitados através de cursos de pós-graduação em Auditoria ou Saúde Coletiva; (2 pts)</b></p>	<p>(a+ b) + c ou d</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com os auditores/coordenação</p>
<p><b>10. Disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 15</b></p>		<p>a) Sala própria da Auditoria (3 pts);</p> <p>b) Equip. Informática: computador e impressora (3 pts);</p> <p>c) Linha telefônica e acesso à Internet (3 pts);</p> <p>d) Apoio de informática (2 pts);</p> <p>e) Apoio administrativo (2 pts);</p> <p>f) Carro próprio (1 pts)</p> <p>g) Máquina fotográfica e outros (1 pts);</p>	<p>( ) avançado: (a+b+ c+d+e+f+g)</p> <p>( ) intermediário: (a + b + c + d)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>Observação do setor</p>

( 100 pontos)

<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Gradação</b>	<b>Fonte de Evidências</b>
<p><b>1. Insumos</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 25</b></p>	<p><b>Informações utilizadas na realização das atividades de Auditoria</b></p>	<p>a) Disponibilidade de utilização dos dados dos sistemas de informações nacionais <b>(10 ptos)</b>;</p> <p>b) Utilização de manuais, roteiros, leis, portarias e normas do MS <b>(10 ptos)</b>;</p> <p>b) Disponibilidade de utilização das informações da gestão, tais como Plano Municipal, Agenda Municipal, PPI da Atenção Básica e de Média Complexidade, gastos com a saúde (EC 29), etc. <b>(5 ptos)</b>;</p>	<p>( ) avançado : (a + b + c)</p> <p>( ) intermediário: (a + b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Observação do setor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p>
<p><b>2. Atividades</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 45</b></p>	<p><b>Apuração de Denúncias (Auditorias Especiais)</b></p> <p><b>Pontos: 15</b></p>	<p>a) Apuração de 100% das denúncias <b>(8 ptos)</b>;</p> <p>b) Denúncias apuradas em tempo hábil<sup>67</sup> <b>(7 ptos)</b>;</p>	<p>( ) <b>avançado :</b> (a + b)</p> <p>( ) intermediário: (a)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Relatórios de auditorias realizadas</p>
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Gradação</b>	<b>Fonte de Evidências</b>

<sup>67</sup> Consideramos “tempo hábil” a agilidade na apuração e retorno de resposta ao denunciante ou como estabelecidos em determinados casos, denúncias apuradas dentro do prazo de escalonamento estabelecido pelo Ministério da Saúde.

	<p><b>Auditorias Programadas</b> (Auditoria Regular)</p> <p><b>Pontos: 15</b></p>	<p>a) Auditorias dos serviços públicos sob sua gestão <b>(5 ptos);</b></p> <p>b) Auditoria dos serviços de saúde privados - contratados ou conveniados ao SUS <b>(5 ptos);</b></p> <p>c) Auditoria do Sistema Municipal de Saúde<sup>68</sup> <b>(5 ptos);</b></p>	<p>( ) avançado : (a +b+c)</p> <p>( ) intermediário: <b>(a + b)</b></p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Relatórios de auditorias realizadas</p>
	<p><b>Métodos de Atuação</b></p> <p><b>Pontos: 15</b></p>	<p>a) Realização de auditorias operativas precedidas de auditorias analíticas <b>( 8 ptos );</b></p> <p>b) Utilização de metodologias padronizadas de acordo com os diversos tipos de auditorias ( denúncias, serviços, gestão) <b>( 7 ptos);</b></p>	<p>( ) avançado : (a+ b)</p> <p>( ) intermediário: (a ou b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Relatórios de auditoria realizadas</p> <p>- Instrumentos utilizados</p>
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Gradação</b>	<b>Fonte de Evidências</b>
<b>3. PRODUTOS</b>		<p>a) Existência de relatórios específicos <b>(6 ptos);</b></p> <p>b) Existência de formalização de todas auditorias realizadas através de aberturas de processos <b>(6 ptos);</b></p>	<p>( ) avançado : (a+b+c+d+e)</p>	<p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Relatórios de auditorias realizadas</p>

<sup>68</sup> Auditoria também conhecida como *auditoria de gestão do sistema municipal de saúde* ou *auditoria de gestão*.

<p><b>Pontos Máximos: 30</b></p>		<p>c) Encaminhamento regular de notificação aos órgãos auditados sobre as conclusões da auditoria para apresentação de defesa ou justificativa, se for o caso; <b>(6 pts);</b></p> <p>d) Elaboração regular de parecer conclusivo após análise da defesa ou justificativa <b>(6 pts);</b></p> <p>e) Comunicado ao auditado e denunciante (se houver) das conclusões e recomendações finais da auditoria, inclusive das penalidades a serem aplicadas, se for o caso <b>(6 pts).</b></p>	<p>( ) intermediário: (a+ c + e)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Comunicados/notificações/ parecer encaminhados</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p>
----------------------------------	--	---	--	--

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que o presente estudo possa contribuir para o debate mais geral que se vem desenvolvendo atualmente na área de Planejamento & Gestão em Saúde acerca da construção de tecnologias de gestão e sua incorporação ao cotidiano da gestão dos sistemas e serviços de saúde. Além disso, considerando a escassez de estudos específicos sobre a prática de Auditoria e a organização do SNA no âmbito do SUS, os resultados aqui apresentados, sob a forma de uma proposta de instrumento de avaliação do grau de implantação do componente municipal desse sistema, pode contribuir para a superação de algumas das dificuldades metodológicas e operacionais que se observam no cotidiano dos serviços de saúde em nosso meio.

A revisão documental efetuada nesse estudo revela a necessidade de se avançar na conceituação da Auditoria enquanto instância regulatória, parte integrante de um complexo sistema regulatório do SUS, que envolve controles externos e internos ao sistema. A existência de uma incipiente discussão no âmbito nacional 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.

Os termos e as atividades de auditoria, regulação, controle e avaliação, entretanto, não podem ser concebidas como sinônimos referentes a uma única função. A concepção do SNA incorporada ao SUS distingue tais ações, considerando-as como separadas. Estas atividades necessitam, na verdade, estar integradas e com um fluxo de informações de rotina estabelecido entre elas, pois são atividades complementares que podem ocorrer de forma isolada ou conjunta, em momentos específicos, dentro da gestão de um sistema de saúde. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de atualização das referências legais do SNA, e, principalmente, a necessidade de se

assegurar a organização e o desenvolvimento de ações integradas e subordinadas a competências e atribuições perfeitamente definidas nos três níveis de governo.

Consideramos também que a auditoria “[...] em última instância, está sempre auditando os controles, portanto, quando se refere aos serviços de saúde, não pode ser parte deles”<sup>69</sup>. Neste contexto, a auditoria no SUS pode ser concebida como uma das etapas finais dos processos de avaliação e controle internos ao sistema de saúde, podendo até ser considerada como o “controle dos controles” e, por isso, deve ser organizada de forma independente na gestão do sistema.

O processo de implantação desse sistema e o seu efetivo funcionamento requerem a introdução de metodologias modernas de avaliação, padronizadas por consenso, cuja utilização possa auxiliar no delineamento de estratégias de cooperação técnica entre os componentes, de modo a se promover mudanças institucionais e a construção de uma viabilidade técnica que se traduza na implementação do SNA nos seus três níveis.

Acreditamos que os resultados deste estudo sejam uma contribuição a este processo. A elaboração e a validação do instrumento de avaliação do grau de implantação do componente municipal do SNA indicam a pertinência e a viabilidade de se construir tecnologias que subsidiem o monitoramento e aperfeiçoamento da implantação do SNA em todos os níveis de gestão do SUS. Por outro lado, a versão do instrumento aqui apresentada não pode ser considerada definitiva, pois representa apenas um estágio na construção de um consenso entre especialistas, que sempre pode ser ampliado e redefinido em função do avanço do conhecimento e na prática na área.

Esperamos que, em virtude de o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS estar sendo implantado nos vários municípios plenos do País, o instrumento proposto possa contribuir como um guia, no qual os envolvidos na

---

<sup>69</sup> Extraído “Projeto de Capacitação Específica e Apoio ao Desenvolvimento da Auditoria Municipal” – Ministério da Saúde – Projeto Reforsus-CNPq – “Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento

estruturação do sistema de Auditoria municipal poderiam encontrar aspectos importantes a serem considerados no processo de implantação e, ao mesmo tempo, poderia ser aplicado como instrumento de avaliação nos municípios com componentes municipais de Auditoria já implantados.

O estudo poderá contribuir também para o debate acerca da avaliação de programas e serviços, referendando as recomendações dos estudos existentes sobre a necessidade da institucionalização da prática da avaliação no âmbito do SUS e que se possa constituir num modelo inicial para a institucionalização da avaliação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

A institucionalização da auditoria do SUS requer atualizações continuadas que possibilitem a compreensão do seu objeto e das suas atividades quanto à realidade do processo de descentralização e da reorganização dos serviços de saúde nas diferentes instâncias do SUS. O fato é que não bastam apenas discussão e articulação para definições de terminologias ou atualizações legais. Torna-se necessário o desencadeamento de mudanças institucionais e a construção de uma viabilidade técnico-científica que se traduza na prática cotidiana dos diferentes componentes do Sistema Nacional de Auditoria.

Em relação à experiência do teste do instrumento, gostaríamos de tecer alguns comentários finais:

- utilizamos o instrumento para a realização da avaliação e encontramos lacunas em alguns critérios propostos, mas também consideramos que esses resultados podem não ser conclusivos, o que talvez mereça a aplicação do instrumento em outros municípios;
- embora não constitua objetivo do nosso trabalho, no município caso foram revelados alguns aspectos problemáticos em relação às metodologias que não

estão sendo incorporadas e aproveitadas na rotina dos serviços. Também se observou que o sistema de auditoria municipal não vem realizando auditorias no próprio sistema municipal de saúde, deixando assim de contribuir para a gestão e aperfeiçoamento do próprio sistema público de saúde.

Para finalizar devemos sempre ter a clareza que “{...} *a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes {...} Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas* (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997, p. 45 *in* HARTZ). Esperamos ter contribuído para o avanço dessa busca, levando em conta a necessidade de criação e aperfeiçoamento constante da prática e dos instrumentos de gestão, para que possam responder aos desafios colocados no processo de construção do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. (Org.). *Políticas de saúde e inovação conceitual: uma agenda para os anos 90*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996. p.70–97.

ARAÚJO, M.V; SIMÕES, I.C; SILVA, C.L. Auditoria em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* , n.31, p. 466–77, 1978.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.331–343, 2003.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Lei nº 6.812, de 18 de janeiro de 1995, que cria a Auditoria do Sistema Único de Saúde*. Salvador, 1995.

BAHIA. Secretaria da Saúde. *Decreto nº 7.884, de 27 de dezembro de 2000, que regulamenta o Sistema Estadual de Auditoria no Âmbito do SUS*. Salvador, 2000.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (1998)*. Seção II – da Saúde.

BRASIL. Governo Federal. *Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a*. Brasília, 1990.

BRASIL. Governo Federal. *Lei Orgânica da Saúde, n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b*. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – SUS 01/1991*. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução INAMPS n.º 258, de 07 de janeiro de 1991*. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica NOB SUS 01/92*. Portaria SNAS 234, de 07/02/92. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – SUS 01/1993*. Portaria 545, de 20 de maio de 1993. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do INAMPS e institui o Sistema Nacional de Auditoria*. Brasília, MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 1.105, de 06 de abril de 1994. Dispõe sobre o SNA e dá outras providências – revogado*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto n.º 1.226, de 17 de agosto de 1994. Dispõe sobre a transferência para o Ministério da Saúde de cargos do INAMPS*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde *Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS/MS*. Brasília, 1995.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília: Secretaria Executiva/Sistema Nacional de Auditoria, 1998. 48p.

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. Ministério da Saúde. *Norma de Assistência à Saúde, SUS 01/2001*. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma de Assistência à Saúde, SUS 01/2002*. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. 73p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ato Portaria nº 1970, de 23 de outubro de 2002*. Aprova os regimentos internos do Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

CALEMAN, G. *Auditoria, controle e programação de serviços de saúde*. São Paulo: FSP/USP, 1998. 145p. (Saúde e cidadania, 5).

CAMPOS, A. M. Accountability: Quando Poderemos Traduzi-la para o Português. *Rev. Adm. Públ.* v.24, n.2, p.30–50, fev/abr. 1990.

CARBONI, M.T.; PIRES, V.T.; SILVA, A. R. Controle e avaliação do SUS: competência e responsabilidade dos municípios. In: BORDIN, R. ( Org.). *Práticas de gestão em saúde em busca de qualidade*. Porto Alegre: Dacasa, 1996. p.39–49.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-111.

CHAVES, M.M. *Saúde e sistemas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1980.

CHIAVENATO, I. *Administração de empresas*. São Paulo: MacGraw-Hill, 1987.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Comunidade Solidária, Relação do SUS com a Mídia, Plano Nacional de Educação Profissional, PLANFOR e o SUS, Comunicações Coordenadas, Controle, Avaliação e Auditoria: relatório Final*. Brasília, 1997.114p.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Os Estados na Construção do SUS*. Brasília, 1998. 102p. (Coletânea das Oficinas de Trabalho).

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Descentralização: gestão local. Construindo municípios saudáveis*. Goiânia, 1998 (Relatório do XIV Congresso Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–48.

CORREIA, A.C. *Um pouco de História da Auditoria Interna*. Disponível em < <http://www.Auditoriainterna.com.br> >. Acesso em 20 de nov. 2003

CRUZ, F. *Auditoria Governamental*. São Paulo: Fundação ESAG: Atlas, 1997.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. *A avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.49-88.

DONABEDIAN, A.M.D. *Basic approaches to assessment: struture, process and outcome*. [USA]: [s.n], 1980. xerocopiado

DONABEDIAN, A.M.D. MPH. Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. QRB, v.12, n.3, p. 99-108, 1986.

DONABEDIAN, A.M.D. Evaluación de la calidad de la atención médica. In White, K.L., (Ed.) *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, D.C.: OPAS, 1992. p. 382–404 (Publicación científica, 534).

FERREIRA, H. Regulação. In: Relatório da Oficina de Alinhamento Conceitual. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado, 2003.

JUND, S. *Auditoria: conceitos, normas técnicas e procedimentos: teoria e 550 questões* – Estilo ESAF, UNB e outras. 3. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2002. 460 p.

KLECZKOWSKI, B.M; ROEMER, M.I; WERFF, A.V.D. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política*. Washington, D.C.: OMS, 1984. (Cuadernos de Salud Pública, 77).

KURCGANT, P. Auditoria em enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, n.29, p. 106-124, 1976.

HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: \_\_\_\_\_. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

HARTZ, Z.M.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: Fiocruz, 1997. p.89–131.

HARTZ, Z.M.A; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.3, n.1, p. 68-82, 1998.

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. *Cad. Saúde Pública*, v.15, n. 2, p.229-259, 1999b.

INOJOSA, R.M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? *Cad. FUNDAP*, n.19, p.88–96, jan/abr. 1996.

**LALANDE, A. *Vocabulário Técnico Científico e Crítico da Filosofia.***

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos FUNDAP*, n.19, p.7-24, jan./abr. 1996.

MAYA, M.J.M. Es antiética la auditoria de la calidad en salud. *MedUNAB*, v.4, n.11, p.149–152. 2001.

MARTINS, C.E. Governabilidade e controles. *Rev. Adm. Públ.*, v.23, n.1, p.5-20, jan. 1989.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R.; PINHEIRO, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. p.39–64.

MENDES, E. V. O dilema da segmentação ou universalização: por um sistema público de serviços de saúde para todos os brasileiros. In: \_\_\_\_\_. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. v.1, p.57-123.

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

PAIM, J.S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: SILVA, L.M.V. (Org.) *Saúde coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994. p. 61-73.

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, sept. 2000.

RIBEIRO, J.M. Regulação e contratualização no setor saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 409–443.

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, L.; CARVALHO, G. I. Das formas de controle social sobre as ações e serviços de saúde. *Rev. Saúde Debate*, n.34, p.60–66, mar. 1992.

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

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. *Sistema Único de Saúde e o Sistema de Controle Interno e Externo*. [S.P]: [s.n.], 1998. Xerocopiado.

SILVA, N.M.; BORINI, O.; PIEPER, S. *Controle, avaliação e auditoria em saúde*. 2. ed. Florianópolis: SES/UFSC, 1996. 229p.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, v.10, n.1, p.80-91, 1994.

SILVA, L. M.V.; HARTZ, Z.M.A.; PAIM, J.S. *Análise da implantação da gestão descentralizada da atenção à saúde na Bahia*: relatório final. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. UFBA, 2002.

SILVA, L.M.V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.4, n.2, p.331-339, 1999.

SILVA, L.M.V. *Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde: limites e perspectivas*. [S.P.]: [s.n], 2003. Xerocopiado.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F.J.U.; MACHADO, M.H. (Org.). *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 195-210.

SOLLA, J.J.S.; SANTOS, F.P. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do sistema municipal de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto REFORSUS: experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde*. Brasília, 2002. p.361-397 (Série C: projetos, programas e relatórios).

SOUZA, L.E.P.F.; SILVA, L.M.V.; HARTZ, M.A.A. *Conferência de Consenso sobre a Imagem-objetivo da Descentralização da Saúde no Brasil*. [S.P.]: [s.n], 2003. Xerocopiado.

SOUZA, R.G.; BODSTEIN, R.C. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n.3, p.481-492, 2002.

TEIXEIRA, C.F. *Relatório Final da Oficina de Planejamento da Auditoria da SESAB*. Salvador: SESAB, 2001. 18p.

VIANA, A.L. D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, n.3, p. 493- 507, 2002.

YUNES, J. *Descentralização: gestão local: construindo municípios saudáveis*. Goiânia: CONASEMS, 1998. p.39-48. (Relatório do XIV Congresso Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

**ANEXOS**

ANEXO A - MATRIZ PRELIMINAR DE DIMENSÕES E CRITÉRIOS

Nível 1: Estrutura

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	PROPOSTAS DE CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO Pontuação de 0 a 10	OBSERVAÇÕES
<b>Político-Gerencial</b>	<b>1. Objetivos do Componente Municipal de Auditoria do SUS</b> (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propiciar à alta administração informações necessárias ao exercício de um controle efetivo sobre a organização ou sistema</li> <li>- Contribuir para o planejamento e replanejamento das ações de saúde</li> </ul>	_____ _____ _____	
	<b>2. Base Legal do componente municipal</b> (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuir para o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde, favorecendo à elevação da qualidade das ações e serviços</li> </ul>	_____ _____ _____	
<b>DIMENSÕES</b>	<b>SUBDIMENSÕES</b>		<b>AVALIAÇÃO</b>	
	<b>3. Competências do</b>		_____	

	<p><b>Componente Municipal de Auditoria</b> (3)</p> <p><b>4. Posição no organograma</b> (4)</p> <p><b>5. Relação entre a Auditoria e outros setores da Gestão Municipal</b> (5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto ou Lei de criação do componente municipal do SNA do SUS (CMA/SUS)</li> <li>- Decreto do Regulamento do CMA com definição dos objetivos, competências, atividades e composição da equipe</li> <li>- Decreto ou Lei de nomeação dos Auditores Municipais</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>PROPOSTAS DE CRITÉRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar o cumprimento das ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde</li> <li>- Verificar o desempenho dos serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados</li> <li>- Verificar o cumprimento das ações e serviços que foram firmados na Programação Pactuada Integrada (PPI) e nas respectivas microrregiões de saúde ou através de consórcio intermunicipal</li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p>
--	---	--	---	---------------------------

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Ligada diretamente ao Gestor no Organograma da Secretaria Municipal de Saúde</li><li>- Auditoria constitui-se num setor próprio</li> <li>- Existência de fluxos de informações de rotina entre a Auditoria e setores correlatos – Controle, Regulação, Avaliação e Planejamento</li><li>- Participação regular de auditores em atividades desenvolvidas por outros setores da SMS</li></ul>		
--	--	---	--	--

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	PROPOSTAS DE CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES
	<p data-bbox="464 331 863 448"><b>6. Relação entre a Auditoria Municipal e outros componentes do Sistema Nacional de Auditoria</b> (6)</p> <p data-bbox="485 662 842 748"><b>7. Reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão Municipal</b> (7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="890 342 1440 456">- Intercâmbio de informações com o componente federal e/ou estadual quando constatadas irregularidades na aplicação dos recursos transferidos pela União ou Estado</li> <li data-bbox="890 464 1310 513">- Cooperação técnica realizada pelos componentes federal e/ou estadual</li> <li data-bbox="890 521 1377 570">- Capacitação realizada pelos componentes federal e/ou estadual</li>   <li data-bbox="890 675 1419 911">- Quanto ao Gestor: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="947 708 1367 756">▪ Respeito à autonomia de decisão da equipe de auditoria</li> <li data-bbox="947 764 1388 813">▪ Acatamento das recomendações emanadas das atividades de auditoria</li> <li data-bbox="947 821 1419 911">▪ Respaldo político à aplicação das recomendações emanadas das atividades de Auditoria</li> </ul> </li>   <li data-bbox="890 984 1409 1130">- Quanto aos demais servidores: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="947 1016 1409 1065">▪ Utilização dos produtos da Auditoria na tomada de decisões</li> <li data-bbox="947 1073 1409 1122">▪ Utilização dos produtos da Auditoria na correção de eventuais irregularidades</li> </ul> </li> </ul>	<p data-bbox="1514 375 1629 391">_____</p> <p data-bbox="1514 496 1629 513">_____</p> <p data-bbox="1514 586 1629 602">_____</p> <p data-bbox="1514 740 1629 756">_____</p> <p data-bbox="1514 829 1629 846">_____</p> <p data-bbox="1514 919 1629 935">_____</p> <p data-bbox="1514 1073 1629 1089">_____</p> <p data-bbox="1514 1162 1629 1179">_____</p>	
<p data-bbox="191 1300 369 1333"><b>DIMENSÕES</b></p>	<p data-bbox="548 1243 779 1276"><b>SUBDIMENSÕES</b></p> <p data-bbox="495 1333 831 1390"><b>8. Planejamento e Avaliação</b> (8)</p>	<p data-bbox="890 1243 1283 1276"><b>PROPOSTAS DE CRITÉRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="890 1357 1430 1406">- Planejamento das Atividades da Auditoria: elaboração de programação mensal e/ou anual</li> <li data-bbox="890 1414 1335 1438">- Existência de relatórios das atividades</li> </ul>	<p data-bbox="1482 1317 1661 1349"><b>AVALIAÇÃO</b></p> <p data-bbox="1514 1430 1629 1446">_____</p>	<p data-bbox="1745 1300 1965 1333"><b>OBSERVAÇÕES</b></p>

		- Existência de instrumento de avaliação das atividades desenvolvidas	_____ _____	
<b>INFRA-ESTRUTURA</b>	<b>1. Adequação do quadro técnico</b> (9)	- Composição da equipe: a) para municípios com população < 100.000 habitantes: equipe de 01 médico, 01 enfermeira e 01 profissional de informática <sup>70</sup> b) para municípios com população >= 100.000 habitantes: - Em municípios que não ofertam procedimentos de alta complexidade: 01 médico, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 bioquímico e 01 profissional de informática. - Em municípios que ofertam alta complexidade: 02 médicos, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 bioquímico e 01 profissional de informática.	_____ _____ _____	
<b>DIMENSÕES</b>		<b>PROPOSTAS DE CRITÉRIOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>

<sup>70</sup> O técnico de informática pode estar inserido na equipe ou ser da Secretaria Municipal de Saúde com disponibilidade para a Auditoria. A forma de inserção desse técnico pode não ser de tempo integral.



## Nível 2: Processo

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	PROPOSTAS DE CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES
<b>INSUMOS</b>	Leis, Normas e Informações utilizadas na realização das atividades de Auditoria (11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuais e roteiros do MS</li> <li>- Leis e Portarias do MS</li> <li>- Normas Operacionais do SUS</li> <li>- Dados dos Sistemas de Informações Nacionais (relatórios)</li> <li>- Informações obtidas em sites oficiais</li> <li>- PMS , Agenda Municipal, Quadro de Metas, Pacto da Atenção Básica e PPI</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>ATIVIDADES</b>	<b>1. Apuração de denúncia</b> (12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- encaminhada pelo MS ( SADE, DENASUS, Carta ao Usuário)</li> <li>- encaminhada pelo componente estadual do SNA</li> <li>- encaminhada por outros órgãos de controle ( Ministério Público, Procuradoria, outros)</li> <li>- encaminhada pelo Conselho Municipal de Saúde</li> <li>- encaminhada por pessoa física ou jurídica</li> <li>- veiculada pela imprensa</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>PROPOSTAS DE CRITÉRIOS</b></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>DIMENSÕES</b>		<b>PROPOSTAS DE CRITÉRIOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>

<p><b>DIMENSÕES</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>SUBDIMENSÕES</b></p> <p><b>2. Auditorias Analíticas de Serviços:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2.1. Dinâmica das Auditorias Analíticas</b> (13)</p> <p><b>2.2. Ações incorporadas na Auditoria Analítica</b> (14)</p> <p><b>3. Auditoria Operativa de Serviços:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>3.1. Dinâmica das Auditorias Operativas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de rotina, precedendo as auditorias operativas no setor privado</li> <li>- de rotina, precedendo as auditorias operativas no setor público</li> <li>- de rotina, na análise dos procedimentos do SIA para delinear o perfil da assistência e detectar distorções</li> <li>- de rotina, na análise dos procedimentos do SIH para detectar o perfil da assistência e detectar distorções</li>   <li>- Utilização dos dados dos relatórios dos Sistemas de Informações Nacionais</li> <li>- Auditorias anteriores</li>   <li>- Em toda denúncia de irregularidade no setor privado</li> <li>- Em toda denúncia de irregularidade no setor público</li> <li>- Das distorções detectadas através do SIA e SIH nas unidades do setor privado</li> <li>- Das distorções detectadas através do SIA e SIH nas unidades do setor público</li>   <p style="text-align: center;"><b>PROPOSTAS DE CRITÉRIOS</b></p>   <li>- Vistoria das instalações físicas e verificação da disponibilidade de recursos humanos, materiais e físicos</li> <li>- Verificação das fichas de atendimento ou prontuários</li> <li>- Análise compatibilidade dos atendimentos e Boletim de Produção Ambulatorial</li> </ul>	<p>_____</p> <p><b>AVALIAÇÃO</b></p> <p>_____</p>	<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p>
-------------------------	---	--	--	---------------------------

<p><b>DIMENSÕES</b></p>	<p>(15)</p> <p><b>SUBDIMENSÕES</b></p> <p><b>3.2. Ações incorporadas na Auditoria Operativa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise dos formulários de SUS 1</li> <li>- Análise das solicitação de exames</li> <li>- Análise do laudo médico</li> <li>- Análise da AIH X prontuário</li> <li>- Análise do relatório das AIH pagas e prontuários</li> <li>- Realização de visitas domiciliares a pacientes</li> <li>- <b>Verificação da qualidade do atendimento e grau de satisfação do usuário</b></li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p>
	<p>(16)</p> <p><b>4. Auditoria de Gestão do Sistema Municipal de Saúde</b></p> <p><b>SUBDIMENSÕES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação do cumprimento do PMS</li> <li>- Acompanhamento da prestação de contas apresentada no relatório de gestão</li> <li>- Acompanhamento regular do CMS</li> <li>- Acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para o Fundo Municipal (FMS)</li> <li>- Acompanhamento do cumprimento do Pacto da Atenção Básica e PPI</li> <li>- Acompanhamento dos Programas do MS</li> </ul> <p><b>PROPOSTAS DE CRITÉRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação do cumprimento dos parâmetros de cobertura assistencial - SUS</li> <li>- Verificação do cumprimento dos requisitos da NOAS</li> <li>- Acompanhamento de licitações, contratos e convênios</li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>AVALIAÇÃO</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<p><b>PRODUTOS</b></p>	<p><b>Produtos do processo de trabalho do auditor municipal</b> ( 18)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de Processo de Auditoria formalizado</li> <li>- Existência de relatórios específicos</li> <li>- Elaboração regular de parecer conclusivo</li> <li>- Encaminhamento de Notificação aos órgãos auditados</li> <li>- Aplicação de Penalidades:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Advertência escrita</li> <li>- Glosas</li> <li>- Multas</li> <li>- Suspensão temporária do envio de pacientes</li> <li>- Descredenciamentos</li> </ul> </li> </ul>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
------------------------	---	---	---	--

Universidade Federal da Bahia  
 Instituto de Saúde Coletiva  
 Denise Pestana de Castro

## ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Dr(a) ou Prof (a) \_\_\_\_\_

Prezado(a) Senhor(a),

Conforme contato já mantido, estamos encaminhando o instrumento proposto na pesquisa “Análise de Implantação do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS”, contando com a sua colaboração para a apreciação dos critérios propostos. Constan em anexo, a matriz de avaliação, a pauta da reunião de consenso e a proposta explicativa do instrumento. Para maiores esclarecimentos estamos à disposição nos telefones: 367-8255 (residencial), 370-8323/4160/4262 (comercial) e no e-mail [depestana @terra.com.br](mailto:depestana@terra.com.br).

Antecipamos nossos agradecimentos,

Denise Pestana de Castro  
Mestranda do Instituto de Saúde Coletiva  
Auditora em Saúde Pública/SESAB

Carmen Fontes Teixeira  
Doutora em Saúde Comunitária  
Prof<sup>ª</sup> do Instituto de Saúde Coletiva  
Orientadora da pesquisa

### ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

#### **Proposta para a validação de um instrumento de avaliação do componente municipal de Auditoria do SUS**

O objetivo do trabalho é construir um instrumento de avaliação do componente municipal de Auditoria do SUS que possa ser aplicado a distintos municípios. Nesta perspectiva, a primeira etapa do trabalho consistiu na elaboração de uma proposta preliminar de uma “imagem-objetivo” do componente municipal de Auditoria do SUS (CMA/SUS), concebida em forma de uma matriz, construída a partir de uma revisão de documentos específicos e de literatura especializada. Neste sentido, a matriz da “imagem-objetivo” do CMA/SUS foi concebida em dois níveis: o primeiro nível referente à estrutura do componente municipal de Auditoria contempla duas dimensões, quais sejam, a estrutura político-gerencial e a infraestrutura de recursos. Na dimensão político-gerencial, foram desagregadas oito subdimensões, cada uma das quais relativas a componentes ou aspectos político-gerenciais do Sistema Municipal de Auditoria (objetivos, base legal, competências, posição no organograma, relação entre a Auditoria e outros setores, relação entre a Auditoria e outros componentes do sistema, reconhecimento do papel da Auditoria e planejamento e avaliação). Para cada uma das subdimensões consideradas foi elencado um conjunto de critérios entendidos como “o que deve ser da norma”, ou seja, o padrão que se espera encontrar em cada componente municipal de Auditoria avaliado. Do mesmo modo, a dimensão infra-estrutura foi desagregada em duas subdimensões (adequação do quadro técnico e disponibilidade de recursos físicos e equipamentos), as quais estão associadas a critérios específicos relativos à infra-estrutura do CMA/SUS.

O segundo nível referente ao processo do componente municipal de SNA contempla três dimensões, quais sejam, insumos, atividades e produtos. Cada uma dessas dimensões também foi desagregada em outras subdimensões e associada a critérios específicos relativos ao funcionamento do sistema de auditoria municipal. A dimensão insumos foi desagregada em uma única subdimensão (leis, normas e informações); a dimensão atividades resultou em quatro subdimensões (apuração de denúncia, auditoria analítica de serviços, auditoria operativa de serviços e auditoria de gestão do sistema municipal) e a última dimensão, denominada produtos, foi desagregada numa única subdimensão (produtos do processo de trabalho do auditor).

A segunda etapa consiste no encaminhamento dessa matriz preliminar para o grupo de especialistas convidados. Espera-se que cada especialista proceda a uma apreciação dos critérios, considerando a sua pertinência. Assim, para cada critério proposto, o especialista deverá atribuir uma nota de zero a dez, de acordo com o grau de pertinência deste. Cabe ressaltar que alguns desses critérios podem ser exclusivos ou podem ser acumulativos, por isso, sugerimos que se analise cada critério individualmente. A pontuação sugerida pelo avaliador será colocada na coluna denominada *avaliação* da matriz. A coluna da matriz intitulada *observações* é um espaço destinado ao avaliador para inserir, se assim desejar, uma nota, comentário, sugestões de critérios a serem acrescentados ou até sugestão de exclusão do critério proposto.

Finalmente, a terceira etapa será a discussão aberta entre os especialistas convidados e, portanto, a tentativa de obtenção de um consenso no grupo sobre o instrumento de avaliação, a partir dos critérios propostos ou dos novos critérios que possam ser sugeridos. O grupo de consenso convidado terá três componentes: um representante do Ministério da Saúde, um representante do componente estadual do SNA e dois representantes da Academia.

**Nível 1:Político-Gerencial**

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10	Peso	Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído
<b>1. Objetivos do componente municipal</b> (1)		a) Realizar investigações pontuais sobre denúncias b) Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema <b>c) Avaliar o sistema de saúde visando o seu aperfeiçoamento de forma sistemática e contribuindo para a elevação da qualidade das ações e serviços</b>	_____ _____ _____	<b>Peso 5</b>	
<b>2. Base Legal do componente municipal</b> (2)		a) Decreto ou Lei de criação do componente municipal do SNA do SUS (CMA/SUS) b) Decreto ou Lei de nomeação dos Auditores Municipais c) Decreto do Regulamento do CMA com definição das competências, finalidades, atividades, composição e organização, rito detalhado da apuração de denúncias e graduação de penalidades	_____ _____ _____	<b>Peso 5</b>	

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10	Peso	Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído
<b>2. Competências do Componente Municipal de Auditoria</b> (3)		<p>a) Avaliar a execução das ações e serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados ou desenvolvidos através de outros instrumentos congêneres;</p> <p>b) Verificar o cumprimento das diretrizes, objetivos e metas estabelecidos nos planos municipais de saúde;</p> <p>c) Verificar a aplicação dos recursos destinados à saúde avaliando os resultados alcançados;</p> <p>d) Avaliar a capacidade gerencial e capacidade operacional das estruturas destinadas às ações e serviços de saúde</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Peso 5</b></p>	
<b>3. Posição no organograma da Auditoria</b> (4)		<p>a) Vinculada aos setores de Planejamento e/ou de Regulação, Controle e Avaliação</p> <p>b) Vinculada aos setores de Planejamento e/ou de Regulação, Controle e Avaliação sendo o setor ligado diretamente ao gestor no organograma</p> <p>c) Auditoria constitui-se num setor independente e ligado diretamente ao gestor no organograma</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Peso 5</b></p>	

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10	Peso	Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído
<p><b>5. Relação entre a Auditoria e outros setores da Gestão Municipal</b> (5)</p>		<p>a) Existência de fluxos de informações de rotina entre a Auditoria e setores correlatos – setor de Controle, Regulação, Avaliação e setor de Planejamento</p> <p>b) <b>Participação regular de auditores em atividades desenvolvidas por outros setores da SMS</b></p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Peso 10</b></p>	
<p><b>6. Relação entre a Auditoria Municipal e outros componentes do Sistema Nacional de Auditoria</b> (6)</p>		<p>a) <b>Cooperação técnica eventuais realizada pelos componentes federal e/ou estadual</b></p> <p>b) <b>Intercâmbio de informações com o componente federal e/ou estadual relativas as auditorias realizadas</b></p> <p>c) <b>Articulação do componente municipal com outros níveis do SNA no que diz respeito a objetivos, técnicas e instrumentos</b></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Peso 5</b></p>	

Dimensões	Sub-dimensões	Critérios de Avaliação	Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10	Peso	Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído
<b>7. Reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão Municipal</b> (7)		a) Utilização dos produtos da Auditoria na correção de eventuais irregularidades  <b>b) Autonomia para realizar avaliações e emitir recomendações</b>  c) Utilização dos produtos do processo de trabalho da Auditoria na tomada de decisões	_____  _____  _____	<b>Peso 15</b>	
<b>8. Planejamento e Avaliação</b> (8)		a) Planejamento das Atividades da Auditoria: elaboração de programação mensal e/ou anual  b) Existência de relatórios das atividades  c) Existência de instrumento de avaliação das atividades desenvolvidas	_____  _____  _____	<b>Peso 25</b>	

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10	Peso	Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído
<b>9. Adequação do quadro técnico às necessidades do componente municipal de Auditoria</b> (9)	Equipe da Auditoria	a) A atual equipe é suficiente só para atender denúncias  b) A atual equipe tem sido adequada para atingir os objetivos propostos e atribuições estabelecidas	_____  _____  _____	<b>Peso 5</b>	
	Perfil dos profissionais  <b>da equipe</b>	a) Capacitação em outra área especializada  b) Capacitação em Auditoria  b) Especialização em Auditoria ou Saúde Coletiva	_____  _____  _____	<b>Peso 5</b>	

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10	Peso	Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído
	Formas de contratação da equipe	a) Contrato b) Seleção pública c) Concurso público	_____ _____ _____	<b>Peso 5</b>	
10. Disponibilidade de recursos físicos e equipamentos (10)		a) Sala própria da Auditoria b) Equipamentos de informática: computador e impressora c) Linha telefônica d) Acesso a internet e) Carro próprio f) Apoio administrativo	_____ _____ _____ _____ _____ _____	<b>Peso 10</b>	

**Nível 2: Técnico-Operacional**

<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10</b>	<b>Peso</b>	<b>Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído</b>
<b>1. Insumos</b> (11)	<b>Leis, Normas , Portarias, Manuais e Informações utilizadas na realização das atividades de Auditoria</b>	a) Disponibilidade de utilização dos dados dos sistemas de informações nacionais e de manuais, roteiros, leis, portarias e normas do MS b) Disponibilidade de utilização das informações da gestão como Plano Municipal, Agenda Municipal, PPI da Atenção Básica e de Média Complexidade, gastos com a saúde ( EC 29) , etc	_____  _____	<b>Peso 20</b>	
<b>2. Atividades</b> (12)	<b>Apuração de Denúncias</b>  ( Auditorias Especiais)	a) Apuração de 100% , mas não em tempo hábil  <b>b) Apuração de 100% em tempo hábil</b>	_____  _____	<b>Peso 25</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Critérios de Avaliação</b>	<b>Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10</b>	<b>Peso</b>	<b>Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído</b>
		a) Auditoria exclusiva dos serviços de saúde privados, contratados ou	_____		

	<p><b>Auditorias Programadas</b> (Auditoria Regular)</p>	<p>conveniados</p> <p>b) Auditorias dos serviços de saúde <u>públicos</u> e <u>privados</u> (contratados e/ou conveniados)</p> <p>c) Auditoria de Gestão do Sistema Municipal de Saúde</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Peso 25</b></p>	
<p><b>3. Métodos de Atuação</b> (13)</p>		<p>a) Realização de ações analítica e operativa de forma eventual nas auditorias realizadas</p> <p>b) Realização de ações analítica e operativa de rotina em toda auditoria a ser realizada</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Peso 5</b></p>	

Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Pontos atribuídos aos Critérios 0 a 10	Peso	Comentários ou Observações em relação aos critérios e peso atribuído
<p><b>3. PRODUTOS</b> (13)</p>		<p>a) Existência de relatórios específicos</p> <p>b) Existência de Processo de Auditoria formalizado</p> <p>c) Elaboração regular de parecer conclusivo</p> <p>d) Encaminhamento regular de Notificação aos órgãos auditados</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Peso 25</p>	

## ANEXO 5

Quadro demonstrativo dos critérios excluídos da matriz de avaliação por não serem consensuais após as duas reuniões para construção de consenso

<b>DIMENSÃO</b>	<b>SUBDIMENSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS EXCLUÍDOS</b>
<b>Objetivos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigações pontuais sobre denúncias</li> <li>• Produzir informações para o planejamento</li> <li>• Avaliar o sistema contribuindo para a qualidade das ações e serviços</li> </ul>
<b>Competências</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar o cumprimento das ações e serviços que foram firmados na Programação Pactuada Integrada (PPI) e nas respectivas microrregiões de saúde ou através de consórcio intermunicipal</li> <li>• Avaliar a capacidade gerencial e capacidade operacional das estruturas destinadas às ações e dos serviços de saúde</li> </ul>
<b>Relação entre a Auditoria e outros componentes do SNA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação realizada pelos componentes federal e/ou estadual</li> </ul>
<b>Adequação do quadro técnico</b>	<b>Equipe/ Perfil/ contratação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proposta da composição da equipe segundo população do município</li> <li>▪ Capacitação em outra área</li> <li>▪ Contrato</li> </ul>
<b>Atividades</b>	<b>Auditorias analíticas, operativas e de gestão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Origem das denúncias apuradas</li> <li>▪ Dinâmica e ações da auditoria analítica</li> <li>▪ Dinâmica e ações da auditoria operativa</li> <li>▪ Ações da Auditoria de Gestão</li> <li>▪ Realização de ação analítica e operativa de forma eventual</li> <li>▪ Realização de ações analíticas e operativas de rotina</li> </ul>

## ANEXO 6

## ROTEIROS DE ENTREVISTAS

**ROTEIRO 1. SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE****ROTEIRO 2. AUDITORES/ COORDENADOR DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS****ROTEIRO 3. TÉCNICOS/COORDENADOR DOS SETORES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO****ROTEIRO 4. ROTEIRO DE ENTREVISTA DE COORDENADOR DO SETOR DE PLANEJAMENTO OU COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

## **OTEIRO DE ENTREVISTA DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Nome do Município:**

**Nome do Secretário Municipal de Saúde:**

**Tempo que desempenha a função:**

**Data da Entrevista:**

### **NÍVEL 1: POLÍTICO-GERENCIAL**

- Fale sobre sua trajetória até chegar no cargo

### **DIMENSÃO: OBJETIVOS**

1. Você tem conhecimento dos objetivos do componente municipal de Auditoria?
2. Você considera que os objetivos desse componente municipal de Auditoria estão bem definidos no âmbito da SMS? Explique
3. Os objetivos da auditoria estão definidos nos documentos legais/oficiais da SMS?

### **DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS**

4. As competências da Auditoria estão definidas em documentos da SMS?

### **DIMENSÃO: POSIÇÃO NO ORGANOGRAMA**

5. Você considera adequada a posição no organograma da Auditoria?

### **DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE AUDITORIA E OUTROS SETORES DA SMS**

6. Você tem conhecimento da existência de fluxos de informações de rotina entre Auditoria e os setores de planejamento, regulação, controle e avaliação?
7. A Auditoria sempre está representada nas reuniões estratégicas da SMS?
  8. Você considera que a Auditoria possui conhecimento permanente das atividades desempenhadas por outros setores da SMS?

### **DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE A AUDITORIA E OUTROS COMPONENTES DO SNA**

9. É do seu conhecimento a existência de troca de informações ou de cooperação técnica entre o setor de Auditoria Municipal e outros componentes do SNA?
10. Existe solicitação ou realização de trabalhos conjuntos com esses componentes?

#### DIMENSÃO: RECONHECIMENTO DO PAPEL DA AUDITORIA

10. O que você acha do trabalho da Auditoria na sua gestão?
11. Existe autonomia do setor para o desenvolvimento de auditorias programadas? E para realizar avaliações e emitir recomendações?
12. Os produtos da Auditoria são utilizados para a tomada de decisões?
13. Você acha que os outros setores da SMS também utilizam os resultados para a correção de eventuais conformidades e replanejamento das ações?

#### DIMENSÃO: PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

14. Você recebe a programação das atividades da Auditoria? Qual a frequência? Mensal, anual?
15. O setor encaminha relatórios? Com que frequência?

#### DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

16. Você considera suficiente o quadro de auditores da SMS?
17. O quadro é suficiente para atender às atribuições e aos objetivos estabelecidos?
18. Você identifica alguma necessidade de capacitação da sua equipe de Auditoria?
19. Como é realizada a contratação dessa equipe?

#### DIMENSÃO: DISPONIBILIDADE DE RECURSOS FÍSICOS E EQUIPAMENTOS

20. O setor encaminhou alguma reclamação ou solicitação, no que diz respeito a recursos físicos ou equipamentos?

#### NÍVEL 2: TÉCNICO-OPERACIONAL

### DIMENSÃO: ATIVIDADES

1. Todas as denúncias que chegam à SMS são apuradas? Todas em tempo hábil?
2. As auditorias realizadas abrangem quais serviços?
3. E o próprio sistema de saúde municipal?

### DIMENSÃO: PRODUTOS

4. Toda Auditoria realizada possui um processo formalizado?
5. Fale um pouco sobre os processos que lhe são encaminhados pela Auditoria?
6. Existe encaminhamento regular aos órgãos auditados de relatórios, notificações, parecer conclusivo ou comunicado (ao auditado ou denunciante) das conclusões finais da Auditoria?
7. Existe encaminhamento para outros setores da SMS?
8. Existe encaminhamento para outros órgãos, por exemplo, o Ministério Público ou o Conselho Municipal de Saúde?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DO AUDITOR/COORDENADOR MUNICIPAL DO SUS****Nome do Município:****Nome do Auditor:****Tempo em que desempenha a função:****Data da Criação do Componente Municipal:****Data da Entrevista:****NÍVEL 1: POLÍTICO-GERENCIAL****DIMENSÃO: OBJETIVOS**

1. Fale sobre os objetivos (missão) do componente municipal de Auditoria do SUS.
2. Você considera que os objetivos desse componente municipal de Auditoria estão bem definidos no âmbito da SMS? Por que?
3. Existem claramente os objetivos nos documentos legais/oficiais da SMS?

**DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS**

4. Quais as competências da Auditoria?
5. As competências estão definidas formalmente no âmbito da SMS?

**DIMENSÃO: POSIÇÃO NO ORGANOGRAMA**

6. Você considera adequada a posição no organograma da Auditoria?
7. Você considera que a Auditoria mantém uma relação de independência para emitir julgamentos de não-conformidades de outros setores da SMS?

**DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE AUDITORIA E OUTROS SETORES DA SMS**

9. Existem fluxos de informações de rotina entre Auditoria e os setores de planejamento, regulação, controle e avaliação? Como é realizado? Existem documentos que definem esse fluxo?
10. A Auditoria sempre está representada nas reuniões estratégicas da SMS?
11. Você considera que a Auditoria possui conhecimento permanente das atividades desempenhadas por outros setores da SMS?

**DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE A AUDITORIA MUNICIPAL E OUTROS****COMPONENTES DO SNA**

12. Como se dá essa relação com outros componentes do SNA? É no nível de objetivos,

técnicas e instrumentos?

13. Existe um intercâmbio de informações entre esses componentes no que diz respeito às Auditorias realizadas?
14. Existe cooperação técnica? Com o componente estadual ou federal?

#### DIMENSÃO: RECONHECIMENTO DO PAPEL DA AUDITORIA

15. O que você acha do trabalho da Auditoria na gestão municipal? Você se sente participante do processo da gestão?
16. Existe autonomia do setor para o desenvolvimento de auditorias programadas? E para realizar avaliações e emitir recomendações?
17. Os produtos da Auditoria são utilizados para a tomada de decisões pelo gestor?
18. Você acha que os outros setores da SMS também utilizam os resultados para a correção de eventuais não-conformidades e replanejamento das ações?

#### DIMENSÃO: PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

19. Existe elaboração de programações (mensal ou anual)?
20. Existem relatórios das atividades (anual ou mensal)?
21. Existe algum instrumento de avaliação das atividades desenvolvidas?

#### DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

22. Quais profissionais formam a equipe de Auditoria?
23. Você considera suficiente o quadro de auditores da SMS? Você considera que a atual equipe consegue atender às demandas/denúncias?
24. O quadro é suficiente para atender às atribuições e aos objetivos estabelecidos?
25. Você foi capacitado?
26. Você identifica alguma necessidade de capacitação da equipe?
27. De que forma você foi contratado?
28. Como é realizada a contratação da equipe?

#### NÍVEL 2: TÉCNICO-OPERACIONAL

#### DIMENSÃO: INSUMOS

1. Existe disponibilidade de utilização de dados do sistemas SIA/SIH? E de roteiros, manuais, portarias, etc. do Ministério da Saúde?
2. E disponibilidade de informações da própria SMS, tais como Planos de Saúde, Agenda Municipal, PPI, gastos com a saúde, etc. ?

#### DIMENSÃO: ATIVIDADES

3. O que você acha sobre o volume de denúncias que chegam a SMS?
4. Todas as denúncias que chegam a SMS são apuradas em tempo hábil? Existe rito detalhado legalmente para apuração de denúncias? (regulamento)
5. O que abrangem as auditorias realizadas? Somente serviços privados?
5. As auditorias realizadas abrangem os serviços públicos sob gestão municipal?
6. E o próprio sistema de saúde municipal?
7. Você trabalha utilizando metodologias de acordo com os diversos tipos de auditorias?  
Quais?
9. As auditorias operativas realizadas são sempre precedidas de auditorias analíticas?

#### DIMENSÃO: PRODUTOS

10. Fale um pouco sobre a dinâmica das auditorias realizadas.
11. Toda auditoria realizada possui um relatório específico e um processo formalizado?
12. Existe encaminhamento regular aos órgãos auditados de relatórios, notificações, parecer conclusivo ou comunicado (ao auditado ou denunciante) das conclusões finais da Auditoria?

## ROTEIRO DE ENTREVISTA DO TÉCNICO DO SETOR DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

**Nome do Município:**

**Nome do técnico:**

**Setor:**

**Tempo que desempenha a função:**

**Data da Entrevista:**

### NÍVEL 1: POLÍTICO-GERENCIAL

#### DIMENSÃO: POSIÇÃO NO ORGANOGRAMA

1. Você considera adequada a posição no organograma da Auditoria?
2. Você considera que a Auditoria mantém uma relação de independência para emitir julgamentos de não-conformidades de outros setores da SMS?

#### DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE AUDITORIA E OUTROS SETORES DA SMS

3. Existem fluxos de informações de rotina entre Auditoria e os setores de planejamento, regulação, controle e avaliação?
4. Como é realizado? E a quanto tempo?
5. Existem documentos que definem esses fluxos?
6. Você considera que a Auditoria possui conhecimento permanente das atividades desempenhadas pelo seu setor? E você conhece o trabalho da Auditoria?

#### DIMENSÃO: RECONHECIMENTO DO PAPEL DA AUDITORIA

7. O que você acha do trabalho da Auditoria na gestão municipal?
8. O seu setor utiliza os resultados/recomendações da auditoria para a correção de eventuais não-conformidades e para o replanejamento das ações?

#### DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

9. Você considera suficiente o quadro de auditores da SMS?

ROTEIRO DE ENTREVISTA DO COORDENADOR DO SETOR DE PLANEJAMENTO  
OU DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**Nome do Município:**

**Nome do Coordenador:**

**Setor:**

**Tempo que desempenha a função:**

**Data da Entrevista:**

NÍVEL 1: POLÍTICO-GERENCIAL

DIMENSÃO: POSIÇÃO NO ORGANOGRAMA

1. Você considera adequada a posição no organograma da Auditoria?
2. Você considera que a Auditoria mantém uma relação de independência para emitir julgamentos de não-conformidades de outros setores da SMS?

DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE AUDITORIA E OUTROS SETORES DA SMS

3. Existe algum tipo de fluxo de informações de rotina entre Auditoria e seu setor?
4. Como é realizado? Existem documentos que definem esses fluxos?
5. Você considera que a Auditoria possui conhecimento permanente das atividades desempenhadas pelo seu setor?

DIMENSÃO: RECONHECIMENTO DO PAPEL DA AUDITORIA

6. O que você acha do trabalho da Auditoria na gestão municipal?
7. O seu setor utiliza os resultados/recomendações da auditoria para a correção de eventuais não conformidades e para o replanejamento das ações?

DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

8. Você considera suficiente o quadro de auditores da SMS?

## ANEXO 7

Pontuação obtida nas dimensões e critérios escore final (%) relacionado à apreciação do grau de implantação do componente municipal de Auditoria do SUS no município caso e dificuldades encontradas, Bahia, 2004,

Dimensões	Pontos	Pontos obtidos		Dificuldades
	Máximos	Nº	%	
Base legal do componente	12	12	100	
Objetivos	06	06	100	Embora os objetivos estejam definidos, tanto legalmente, quanto no discurso, os critérios não contemplam as <b>ações realizadas</b>
Competências	12	04	33,3	O primeiro critério pode não retratar adequadamente a realidade por seu grau de exigência
Posição no organograma	05	03	60,0	
Relação entre Auditoria e outros setores da SMS	05	04	80,0	O primeiro critério da dimensão se torna irrelevante quando os setores de Regulação, Controle e Avaliação estão juntos no mesmo setor e sem a devida definição e separação de funções
Relação entre Auditoria municipal e outros componentes do SNA	05	01	20,0	Os critérios analisados não dependem exclusivamente do componente municipal
Reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão	15	10	66,6	No segundo critério como estão juntos o gestor e demais setores da SMS pode existir algum tipo de dificuldade na atribuição dos pontos
Planejamento e Avaliação	10	03	30,0	
Adequação do quadro técnico	15	09	60,0	

Disponibilidade de recursos físicos e equipamentos	15	12	80,0	
<b>Total do nível político gerencial</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>64,0</b>	

Dimensões	Pontos	Pontos obtidos		Dificuldades
	Máximos	Nº	%	
<b>Insumos</b>	25	25	100	
<b>Atividades</b>	45	25	55,5	
<b>Produtos *</b>	30	06	20,0	
<b>Total do nível técnico-operacional</b>	<b>100</b>	<b>56</b>	<b>56,0</b>	
<b>Total geral **</b>	<b>200</b>	<b>120</b>	<b>60,0</b>	

\* Existência de relatórios, processos formalizados e comunicados somente nas auditorias de denúncias.

\*\* Diante do escore de 60,0 % alcançado para a apreciação do grau de implantação, consideramos que o

componente municipal de Auditoria está implantado de forma **intermediária** no município-caso; nos dois

níveis analisados - político-gerencial e técnico-operacional-, o município apresentou os escores

intermediários (64% e 56%).

Para a apreciação acerca do grau de implantação utilizou-se a classificação abaixo e respectivos escores:

- Incipiente: 0 ----- 33,3%
- Intermediário: 33,4 -----66,6%
- Avançado: 66,7 -----100%