



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM
CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE COM
ÊNFASE EM SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA



NÍVIA MARIA OLIVEIRA DE SOUZA

ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL
DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS NOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA.

Salvador

2015

NÍVIA MARIA OLIVEIRA DE SOUZA

**ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL
DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS NOS MUNICÍPIOS
DA REGIÃO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde com ênfase em Serviços de Hemoterapia.

Orientação: Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota.

Salvador

Julho/2015

NÍVIA MARIA OLIVEIRA DE SOUZA

**ESTUDO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL DO
SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO
DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA.**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, com área de concentração em gestão de sistemas de saúde com ênfase em serviços de hemoterapia.

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota - Orientador
Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Profª Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia
Professora Adjunta do ISC/UFBA

Profª Dra. Rosana Machado Lopes
Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia
Auditora em Saúde Pública SESAB e SMS/Salvador

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido orientador Eduardo Mota pelos seus ensinamentos, paciência, carinho e sua belíssima orientação na construção deste trabalho;

À todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva, em especial, as professoras Ana Angélica e Mariluce Karla, por ter compartilhado seus conhecimentos;

À minha turma de mestrado, em especial, a amiga e companheira de quarto Christianne Sobreira, pelos agradáveis e enriquecedores dias que compartilhamos nesses dois anos;

À todos os funcionários do Instituto de Saúde Coletiva, em especial, Sônia Malheiros, por orientar e facilitar a condução dos trâmites acadêmicos;

Aos gestores da CIR de Santo Antônio de Jesus por ter se disponibilizado a participar deste estudo;

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, em especial, às amigas Dilma e Emmanuelle pelo estímulo, ajuda, revisão e amizade;

Aos meus pais, Antônio, Nilva e Gildalva, “exemplos de vida”;

À minha família maravilhosa: irmãos, sogra, sogro, cunhada e comadre pelos momentos que cuidaram de meus filhos para eu me dedicar ao estudo;

Aos meus filhos, Vinícius e Mariana, pela compreensão por minha ausência e alegria que me proporcionam todos os dias;

Ao meu grande amor, Adilson, pelo incentivo e companheirismo;

E por fim, quero agradecer ao bom Deus por todas as vitórias concedidas com a intercessão de Nossa Senhora e todos os Santos.

Eu tentei 99 vezes e falhei. Mas na centésima tentativa eu consegui. Nunca desista de seus objetivos, mesmo que eles pareçam impossíveis. A próxima tentativa pode ser a vitoriosa.

(Albert Einstein)

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMA/SUS	Componente Municipal de Auditoria do SUS
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
NOAS/2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001
NOB/96	Norma Operacional Básica 96
NRS	Núcleos Regionais de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PARTICIPASUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PDR	Plano Diretor de Regionalização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SISAUD	Sistema de Auditoria do SUS
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	6
2	RESUMO e ABSTRACT	7
3	INTRODUÇÃO	9
4	REVISÃO DE LITERATURA	12
5	OBJETIVOS	21
5.1	GERAL	21
5.2	ESPECÍFICOS	21
6	REFERENCIAL TEÓRICO	22
7	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	26
7.1	DESENHO DO ESTUDO	26
7.2	LOCAL DO ESTUDO	26
7.3	DEFINIÇÃO DOS TERMOS	27
7.4	FONTE DE DADOS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO DE COLETA	28
7.5	PLANO DE ANÁLISE	29
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
9	CONCLUSÃO	38
10	RECOMENDAÇÕES	39
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	42
	APÊNDICE B – Roteiro aplicado onde a auditoria não foi implantada	43
	APÊNDICE C – Roteiro aplicado onde a auditoria foi implantada	44
	APÊNDICE D – Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa Documental	45
	ANEXO A - Questionários Pestana (2004)	46
	ANEXO B – Quadro de Análise de viabilidade para implantação do CMA	53
	ANEXO C - Matriz de dimensões e critérios do CMA do SUS	54

APRESENTAÇÃO

Este estudo teve sua origem nas reflexões quanto ao funcionamento do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Essas reflexões foram fruto de observações e participação, pela pesquisadora, de fóruns nacionais, encontros, cursos, seminários e reuniões. Ademais, o local de trabalho da pesquisadora, a Coordenação Técnica de Auditoria do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, proporcionou um ambiente favorável para levantar vários questionamentos acerca da diretriz do SUS de implantar este mecanismo de controle, auditoria, em sistema local de saúde e sobre como se organiza o SNA nas três esferas de governo, com intuito de contribuir para o aperfeiçoamento dos processos de gestão e da qualidade dos serviços. O Mestrado Profissional motivou a busca pelo aprofundamento sobre o tema. Entretanto pretendeu-se focar, neste momento, no estudo sobre a implantação dos componentes municipais de auditorias na região de saúde onde a pesquisadora trabalha.

Estudar a implantação do componente municipal de auditoria foi um desafio, especialmente pela pouca produção científica sobre o tema no Brasil. O conhecimento dos fatores facilitadores e dificultadores para implantação e como está o grau de implantação dos componentes municipais de auditoria implantados forneceram elementos que podem fomentar a discussão quanto ao planejamento e a estruturação do componente municipal de auditoria na região de Santo Antônio de Jesus e no Estado da Bahia.

SOUZA, Nívia Maria Oliveira de. Estudo sobre a Implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS nos municípios da região de Santo Antônio de Jesus, Bahia. 54f. il. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RESUMO

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) criado pela Lei nº 8080/90, instituído pela Lei nº 8689/93, e regulamentado pelo decreto nº 1651/95 que estabelece sua estruturação e funcionamento, deve ser implementado de forma descentralizada através dos níveis federal, estadual e municipal de gestão do SUS. A estruturação dos componentes do SNA nos municípios na região de saúde torna-se um indicador específico de uma das diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) de acordo com o Decreto nº 7.508/2011. O presente trabalho tem por objetivo geral analisar o processo de implantação do componente municipal de auditoria do SUS na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia e por objetivos específicos identificar os principais fatores facilitadores e dificultadores da implantação e estimar o grau de implantação dos componentes municipais de auditoria implantados naquela região. Realizou-se um estudo de caso único, descritivo, exploratório e qualitativo, utilizando como fonte de dados: 1) documentos institucionais e publicações obtidas por pesquisa documental; 2) banco de dados do SNA; 3) entrevistas; 4) observação sistemática da estrutura e funcionamento dos componentes municipais de auditoria durante a visita aos municípios e registro do discurso dos entrevistados. Os elementos extraídos alimentaram tanto o quadro de análise de viabilidade quanto a matriz imagem-objetivo do componente municipal do SNA. O caso estudado demonstrou que o grau de implantação dos componentes municipais de auditoria na região estava intermediária. Os fatores dificultadores para implantação dos componentes superaram os fatores facilitadores. A falta de informação sobre auditoria em saúde, a falta de recursos humanos capacitados e de recursos financeiros foram os fatores que mais dificultaram a implantação. A disponibilidade de infra-estrutura e de recursos materiais foram elementos facilitadores. Diante do quadro apresentado e considerando que a estruturação dos componentes do SNA é uma diretriz, a construção do componente regional de auditoria é um possível caminho para enfrentar e superar os obstáculos na realização de um sistema público de saúde universal, resolutivo e de qualidade.

Palavras chaves: Auditoria; Sistema Nacional de Auditoria; Auditoria Municipal; Descentralização; Regionalização; Sistema de Saúde.

SOUZA, Nívia Maria Oliveira de. Study on the implementation of the municipal component of the National SUS Auditing System in the municipalities of Santo Antonio of Jesus region, Bahia, Brazil.

ABSTRACT

The National Health Audit System (SNA) created by Law No. 8080/90, established by Law No. 8689/93 and regulated by Decree No. 1651/95 establishing its structure and functioning, should be implemented in a decentralized manner through the federal, state and municipal levels of SUS management. The structure of the SNA components in the health region's municipalities becomes a specific indicator of the guidelines of the Organizational Contract of Public Action (COAP) in accordance with the Decree No. 7508/2011. This work has the objective to analyze the municipal component of the implementation process of health audit in San Antonio of Jesus region, State of Bahia, Brazil, with specific goals of identifying key facilitating and inhibiting implementation factors and to estimate the degree of implementation of audit's municipal components deployed in that region. We conducted a single case, descriptive, exploratory, qualitative study using as a data source: 1) institutional documents and publications obtained by documental search; 2) SNA database; 3) interviews; 4) systematic observation of the structure and functioning of municipal audit components during the visit to the municipalities and interviewed speech records. The extracted elements fueled both the feasibility analysis chart and the matrix image-goal of the municipal SNA component. The case study demonstrated that the implementation process of the municipal SNA components in the region was intermediary. The limiting factors for deployment of the audit components exceeded the facilitating factors. Lack of information about health audit, the lack of trained human resources and of financial resources were the factors that made the implementation especially difficult. The availability of infrastructure and of material resources was considered a facilitator factor. In view of the situation and considering that the structure of the SNA components is a guideline, the construction of the regional audit component is a possible way to face and overcome obstacles in achieving a universal, resolute and of quality public health system.

Key-words: Audit; National Health Audit System; Municipal Audit; Decentralization; Regionalization; Health System.

3 INTRODUÇÃO

Este estudo propôs-se conhecer a implantação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, propiciando informações e recomendações para o fortalecimento da auditoria nesta região bem como na estruturação do SNA do Estado.

A auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em um instrumento de controle interno que contribui para o fortalecimento da gestão na medida em que avalia os processos e os resultados das ações e serviços oferecidos aos usuários baseados nos padrões estabelecidos em bases legais e normas e, dessa maneira, indica caminhos para sua melhoria. A auditoria, com foco no acesso oportuno e na qualidade de atenção oferecida aos cidadãos, tem papel importante no controle do desperdício de recursos, colaborando para a transparência e maior credibilidade na gestão pública.

O SNA é o conjunto de órgãos e unidades instituídos em cada esfera de governo, sob a direção do Sistema Único de Saúde, com atribuição principal de realizar auditorias no SUS. O SNA foi criado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro 1990. Esta lei, que regulamentou o SUS, estabeleceu como competência comum das três esferas de governo a definição de instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). Com efeito, no artigo 16, item XIX, dessa lei, que trata das competências da direção nacional do SUS, lê-se: “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, municípios e Distrito Federal”. Após três anos da sua criação, o SNA foi instituído pela Lei 8.689 de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto 1.651 de 28 de setembro 1995. A lei 8689/93, no Artigo 6º, Parágrafo 1º, estabelece que a avaliação pelo SNA será realizada de forma descentralizada e, no Parágrafo 2º, que a descentralização do SNA far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal (BRASIL, 1993).

Da década de 1990 em diante, implantou-se de forma progressiva no SUS uma gestão mais participativa e descentralizada. O processo de descentralização trouxe responsabilidades para o gestor municipal passando a administrar ações e serviços de saúde e controlar a aplicação de recursos financeiros que eram antes responsabilidades de entes federais e/ou

estaduais. Desta maneira, os componentes municipais de auditoria surgem como um mecanismo de apoio à administração local. Um dos requisitos, tanto na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96) quanto na Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001 (NOAS/2001), para habilitação nas condições de gestão plena do sistema municipal, gestão avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual era a estruturação dos componentes municipais e estaduais do SNA. Eles propiciam o diagnóstico para correção das distorções, verificam a qualidade da assistência e o acesso do usuário às ações e serviços de saúde e identificam fraudes e inadequações das normas vigentes na rede própria e contratada. Apesar das atribuições e competências de cada nível do SNA estarem definidas na legislação do SUS, a organização deste sistema ainda não foi estabelecida, levando em conta a relativa autonomia dos Estados e municípios. Cada esfera de governo organizou o seu componente de acordo com suas próprias concepções e possibilidades, configurando-se uma situação heterogênea na implantação do SNA.

Após uma década, a estruturação dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria nos municípios na região de saúde passa a ser um indicador específico de uma diretriz do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). O COAP é um instrumento da gestão compartilhada, que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Entre as diretrizes do COAP tem-se a qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS, sendo esta diretriz relacionada a estruturação dos componentes do SNA (BRASIL, 2012). O COAP surgiu em decorrência do Decreto nº 7.508 em 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS, quando passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

Dada a importância do SNA estruturado para o SUS e a escassez de produção científica sobre a auditoria do SUS, e em particular sobre a implantação do componente municipal, esta pesquisa se justifica pela importância de fornecer elementos que ajudem o planejamento e a estruturação do componente municipal de auditoria e fomentar uma discussão quanto à importância de implantá-lo e de conhecer a organização e

operacionalização dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria nos diversos estados e municípios visando à defesa da saúde e melhoria da qualidade da assistência prestada a população.

A partir das reflexões sobre a estruturação do SNA e verificando a deficiência no desenvolvimento lóco-regional do SNA – componente municipal – na região de saúde de Santo Antônio de Jesus, no estado da Bahia, onde apenas quatro do total de 23 municípios implantaram o componente municipal de auditoria (BRASIL, 2012). Este estudo propõe analisar o processo de implantação do componente municipal de auditoria do SUS na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia, expressando-se da seguinte forma:

- Quais os fatores facilitadores e dificultadores desse processo de implantação da Auditoria naquela região?
- Como está o grau de implantação dos componentes municipais de auditoria na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia?

4 REVISÃO DE LITERATURA

A auditoria é quase tão antiga quanto a civilização, mas recebeu esta denominação apenas a partir do século XII d.C.. Registros históricos de processos rudimentares de auditoria, foram verificados desde o 4.000 a.C., quando, na antiga Babilônia, eram feitas conferências dos impostos arrecadados. No que tange a auditoria na área de saúde, um estudo realizado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS) acerca da *Evaluación de la Eficacia y la Seguridad de las Tecnologías Médicas*, relata que o uso da estatística e da avaliação científica dos cuidados médicos se desenvolveu lentamente, pois, em geral, não era considerado aspecto essencial da Medicina (ROSA, 2012).

Provavelmente, a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino e, por consequência, da prática médica, tenha sido o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como Relatório Flexner (em homenagem a seu coordenador), publicado em 1910, e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial. Neste relatório, Flexner atenta para a necessidade de controle do exercício profissional, ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional. No caminho aberto pelo relatório Flexner, basicamente com os mesmos objetivos, foi publicado outro trabalho clássico sobre avaliação dos serviços de saúde, criado por Codman e intitulado *A Study in Hospital Efficiency: the first five years*, publicado em 1916 (ROSA, 2012).

De forma mais profissional, a auditoria alcançou maior grau de evolução na legislação britânica, promulgada em 1956, ano considerado como de origem da auditoria nos moldes da atualidade. A partir dali, foi difundida para outros países, principalmente, Canadá e Estados Unidos, que, devido ao desenvolvimento econômico, aprimoraram significativamente esta nova técnica. Para a *Joint Commission of Accreditation of Hospitals* (JCAH), o princípio da auditoria na área da saúde necessita focalizar-se na avaliação da qualidade assistencial prestada ao paciente, uma vez que este é essencial para a prática dos profissionais dessa área e, daquele período até os dias atuais, a auditoria em saúde evoluiu muito e há um grande número de hospitais predominantemente privados que possuem serviços de auditoria. No entanto, no Brasil, criou-se a ideia equivocada de que a auditoria em saúde é aquela

relacionada a atividades estritamente burocráticas, de cunho contábil e financeiro (ROSA, 2012).

No Brasil, a evolução da auditoria enquanto profissão se deveu à presença cada vez maior de subsidiárias e filiais de multinacionais, principalmente dos Estados Unidos, Japão, França, Alemanha, Suécia e Suíça, no início e, mais recentemente, da Coreia e Espanha, que enviavam e ainda enviam, auditores com o objetivo de verificar a veracidade dos relatórios emitidos por suas filiais no país. Em 1965, o governo brasileiro editou a Lei 4.728/65, que obrigava a prática da auditoria governamental no Brasil, em razão da necessidade de demonstrar a mesma confiabilidade que as subsidiárias estrangeiras, passando a exigir das empresas nacionais os mesmos procedimentos, adotando novas posturas gerenciais (ROSA, 2012).

O cenário do processo de expansão da cobertura assistencial em saúde, no Brasil, iniciado na segunda metade dos anos de 1970, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, associado a onda crescente dos custos da atenção médica, aumento da complexidade da atenção juntamente com uma grave crise na área econômico financeira impulsionou a expansão de diversas ferramentas de controle, dentre elas a auditoria. Em meio do processo de reforma sanitária defendido na Constituição de 1988, a auditoria passou a ser encarada como atividade de apoio ao processo de tomada de decisões em saúde. Sendo assim, adquiriu um caráter de suporte à gestão e expandiu as suas possibilidades de atuação, não somente para o controle interno, mas também para o desenvolvimento de uma postura pedagógica que favoreceria o processo de trabalho em saúde (TARJA, 2013).

Auditoria se define como o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde (BRASIL, 2011).

É um processo permanente, contínuo e proativo que tem por finalidades: (1) Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde; (2) Avaliar os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio da detecção de desvios dos padrões estabelecidos; (3) Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência à saúde; (4) Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário (BRASIL, 2011).

Através da auditoria, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa. Houve uma evolução normativa que foi responsável pelo reconhecimento da auditoria como estratégia de detecção das distorções e proposição de correções no SUS. Isso agregou uma perspectiva diferenciada na gestão da máquina pública a partir da análise sistemática das ações e serviços de saúde e verificação de cumprimento de todo o arsenal de responsabilidades que estas normas incorporavam ao longo do processo de gestão.

Em 1990, a Lei Nº 8.080, estabeleceu a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) como instrumento em que seria atribuída à coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS em todo território nacional. Um pouco mais tarde, por meio do Decreto Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, o SNA foi regulamentado e a ele foram definidas as competências nos três níveis de gestão: Federal, Estadual e Municipal. A partir desta base normativa, competia ao SNA a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, que seria realizada de forma descentralizada. Além disso, havia sido designado o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria como órgão central do SNA (TARJA, 2013).

O Decreto nº 1.651/95 regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). No Art. 2º este decreto estabelece que o SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS 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 e pericial. No Art. 4º § 3º estabelece que a estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações. No Art.5º compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram no plano municipal: a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde; b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados; c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado (BRASIL, 1995).

Em 2007, a Auditoria passou a ser eixo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde N.º 3.027. Esta base normativa passou a orientar as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS. Somadas às ações de auditoria, o objetivo desta Política seria garantir maior eficácia e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a ouvidoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde. A PARTICIPASUS enfatiza a adoção de práticas de gestão participativa legítima a descentralização dos serviços e ações de saúde, com vistas a responder às diferenças regionais (TARJA, 2013).

Mais recentemente, o Decreto N.º 7.508 de 28 de junho de 2011 foi apresentado como proposta de regulamentação da Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Aliado a isso, a Lei Complementar N.º 141, de 13 de janeiro de 2012, também teve destaque no que diz respeito ao aperfeiçoamento, administração e organização do sistema. Frente à reformulação das políticas públicas e incorporação de novas estratégias de trabalho em saúde, a auditoria passou a ser entendida como elemento permanente e indispensável para o controle dos bens públicos (TARJA, 2013).

O Decreto n.º 8.065/2013 estabelece no Art. 37 a competência do Departamento Nacional de Auditoria do SUS: I - promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS no território nacional; II - auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde, e a regularidade técnico-financeira da aplicação dos recursos do SUS, em todo o território nacional; III - estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS; IV - promover a interação e a integração das

ações e procedimentos de auditoria entre os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; V - apoiar iniciativas de interlocução entre os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, os órgãos de controle interno e externo e os Conselhos de Saúde; VI - informar à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde sobre resultados de auditoria que indiquem a adoção de procedimentos visando a devolução de recursos ao Ministério da Saúde; VII - informar os resultados e as recomendações das atividades de auditoria aos interessados, aos órgãos e às áreas técnicas do Ministério da Saúde correlatos ao objeto da apuração, para fins de adoção de providências cabíveis; VIII - orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades integrantes do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; e IX - promover a gestão da informação e a produção do conhecimento no campo da auditoria do SUS (BRASIL, 2013).

Os componentes do sistema de auditoria devem se conformar ao sistema nacional, conforme legislação do SUS, ocupando um lugar formal na estrutura organizacional das Secretarias de Saúde. Dessa forma é necessário que os componentes estaduais e municipais sejam regulamentados por lei ou decreto do chefe do Poder Executivo e que tenham também um responsável legal, como um gerente, coordenador ou diretor, conforme organograma das Secretarias de Saúde e que o cargo de auditor do SUS seja regulamentado por uma norma de criação do cargo e que o gestor designe, por meio de ato próprio (portaria ou decreto), o corpo de auditores, auferindo, assim, um caráter de legalidade aos trabalhos de auditoria desenvolvidos pela equipe designada (BRASIL, 2012).

O nível de organização dos componentes do SNA deve ser o mais avançado possível, inclusive com a estruturação legal da carreira de auditor do SUS e o ingresso do corpo de auditores via concurso público e que seja organizada uma equipe multidisciplinar e quantitativamente adequada para atingir os objetivos propostos e as atribuições estabelecidas. Além disso, é necessário que a equipe tenha conhecimento técnico para executar as ações de auditoria, estando, se possível, capacitada na área da saúde coletiva ou auditoria em saúde pública.

É recomendado que a auditoria tenha uma estrutura mínima compatível com as atividades a serem desenvolvidas, considerando-se o perfil e a complexidade da rede de serviços, inclusive o volume de produção de serviços e quantitativo de contratos firmados com a rede complementar. Desse modo, é recomendável que os componentes do SNA sejam dotados de alguns recursos, tais como: I - espaço físico definido; II - infra-estrutura de

informática composta de microcomputadores e impressora; III - linha telefônica e acesso à Internet; IV - disponibilidade de meios de transporte para a execução de ações in loco; V - recursos humanos com equipe multiprofissional do quadro permanente para o desempenho das ações operacionais e administrativas; VI - recursos financeiros definidos no orçamento para o desenvolvimento das atividades com vistas a contribuir para uma melhor organização da auditoria e de sua respectiva base legal. Recomenda-se também elaborar o seu próprio regulamento, especificando os objetivos, competências, atividades e composição da equipe, assim como outros itens considerados importantes para o efetivo funcionamento dos componentes do SNA, bem como a elaboração de legislação normativa, para atuação em áreas específicas, tais como instruções normativas para realização de apuração de denúncias ou estabelecimento de fluxos administrativos de processos ou para ordem de recolhimento e ressarcimento ao SUS (BRASIL, 2012).

Outra atividade importante que deve ser considerada quando se trata das relações de auditoria entre entes federados é a cooperação técnica, que tem o objetivo de colaborar na implantação e no fortalecimento dos componentes do SNA. Nesse sentido, deve-se manter uma articulação permanente entre os componentes do SNA no que diz respeito a objetivos, técnicas e instrumentos, incluindo capacitações técnicas específicas para os auditores, bem como as auditorias integradas entre os componentes federal, estadual e municipal do SNA (BRASIL, 2012).

O Sistema de Auditoria do SUS – SISAUD/SUS é um Sistema informatizado que objetiva integrar as informações de auditoria no âmbito do SNA. É gerenciado pelo DENASUS e as suas informações estão armazenadas no DATASUS. O SISAUD/SUS funciona totalmente via internet, portanto sem custos adicionais para as secretarias estaduais, municipais e do Distrito Federal, e os equipamentos necessários para sua implantação são: microcomputador conectado à internet (recomenda-se banda larga) e impressora. A utilização desse Sistema, no âmbito do SNA, visa uniformizar os processos de trabalho executados nos três componentes de auditoria (federal, estadual e municipal). Há de se considerar que a uniformidade proposta pelo seu uso tem como objetivo, além da padronização das práticas e conhecimento das atividades de auditoria, ser um instrumento de fortalecimento do SNA (BRASIL, 2012).

Embora a auditoria tenha sido incorporada como ferramenta de apoio à gestão e esteja fortalecida por meio das bases normativas citadas, seus benefícios serão efetivamente

percebidos à medida que haja o cumprimento das responsabilidades dos gestores de todas as esferas do governo, seja ela municipal, estadual ou federal.

Um conjunto de fatores, como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção, ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros, se constituem em obstáculos expressivos para avanços maiores e mais consistentes, resultando em uma sensação de inviabilidade do SUS (ROSA, 2012).

Diante dessa realidade do sistema de saúde, a figura do auditor tem papel relevante, como agente de promoção da qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos, atuando em programas de educação permanente, bem como em ações de diagnóstico de desempenho de seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa sendo um ator importante para ajudar a desmistificar que o SUS é inviável. A manutenção do SUS se dá em grande medida por meio da participação popular e da militância de seus trabalhadores. Os componentes de auditoria, principalmente quando integrado por servidores efetivos, não só militam na defesa desta fortaleza quanto mantêm a memória institucional deste valioso bem do povo brasileiro.

Compreendendo a importância da consolidação da relação com o controle social, como forma de melhor cuidar da gestão do SUS, a auditoria deve realizar ações de cooperação técnica com os conselhos municipais, estaduais e o nacional de saúde e também com os gestores, nas três esferas de gestão. O objetivo é que juntos apoiem a qualificação da gestão mediante informações compartilhadas e ações pactuadas, de modo a orientar, colaborar, corrigir impropriedades, coibir irregularidades, avaliar o impacto das ações, repercutindo na melhoria da gestão pública de saúde, integrando uma rede que reflita na satisfação do usuário e na melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

Portanto, o compromisso da auditoria para o fortalecimento da gestão se estabelece na orientação ao gestor quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde, o qual deve refletir na melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização dos serviços. Este novo paradigma de auditoria requer profissionais trabalhando na lógica de um observatório social para as questões de resolutividade do SUS, visando contribuir efetivamente para a construção do modelo a que ele se propõe, na amplitude do conceito de saúde: qualidade de vida e cidadania.

Além da Constituição Federal e inúmeras Leis e Decretos relativos à saúde, a extensa base normativa editada pelo Ministério da Saúde refletiu, também, na implantação do SNA. A dificuldade em se obter uma padronização vai desde a extensa legislação do SUS até a sua contínua organização e reorganização, na tentativa de cumprir os princípios constitucionais de integralidade, equidade e universalidade. A organização e operacionalização do sistema municipal de auditoria para o SUS precisa ser conhecido em razão de ser um componente dinâmico de ajuste e aprimoramento, um instrumento indutor de responsabilidades e transparência das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (CASTRO, 2004).

Existe uma escassez de produção científica sobre auditoria em saúde, e em particular sobre a implantação do componente municipal. O Ministério da Saúde, desde a implantação do SNA até 2001, desenvolvia as atividades de controle, avaliação e de auditoria num mesmo setor. A partir de 2001, iniciou-se na prática, a separação da auditoria em relação ao controle e avaliação. Em 2002, o Ministério da Saúde separa a auditoria do controle e avaliação, por espaços físicos e subordinação hierárquica, ficando a auditoria na Secretaria Executiva, e controle e avaliação na Secretaria de Assistência à Saúde.

Os componentes estaduais e municipais instituídos na década de 90 também passaram por contínua organização e reorganização. Em Santa Catarina, no ano de 1994, foi instituída a auditoria, antes que a auditoria fosse regulamentada em nível nacional, entretanto a Secretaria de Estado instituiu seu componente do SNA quatro vezes no âmbito de sua abrangência, cada vez de modo diferente, indicando uma tentativa constante de alcançar uma conceituação satisfatória. Posteriormente, a SES publicou a Portaria SES nº. 445 em 09 de julho 2008, com a finalidade de regulamentar a auditoria no âmbito da SES/SC. Quanto ao SNA, a auditoria foi separada do controle e avaliação na SES/SC em 2002, tanto no que se refere aos espaços físicos como às funções (REMOR, 2008). O Sistema Municipal de Auditoria em Camaçari, Bahia, foi criado em 1998, porém só iniciou suas atividades em 2005. Nos primeiros dois anos as atividades desenvolvidas não seguiam as orientações do SNA. Em 2007 com a mudança de coordenação, o serviço começou a realizar auditorias de rotina e apuração de denúncias seguindo as normas do MS. A partir de 2008, com a vinculação direta ao Secretário Municipal de Saúde e, principalmente, com a incorporação ao quadro de auditores de profissionais especializados e a preocupação com a capacitação técnica ocorreu melhoria da padronização do setor (BRASIL, 2014).

Após a edição do Decreto nº 1651/1995 cada esfera de governo deveria instituir seu componente do SNA. Uma década passou, menos de 10% dos municípios tem o componente

municipal de auditoria implantado segundo o Diagnóstico Situacional do SNA apresentado no II Fórum Nacional de Auditoria em novembro de 2012 em Brasília e os implantados não significam necessariamente que estão estruturados. A auditoria por ser uma estrutura importante no SUS dado o seu caráter fiscalizador e de apoio à gestão, merece atenção dos seus gestores tanto no que tange a implantação quanto na avaliação dos implantados (BRASIL, 2014).

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

- Analisar o processo de implantação do componente municipal de auditoria do SUS na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

5.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os principais fatores facilitadores e dificultadores da implantação dos componentes municipais de auditoria em saúde nos municípios da região de Santo Antônio de Jesus, Bahia;
- Estimar o grau de implantação dos componentes municipais de auditoria implantados na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

A descentralização era um dos assuntos principais nas agendas de reforma do Estado nos anos de 1980 em quase todos os países ocidentais. A virada pró descentralização se apoiou em inúmeros argumentos de ordem política, econômica e social. No campo conservador, a descentralização foi entendida como mecanismo para reduzir o Estado de encargos financeiros. Para os progressistas, a descentralização foi entendida como meio de avançar o próprio conceito de democracia. A proposta de descentralização foi incorporada por diferentes tipos de ideários, até porque todos têm uma base de constituição comum: a crise de um padrão de crescimento baseado na centralidade das ações estatais. Na área da saúde, a ênfase na questão da descentralização tomou rumo próprio a partir da Conferência de Alma-Ata (1978) quando se constatou que os sistemas de saúde viviam uma crise profunda (SOUZA, 2013).

No Brasil, o processo de descentralização teve como pano de fundo a transição política e a crise econômica, período de grande ebulição política que culminou na conformação da Constituição Federal de 1988 e na emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização foi uma política prioritária na agenda federal da saúde durante a primeira década de implantação do SUS. O processo descentralizador abriu oportunidades para maior participação cidadã e para inovações no campo da gestão pública, levando em conta a realidade e as potencialidades locais. Impulsionadas por esta mudança, várias políticas públicas foram reinventadas e disseminadas pelo país (SOUZA, 2013).

Houve uma transferência de poder decisório, de recursos financeiros, responsabilidade gestoras da União para estados e municípios. Contudo, os mecanismos de descentralização não permitiram contornar os conflitos federativos gerados pelas restrições orçamentárias e pela herança das desigualdades socioeconômicas no Brasil. Assim, ao final dos anos de 1990, os avanços da municipalização revelam-se altamente dependentes das condições prévias locais. É neste cenário, a partir da virada dos anos 2000, que a regionalização ganha relevo na política nacional de saúde (Souza, 2013).

As dificuldades para potencializar a descentralização foram muitas: houve um grande aumento no número de municípios, poucos investimentos à cooperação intergovernamental foram estabelecidos, a questão metropolitana foi ignorada pela constituição, além do patrimonialismo local ter sobrevivido em boa parte do país. Acima de tudo foi criado um

federalismo compartimentalizado, em que há mais uma atuação autarquizada nos níveis de governo do que o estabelecimento de laços entre eles. Como a descentralização em um país tão desigual como o Brasil depende de articulação entre os entes federativos, a compartimentalização afeta diretamente (e de forma negativa) os resultados das políticas públicas (ABRUCIO, 2007).

No processo de descentralização podem ser identificados seis períodos: o primeiro (1983 a 1992) é nacional, onde a conjuntura da democratização favorece a crítica ao modelo centralizador. O segundo (1993 a 1995) são as tentativas de fortalecimento da gestão municipal. O terceiro (1996 a 2000) foi com a introdução da NOB 96 marcado pela redistribuição mais equitativa dos recursos. A quarta (2001 a 2005) foi com a introdução da NOAS enfatizando o processo de regionalização como estratégia fundamental para ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde. O quinto (2006 a 2010) foi com a introdução do Pacto pela saúde 2006 que enfatiza a pactuação política entre os entes federados com base na regionalização. O sexto (a partir de 2011) emerge com a proposta de pactuação entre os entes federados a partir do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), (SOUZA, 2013).

A auditoria está inserida neste processo de descentralização fundamentada em diversas bases legais, tais como: tanto a NOB/96 quanto a NOAS 01/2001 trazem que os municípios para se habilitarem na Gestão Plena do Sistema Municipal tinha entre os requisitos comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria. O Pacto pela Saúde 2006 é constituído por 03 componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto de Gestão do SUS radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização. Dentre as responsabilidades elencadas nas diretrizes operacionais, este pacto estabelece que **todo o município deve implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão**, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial (BRASIL, 2006). O Decreto 7508/2011 no Art. 40º diz que o Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado fará o controle e a fiscalização do COAP.

O balanço desse longo ciclo de descentralização e regionalização de serviços, gestão e autoridade política evidencia avanços substanciais na ampliação do acesso e na melhoria de alguns indicadores de saúde, mas com imensas lacunas do ponto de vista de melhoria da

situação de saúde da população, tendo em vista a persistência de barreira de acesso aos serviços, sem contar nos vazios assistenciais.

Para enfrentar essas dificuldades, os estudiosos e os formuladores de políticas de saúde têm lançado mão da teoria de redes (SOUZA, 2013). Para Castells, as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos (MENDES, 2011).

As principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e *status*, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (BRASIL, 2006). Por outro lado, certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão: o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas (*accountability*); o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão. Os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (BRASIL, 2006).

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de questões sociais complexas, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público (MENDES, 2011).

O decreto da organização do SUS assentado na regionalização e hierarquização dos serviços traz para o centro dessa organização a regionalização – uma descentralização unida pela regionalização. O SUS é um sistema que resulta da colaboração dos entes federativos,

colaboração esta que não é facultativa (SILVA, 2013). Sem uma rede não será possível garantir a efetividade das políticas públicas tendo em vista que nenhum ente será capaz de garantir todas as necessidades de saúde para a população, precisando assim um dos outros.

7 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

7.1 DESENHO DO ESTUDO

Este trabalho foi desenvolvido como um estudo de caso único. Este tipo de estudo se constitui em um método cujas fontes de evidência buscam solucionar problemas de pesquisa do tipo “como” e o “porquê”. É característica deste tipo, a falta de controle do pesquisador sobre o fenômeno em estudo. Neste caso, usualmente, o pesquisador se debruça sobre fenômenos contemporâneos para fins de análise (YIN, 2005). Neste estudo de caso único, descritivo, exploratório e qualitativo buscaram-se informações acerca do estado atual da implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

7.2. LOCAL DO ESTUDO

O Estado da Bahia possui 417 municípios. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado aprovado pela resolução CIB nº 132/2007 estabelece nove macrorregiões e 28 microrregiões. O município de Santo Antônio de Jesus é um polo de microrregião com 23 municípios. A resolução CIB nº 275/2012 reconhece as microrregiões como regiões de saúde no Estado da Bahia (BAHIA, 2007).

A região de saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, possuía duas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) – a quarta e a vigésima nona - e 23 municípios localizados no recôncavo baiano com um total de 442.939 habitantes. A quarta DIRES era formada por 13 municípios (Aratuípe, Castro Alves, Conceição do Almeida, Dom Macedo Costa, Jaguaripe, Muniz Ferreira, Nazaré, Presidente Tancredo Neves, Salinas das Margaridas, Santa Teresinha, São Felipe, Varzedo e Santo Antônio de Jesus) com total de 278.164 habitantes com 117 estabelecimentos prestadores de serviços de saúde sob gestão municipal do SUS, sendo 99 públicos e 18 privados, e a vigésima nona DIRES formada por 10 municípios (Amargosa, Elísio Medrado, Itatim, Jiquiriça, Laje, Milagres, Mutuípe, Nova Itarana, São Miguel das Matas e Ubaíra) com total de 164.775 habitantes com 272 estabelecimentos de saúde sob gestão municipal sendo 143 públicos, 1 filantrópico e 118 contratados (BRASIL, 2014).

As 31 DIRES do Estado da Bahia, incluindo a quarta e a vigésima nona citadas, foram extintas e criados nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS) através da Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014, no art.13, parágrafo 2º (BAHIA, 2014). Os Núcleos Regionais de Saúde estão localizados em: Salvador, Feira de Santana, Alagoinhas, Ilhéus, Teixeira de Freitas, Juazeiro, Jacobina, Vitória da Conquista e Barreiras. Esses Núcleos que substituíram as Dires concentrarão as ações de coordenação, planejamento e supervisão. O papel do Estado será o de apoio aos municípios, sem sobreposição ou tutela.

Durante a construção do Sistema Único de Saúde, desde 1988, foram verificadas importantes mudanças na reengenharia institucional. No período da execução deste estudo, houve este ajuste na atuação das secretarias estaduais do Estado, inclusive da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), no nível regional, inclusive com a promessa de apoio técnico e financeiro para conformação dos consórcios regionais de saúde. As estruturas físicas ocupadas pelas antigas DIRES foram mantidas como bases operacionais do sistema.

A Bahia foi o primeiro estado da federação a aprovar uma lei estadual que cria o Sistema Estadual de Auditoria do SUS. O Decreto Estadual nº 7884 de 27/12/2000 que regulamentou SNA no Estado estabeleceu como uma das 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 (CASTRO, 2004).

7.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Nesse estudo, define-se como componente municipal do SNA um integrante de um sistema de controle de gestão do SUS no Brasil que propicia verificar no plano municipal: a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde; b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados; c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual o Município esteja associado (BRASIL, 1995).

Já a Auditoria do SUS, na perspectiva da saúde coletiva, com todo o processo de mudança das práticas de auditoria, não apenas verifica a regularidade das contas, mas, incorpora a avaliação de resultados, da qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência visando, especialmente, a redução das iniquidades, a garantia do direito ao acesso e a eficiência das ações e serviços, que é medida por indicadores de saúde e a efetividade da participação e controle social, sem prejuízo de suas demais funções.

7.4 FONTE DE DADOS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA

Como fonte de dados do estudo, definiram-se: 1) entrevistas (opinião de gestores dos municípios integrantes desta região de saúde); 2) documentos institucionais e publicações obtidos por pesquisa documental (normas legais, relatórios, material institucional); 3) banco de dados do SNA; 4) observação sistemática da estrutura e funcionamento dos componentes municipais de auditoria durante a visita aos municípios e registro do discurso dos entrevistados obtidos durante as observações.

Do total de 23 municípios da região foram incluídos nesse estudo 22. O município de Santo Antônio de Jesus não foi incluído porque a pesquisadora é auditora efetiva deste município e, dessa maneira, se pretendeu assegurar a imparcialidade do estudo. O primeiro contato com os secretários de saúde ocorreu na reunião do Colegiado Intergestor Regional (CIR), na sede da antiga 4ª DIRES, onde foi apresentado o projeto de pesquisa. A CIR é um importante espaço para possibilidades de articulação, incentivo e apoio à organização de redes, e para o fortalecimento da gestão na região de saúde. A partir daquele encontro, as entrevistas dos 22 municípios ocorreram em 17 dias sendo necessário percorrer 1676 quilômetros, pois esta região de saúde apresenta uma área territorial de 8.449 Km². Os gestores foram receptivos à entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), apesar da dificuldade no agendamento.

Neste estudo, 34 entrevistas foram aplicadas, sendo 19 entrevistas nos municípios com o componente municipal de auditoria não implantado e 15 entrevistas nos municípios com o componente municipal de auditoria implantado. Das 34 entrevistas, 33 foram gravadas e transcritas, pois um secretário de saúde preferiu responder as perguntas por escrito. Nos municípios que não possuíam o componente municipal de auditoria implantado foi aplicado o roteiro de entrevista aos secretários de saúde da atual gestão (Apêndice B) e nos municípios que possuíam o componente municipal de auditoria implantado foi aplicado o questionário retirado da dissertação intitulada “Análise de implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS” (Anexo A) aos atuais gestores e roteiro de entrevista aos gestores que participaram da implantação do componente municipal de auditoria (Apêndice C).

Para identificar os principais fatores facilitadores e dificultadores da implantação dos componentes municipais de auditoria do SUS nos municípios da região de saúde de Santo

Antônio de Jesus, Bahia, os elementos extraídos das entrevistas alimentaram o quadro de análise de viabilidade (Anexo B). Este quadro foi criado por técnicos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) a partir do método da matriz FOFA (Facilidades/Oportunidades e Fragilidades/Ameaças). De acordo com este método, fatores externos representam Oportunidades e/ou Ameaças e fatores internos representam facilidades e fragilidades conforme o método sugerido na publicação da Organização Pan-americana de Saúde (TEIXEIRA, 2010).

Para estimar o grau de implantação dos componentes municipais de auditoria implantados na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia foi utilizado a matriz imagem-objetivo do componente municipal do SNA apresentada na dissertação intitulada “Análise de implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS” (Anexo C). Esta dissertação também relata a validação da matriz através da utilização da técnica de consenso com dois grupos diferentes de especialistas convidados e em momentos distintos. Esses grupos contaram com representantes da academia e de serviços. A autora da dissertação testou a matriz em um município do Estado da Bahia, selecionado em função do nível de desenvolvimento do componente municipal do SNA. As entrevistas (Anexo A) foram realizadas com o secretário de saúde, auditor, técnico do setor de regulação, controle e avaliação e coordenador do setor de planejamento ou assistência à saúde, respectivamente, nos três municípios onde o componente municipal de auditoria está implantado.

A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. A análise documental e observação sistemática contribuíram para definições das dimensões e critérios dos componentes municipais de auditoria na região de Santo Antônio de Jesus (CASTRO, 2004).

7.5 PLANO DE ANÁLISE

No quadro de análise de viabilidade (Anexo B) as Facilidades/Oportunidades e Fragilidades/Ameaças identificadas no ambiente interno e no ambiente externo foram classificados quanto à sua dimensão Política (vontade política/apoio político), Administrativa (recursos administrativos/burocráticos), Técnica (recursos técnicos/operacionais) e Financeira (recursos financeiros/ orçamentários). A partir de perguntas feitas (Apêndice B), durante a entrevista, aos secretários municipais de saúde onde o componente municipal de auditoria não estava implantado, as respostas foram enquadradas no quadro analisando a viabilidade para

implantação do componente municipal de auditoria na região de saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Na Dimensão Política foram consideradas como variáveis: capacidade de negociação, grau de articulação política e exercício de liderança. Os critérios para análise correspondem respectivamente: capacidade de mobilização e articulação intra e inter institucional; capacidade de mobilização de coletivos e de pessoas, inclusive as equipes de trabalho; governabilidade interna (controle sobre recursos) para a realização dos objetivos e missão assumida no setor saúde. Na Dimensão Administrativa foram consideradas como variáveis: capacidade de organização do processo de trabalho, disponibilidade de infra-estrutura. Os critérios para análise correspondem respectivamente: à disponibilidade de métodos para a organização dos processos de trabalho, suficiência de recursos materiais, humanos e tecnológicos – inclusive tecnologia de informação. Na Dimensão Técnica foi considerada como variável: capacidade de fazer. Os critérios para análise podem corresponder a: competência/capacidade de pessoas e de equipes de trabalho na operacionalização das suas atividades, manejo das informações/uso do conhecimento no processo de trabalho. Na Dimensão Financeira foram consideradas como variáveis: utilização de recursos monetários, volume financeiro e distribuição financeira. O critério para análise corresponde à disponibilidade monetária necessária para a realização das atividades de gestão do SUS. Ressaltamos que utilizamos as variáveis criadas pelos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

A matriz da imagem-objetivo do componente municipal do SNA (Anexo C) é composta por dois níveis, 13 dimensões e 51 critérios, considerados como objeto de avaliação da estrutura e funcionamento do componente municipal do SNA que geraram uma graduação indicando o grau de implantação do sistema. Este modelo caracteriza o sistema de Auditoria no seu contexto municipal em dois níveis específicos: um político-gerencial e outro técnico-operacional.

O nível político-gerencial diz respeito à gestão que inclui 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. Entre as dimensões, destaca-se a relação entre a auditoria e os outros setores da gestão, motivo pelo qual a entrevista englobou representantes dos setores de planejamento ou da assistência à saúde, da regulação, controle e avaliação. O nível técnico-operacional corresponde às ações de auditoria propriamente ditas, orientadas pela utilização de metodologias e tendo como resultados os produtos destas atividades. O grau de

implantação foi o resultado do escore obtido a partir da diferença percentual entre a pontuação máxima esperada (somatório dos pontos máximos de cada dimensão) e os pontos alcançados. Obtido o escore os municípios foram classificados da seguinte maneira: incipiente, o intervalo (≥ 0 e $< 33,3\%$), intermediário, o intervalo ($>33,3\%$ e $< 66,6\%$) e avançado ($> 66,6\%$).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, recebendo o parecer nº 752.739/2014. De acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas foi solicitado a leitura prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) de todos os participantes deste estudo.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA IMPLANTAÇÃO DA AUDITORIA

Neste estudo foram realizadas entrevistas com os 19 secretários de saúde dos municípios onde o componente municipal de auditoria não estava implantado. Na época do projeto desta pesquisa, destes 19 municípios, um município possuía componente municipal de auditoria, entretanto, com a saída dos profissionais, o componente foi desativado. As perguntas feitas aos secretários de saúde trouxeram elementos disponíveis, indisponíveis, possíveis de serem obtidos e difíceis de serem obtidos para uma implantação do componente municipal de auditoria. Esses elementos alimentaram a matriz FOFA e foram analisadas as facilidades e dificuldades existentes para implantação do componente municipal de auditoria.

Quanto aos fatores facilitadores para uma possível implantação do componente municipal de auditoria, dos 19 secretários municipais de saúde, 10 (52,6%) secretários não apontaram fatores facilitadores. A dimensão administrativa é a variável que possui mais elementos existentes, disponíveis e/ou que podem ser obtidos, segundo os entrevistados, para uma possível implantação do componente municipal de auditoria. Os recursos administrativos: disponibilidade de infraestrutura, recursos materiais foram considerados elementos facilitadores. A dimensão política também esteve presente na fala de três secretários de saúde como elemento facilitador.

Algumas falas retrataram a infraestrutura e a vontade política como elementos facilitadores para implantação do componente municipal de auditoria, como se percebe nos seguintes trechos:

a gente tem uma infra estrutura que favorece

a auditoria não é difícil de ser implantada. Basta boa vontade do gestor

Quanto aos fatores dificultadores para uma possível implantação do componente municipal de auditoria, dos 19 secretários municipais de saúde, dois não apontaram fatores dificultadores para uma futura implantação. A dimensão técnica é a variável que possui mais elementos difíceis de serem obtidos para futura implantação. Nesta dimensão os elementos mais apontados foram: a falta de informação sobre auditoria do SUS e a falta de recursos humanos capacitados. Esse achado remete à importância do fortalecimento do nível de organização dos componentes municipais de auditoria, com estrutura legal da carreira de

auditor, o seu ingresso por concurso público, a disposição de equipe multidisciplinar capacitada na área de saúde coletiva e/ou auditoria em saúde pública, coadunando com a legislação do SUS (BRASIL, 2012).

A dimensão financeira também se mostrou significativa, porque dos 19 secretários de saúde, nove apontaram o sub-financiamento na saúde como elemento dificultador. Coadunando com essa observação, Rosa (2012) retrata o financiamento como um dos obstáculos para avanços maiores e mais consistentes do SUS.

A falta de informação e falta de recursos financeiros como elementos dificultadores para implantação do componente municipal de auditoria, foram registradas em algumas falas:

eu acredito que primeiro lugar informação. Eu acho que primeiro tinha que vir informação pra mim, tipo: o que é auditoria, como funciona, pra que serve?

é algo que eu ainda não conhecia, pra eu te falar a verdade. Na questão da auditoria, conhecia o federal, conhecia o estadual, mas o municipal eu ainda não tinha conhecimento dessa parte.

Esse recurso tem que vir do fundo municipal referente a um chamado recurso próprio e esse recurso próprio como eu te disse está cada vez mais escasso, cada dia agente pode usar menos esse recurso por conta do aumento de serviços, no aumento de demandas e agente acaba por priorizar as coisas que são emergenciais.

Com efeito, a capacitação e o financiamento foram, também, as necessidades mais relevantes, respectivamente, para implementação dos componentes estadual e municipal revelado no Diagnóstico Situacional do SNA apresentado no II Fórum Nacional de Auditoria em novembro de 2012. Este diagnóstico revelou que dos 5560 municípios do Brasil, 313 tinham SNA implantados (BRASIL, 2012).

Neste estudo também realizamos entrevistas com gestores que vivenciaram o momento da implantação do componente municipal de auditoria nos três municípios que estimamos o grau de implantação. O principal fator dificultador mencionado foi recurso financeiro e o principal fator facilitador foi à organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria ser requisito para os municípios se habilitarem na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Da análise dos dados, percebe-se que a dimensão política foi decisiva para a implantação de componentes municipais de auditoria durante a vigência das NOB 96 e da NOAS 2001. Naquela época, a prerrogativa da implantação da auditoria municipal para habilitação atuou como incentivadora da decisão de estruturar um componente municipal de

auditoria, coadunando com Souza (2013) onde traz a descentralização como uma política prioritária na agenda federal da saúde durante a primeira década de implantação do SUS, podendo ser caracterizado como influência externa.

Entretanto, a falta de legislação consistente quanto à estrutura, processos e resultados esperados para um componente municipal de auditoria, deixou margem para adoção de diversos modelos tornando as auditorias municipais extremamente diversas quando se observa a forma de implantação. Coadunando com nossa observação, Castro (2004) propôs uma matriz de padronização a qual foi também utilizada neste estudo.

QUADRO 1: PRINCIPAIS ACHADOS SOBRE OS FATORES FACILITADORES (FO) E DIFICULTADORES (FA) PARA IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA NA REGIÃO DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA, 2014.

DIMENSÕES	FO		FA	
	AMBIENTE INTERNO FACILIDADES	AMBIENTE EXTERNO OPORTUNIDADES	AMBIENTE INTERNO FRAGILIDADES	AMBIENTE EXTERNO AMEAÇAS
Política	Boa vontade do gestor			
Administrativa	Disponibilidade de infraestrutura e recursos materiais.			Ausência de legislação cogente
Técnica			A falta de informação sobre auditoria do SUS e a falta de recursos humanos capacitados	
Financeira			Sub-financiamento	

Fonte: Entrevistas com os secretários municipais de saúde

Chama atenção, conforme análise do Quadro 1, a falta de oportunidades no ambiente externo em todas as dimensões para implantação do SNA, ainda sobre esse aspecto a falta de técnicos com habilidades necessárias e suficientes para atuar na função de auditor se coloca como mais uma dificuldade a ser confrontada e repensada. Pode-se pensar em somar, ainda, a insuficiência de conteúdos na graduação que estimulem os egressos a mergulhar nesta área

profissional. Estes achados remetem à importância de fortalecer a gestão do trabalho e política de pessoal do SUS.

O desestímulo ao exercício dessa digna e importante função sofre também com o subfinanciamento que afeta diversas áreas da saúde e por repercutir, a priori, internamente, não tem recebido a devida importância quanto as suas atividades bem como quanto aos investimentos, que são em sua maioria direcionados a assistência direta e que politicamente repercutem no âmbito externo.

Isto exposto, a dimensão política, agrava a fragilidade do SNA, ainda que os municípios, como entes autônomos, conforme Constituição Federal da República de 1988, manifestem a intenção de instituí-lo, não encontra consonância com os interesses manifestos do ente federal, com ênfase na falta de recurso financeiro.

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DOS COMPONENTES MUNICIPAIS DE AUDITORIA

Foram visitados os três municípios com componentes municipais de auditoria implantados. Os elementos extraídos, da análise de documentos e das entrevistas com secretários de saúde, auditores e coordenadores, alimentaram a matriz de dimensões e critérios do componente municipal de auditoria classificando a implantação da auditoria nos municípios de forma intermediária. O nível político-gerencial reduziu o escore dos três municípios conforme tabela 1, sendo a organização do componente municipal de auditoria de acordo com as possibilidades e concepções de cada gestão.

TABELA 1. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA, 2014.

Município	Nível (pontuação)		Escore %	Classificação
	Político-gerencial	Técnico-operacional		
A	33	68	50,5	Intermediário
B	39	85	62	Intermediário
C	37	90	63,3	Intermediário

Fonte: Matriz de dimensões e critérios do componente municipal de auditoria do SUS

No nível político-gerencial

Os objetivos e competências desempenhados pelos componentes municipais de auditoria são coerentes com aqueles definidos pelo SNA, apesar dos mesmos não estarem claramente formalizados em documentos oficiais nas secretarias municipais de saúde. Os atos legais de criação do componente municipal de auditoria e do cargo de auditor não foram apresentados, os componentes municipais de auditoria não possuem regimento interno, entretanto eles procuram seguir as normas do ministério da saúde.

A auditoria municipal estava diretamente ligada ao secretário de saúde. Os auditores sentem-se participantes da gestão na medida em que o gestor dá “governabilidade para o processo”, não o “engavetando”. A partir do processo de trabalho, as sugestões geram discussões, os encaminhamentos são disparados, e as providências são tomadas.

A relação entre a auditoria e os outros setores da gestão se dá principalmente pelo relatório quadrimestral. A participação de auditores em reuniões é prejudicada por causa da disponibilidade de carga horária desses profissionais. Já a relação entre a auditoria e os outros componentes do SNA se dá principalmente através da cooperação técnica para implantação do Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD), embora a realização de trabalhos conjuntos seja um desejo dos auditores entrevistados.

O reconhecimento do papel da auditoria na gestão municipal é notório entre os gestores. Declararam que as atividades realizadas pela auditoria são extremamente importantes na medida em que oferece subsídios teóricos, dimensiona a maneira como a gestão está caminhando e fornece informações para tomada de decisões. Esse reconhecimento, porém, não é compatível com a disponibilidade de recursos físicos e equipamentos, contrariando as recomendações para uma estrutura mínima citado em Brasil (2012), sendo os recursos compartilhados com outros setores da SMS.

As equipes dos componentes municipais de auditoria não são multidisciplinares e nem contratadas através de concurso público. Entretanto os profissionais que estão nomeados são especialistas e com experiência em auditoria do SUS e/ou em saúde coletiva. O vínculo precário dificulta o desenvolvimento e conclusão das atividades que são disparadas pelo componente, como resultado temos a descontinuidade das ações.

Nível técnico-operacional

Observou-se que os componentes municipais de auditoria planejam as atividades, utilizam ferramentas disponibilizadas pelo MS (sistemas de informações, manuais, portarias, normas), realizam auditorias operativas precedidas das auditorias analíticas, sendo as auditorias basicamente regulares.

Os auditores entrevistados, pelo tempo de atuação, capacitações e cumprimento das dimensões: insumos, produtos e atividades merecem notoriedade visto que escolheram a área de atuação em sua maioria por perfil, identificação com as atividades burocráticas realizadas, respondendo de maneira satisfatória e conclusiva o roteiro da entrevista que alimentou as conclusões deste estudo.

As auditorias municipais ainda não estavam utilizando o SISAUD, entretanto, as auditorias realizadas são formalizadas através da abertura de processo tanto nos serviços públicos de saúde sob sua gestão quanto nos serviços privados, contratados ou conveniados ao SUS, sendo o processo de trabalho no âmbito municipal compatível com o estadual e federal. Está ocorrendo cooperação técnica entre município e estado para implantação do SISAUD em um dos três municípios.

Muito embora haja compatibilidade do processo de trabalho nos diversos níveis de gestão, é importante que os municípios que possuam o componente municipal da auditoria formalizem e ponham em prática o uso do Sistema, disponível gratuitamente pelo ente federal. Fácil defender tal constatação, visto que para além da elaboração do relatório, o SISAUD serve como arquivo, rede social com outros auditores, conversas técnicas, socialização e atualização das legislações e outros importantes documentos relacionados segundo Brasil (2012).

9. CONCLUSÃO

O caso estudado demonstrou que o processo de implantação dos componentes municipais de auditoria na região de Santo Antônio de Jesus precisa ser fortalecido. Os fatores dificultadores para implantação dos componentes superaram os fatores facilitadores. A falta de informação sobre auditoria do SUS, a falta de recursos humanos capacitados e a falta de recursos financeiros são os fatores que mais dificultam a implantação do componente municipal de auditoria nesta região.

Embora a administração municipal de três municípios tenha implantado o componente municipal de auditoria e seus auditores, na atual gestão, tenham experiência em auditoria e/ou saúde coletiva, o grau de implantação ainda é intermediário, pois o nível político-gerencial é incipiente.

Apesar do grau de implantação ser intermediário nos três municípios, a organização do componente municipal de auditoria é de acordo com as possibilidades e concepções de cada gestão, existindo uma situação heterogênea na implantação dos componentes.

Considerando que a auditoria é um reconhecido instrumento de gestão e que sua implantação é essencial ao fortalecimento do SUS, o retardo no processo de implantação aponta para o enfraquecimento do controle e a fiscalização das ações e serviços executados afetando o acesso e a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos, a transparência e maior credibilidade na gestão pública.

Diante do cenário apresentado e considerando que a estruturação dos componentes do SNA é uma diretriz do COAP, a construção de uma rede, também, é um possível caminho para enfrentar os obstáculos no que tange o controle e a fiscalização do COAP. Uma descentralização integrada pela regionalização com novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre os entes dotados de autonomia apresenta-se como um caminho desejável para que se alcance um sistema público de saúde universal, resolutivo e de qualidade.

10 RECOMENDAÇÕES

Este estudo revelou que a maioria dos gestores de saúde da região de Santo Antônio de Jesus veem as atividades realizadas pela auditoria como extremamente importantes para a gestão. Entretanto, foi verificado que as condições dificultadoras superaram as condições facilitadoras para a implantação dos componentes municipais de auditoria, conforme declarações dos próprios gestores.

Diante do exposto, cumprindo o papel de um trabalho de Mestrado Profissional, são apresentadas a seguir algumas recomendações, baseadas nos achados da amostra, passíveis de serem aproveitadas pelos entes federativos a fim de auxiliar os municípios a superarem as dificuldades enfrentadas no processo de implantação dos componentes municipais de auditoria.

- a) Estimular a criação da carreira para Auditor em Saúde Pública em todos os entes federativos;
- b) Incentivar a realização de concurso público para o provimento de recursos humanos para Auditoria do SUS;
- c) Incentivar a elaboração do Regimento Interno e adesão ao SISAUD por parte dos componentes municipais de auditoria;
- d) Efetivar a prestação de apoio técnico federal e/ou estadual às Secretarias Municipais de Saúde elegíveis para a implantação de um componente municipal de auditoria;
- e) Estimular a implantação dos componentes municipais de auditoria por meio de incentivo financeiro fundo a fundo;
- f) Fomentar na Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde reflexões sobre a auditoria do SUS;
- g) Fomentar a construção de componentes regionais de auditoria, com gestão compartilhada, objetivando obter ganhos de produtividade e eficiência nas políticas públicas regionais através do controle interno.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. edição especial comemorativa, p.67-86, 2007.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia – PDR 2007**. Salvador, 2007.
- _____. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Bahia, 2014.
- BRASIL. Decreto nº 8065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ago. 2013.
- _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- _____. Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Caderno com metas e indicadores para composição da parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública**. Brasília: Ministério da saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Componente Municipal de Auditoria do SUS: análise da importância e relato da experiência no município de Camaçari/BA**. EXPOGEP, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema nacional de Auditoria do SUS. **Diário Oficial União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 1995,. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>. Acesso em 9 de março de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Diagnóstico Situacional do SNA. In: **FÓRUM NACIONAL DE AUDITORIA**, 2, 2012, Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do Sistema nacional de Auditoria: SNA do SUS**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica –SUS 01/1996. Portaria 2.203 de 6 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde-SUS 01/2001. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2001

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde. Brasília**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

REMOR, L. C.. Auditoria do SUS em Santa Catarina. **Revista Saúde Pública**. Santa Catarina, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

ROSA, V. L. **Evolução da auditoria em saúde no Brasil**. 2012. 32 d. Monografia (Especialização em Auditoria em Saúde) – Centro Universitário Filadélfia, Londrina, 2012.

SILVA, S.F *et al.* **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SOUZA, L.E.P.F; VIANA, A.L.D’A. (2013) Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação popular. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de janeiro: MedBook, 2014, p. 261-269.

TARJA, F. S *et al.* Responsabilidade de gestão em auditoria: análise do pacto pela saúde em estados brasileiros. **Revista eletrônica gestão & saúde**, v 4, n. 3, p.946-62, 2013.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010, 161 p.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Brookman, 2005.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Nívia Maria Oliveira de Souza** (mestranda e pesquisadora-responsável), CV: <http://lattes.cnpq.br/1078626720616116>, e o **Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota** (orientador), CV: <http://lattes.cnpq.br/3684477568779674>, estamos convidando você a **participar como entrevistado de uma pesquisa de dissertação de mestrado profissional**, que tem como objetivo **estudar o estado atual de implantação dos componentes municipais de auditoria do SUS na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia**. Esta pesquisa pretende contribuir com um referencial teórico-prático para a auditoria do Sistema Único de Saúde do componente municipal, especialmente quanto a identificar dos principais fatores facilitadores e dificultadores da implantação deste componente. Portanto, além de gerar conhecimento, pretende-se que esta pesquisa tenha uma utilidade social e política de modo a contribuir para o aprimoramento da gestão da auditoria. Os sujeitos da pesquisa terão como benefício a oportunidade de refletir quanto a gestão da auditoria e de utilizar os resultados da pesquisa para implementá-la como área de atuação estratégica para consolidação do Sistema Único de Saúde. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. **Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa**, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. Os pesquisadores e entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora - responsável pelo telefone (75)9115-6831, ou pelo e-mail: nivia.auditoriasaj@hotmail.com. **O teor da entrevista somente será utilizado para fins científicos**. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento. Uma segunda via deste termo será entregue à(o) entrevistado.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, da pesquisa acima descrita.

_____, _____ de _____ de 2014.

Pesquisadora

Entrevistado

Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP/ISC). Endereço: Rua Basílio da Gama, s/n, - 2º andar, Canela, 40.110-040, Salvador-Bahia. Tel.: 71 3283-7438

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista aplicado onde a auditoria não foi implantada

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

PERGUNTAS A SEREM FEITAS AOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE ONDE O COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA (CMA) NÃO FOI IMPLANTADO.

1. Quais os recursos existem e estão disponíveis (facilidades) para uma futura implantação do CMA?
2. Quais os recursos inexistentes e que podem ser obtidos (oportunidades) para uma futura implantação do CMA?
3. Quais os recursos inexistentes e difíceis de serem obtidos (fragilidades e ameaças) para uma futura implantação do CMA?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista aplicado onde a auditoria foi implantada



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

PERGUNTAS A SEREM FEITAS AOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE E/OU INTEGRANTES DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA (CMA) QUANDO FOI IMPLANTADO.

1. Quais os recursos existiam e estavam disponíveis (facilidades) para a implantação do CMA?
2. Quais os recursos inexistiam e que poderiam ser obtidos ou foram obtidos (oportunidades) para a implantação do CMA?
3. Quais os recursos inexistiam e foram difíceis de serem obtidos (fragilidades e ameaças) para a implantação do CMA?

APÊNDICE D - Carta de Anuência Para Autorização de Pesquisa Documental

Ilmo.Sr.

NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE

Solicitamos autorização para realização da pesquisa realizada pela aluna Nívia Maria Oliveira de Souza sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade a ser realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, do curso Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, que tem como objetivo **estudar o estado atual de implantação dos componentes municipais de auditoria do SUS na região de Santo Antônio de Jesus, Bahia** necessitando, portanto, ter acesso a documentos legais e/ou oficiais da instituição.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

_____, _____ de _____ de 2014.

Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

ASSINATURA DO GESTOR

(CARIMBO)

ANEXO A- Questionários Pestana (2004)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

QUESTIONÁRIO 1. SECRETÁRIO 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 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 está sempre 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 OS 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 DE AUDITORIA

11. O que você acha do trabalho da auditoria na sua gestão?
12. Existe autonomia do setor para o desenvolvimento das auditorias programadas? E para realizar avaliações e emitir recomendações?
13. Os produtos da auditoria são utilizados para a tomada de decisões?
14. 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

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

DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

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

DIMENSÃO: DISPONIBILIDADE DE RECURSOS FÍSICOS E EQUIPAMENTOS

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

NÍVEL 2. TÉCNICO-OPERACIONAL

DIMENSÃO: ATIVIDADES

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

DIMENSÃO: PRODUTOS

25. Toda auditoria realizada possui um processo formalizado?
26. Fale um pouco sobre os processos que lhe são encaminhados pela auditoria?
27. Existe encaminhamento regular aos órgãos auditados de relatórios, notificação, parecer conclusivo ou comunicado (ao auditado ou denunciante) das conclusões finais da auditoria?

28. Existe encaminhamento para outros setores da SMS?
29. Existe encaminhamento para outros órgãos, por exemplo, o ministério público ou o conselho municipal de saúde?

QUESTIONÁRIO2. AUDITOR

Nome do município:

Nome do auditor:

Tempo 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? Porque?
3. Existem claramente os objetivos nos documentos legais/oficiais da SMS?

DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS

4. Quais as competências da auditoria?
5. As competências da auditoria 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

8. Existem fluxos de informações de rotina entre auditoria e os setores de planejamento, regulação, controle e avaliação? Como é realizado? Existem documentos que definem esses fluxos?

9. A auditoria está sempre representada nas reuniões estratégicas da SMS?
10. Você considera que a auditoria possui conhecimento permanente das atividades desempenhadas por outros setores da SMS?

DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE A AUDITORIA E OS OUTROS COMPONENTES DO SNA

11. Como se dá essa relação com outros componentes do SNA? É do nível de objetivos, técnicas e instrumentos?
12. Existe um intercâmbio de informações entre esses componentes no que diz respeito às auditorias realizadas?
13. Existe cooperação técnica? Com o componente estadual ou federal?

DIMENSÃO: RECONHECIMENTO DO PAPEL DE AUDITORIA

14. O que você acha do trabalho da auditoria nagestão municipal? Você se sente participante do processo de gestão?
15. Existe autonomia do setor para o desenvolvimento das auditorias programadas? E para realizar avaliações e emitir recomendações?
16. Os produtos da auditoria são utilizados para a tomada de decisões pelo gestor?
17. 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

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

DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

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

27. Como é realizada a contratação dessa equipe?

NÍVEL 2. TÉCNICO-OPERACIONAL

DIMENSÃO: INSUMOS

28. Existe disponibilidade de utilização de dados dos sistemas SAI/SIH? E de roteiros, manuais, portarias, etc e do ministério da saúde?
29. E disponibilidade de informações da própria SMS, tais como Plano de Saúde, Agenda Municipal, PPI, gastos com saúde, etc.?

DIMENSÃO: ATIVIDADES

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

DIMENSÃO: PRODUTOS

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

QUESTIONÁRIO3. 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 DE 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?

QUESTIONÁRIO4. 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 DE 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?