



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**JULIANA SANTANA SANTOS**

**A IMPORTÂNCIA DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA  
PARA O CONTROLE INSTITUCIONAL DO SUS: Um estudo na região  
de saúde de Salvador**

**Salvador  
2021**

**JULIANA SANTANA SANTOS**

**A IMPORTÂNCIA DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA  
PARA O CONTROLE INSTITUCIONAL DO SUS: Um estudo na região  
de saúde de Salvador**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Administração  
Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup>. Ana Rita S. Sacramento

Universidade Federal da Bahia

Salvador  
2021

S 237 Santos, Juliana Santana.

A importância do componente municipal de auditoria para o controle institucional do SUS: um estudo na região de saúde de Salvador / Juliana Santos Santana. – 2021.  
149 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Rita Silva Sacramento.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2021.

1. Salvador (BA). Secretaria Municipal da Saúde – Auditoria. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Saúde pública – Administração – Descentralização. 4. Municipalização - Saúde. 5. Sistema Nacional de Auditoria. 6. Teoria dos sistemas. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 614.09814

**JULIANA SANTANA SANTOS**

**A IMPORTÂNCIA DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA  
PARA O CONTROLE INSTITUCIONAL DO SUS: Um estudo na região  
de saúde de Salvador**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovado em: 06 de Julho de 2021

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Ana Rita Silva Sacramento  
Universidade Federal da Bahia

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Denise Ribeiro de Almeida  
Universidade Federal da Bahia

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Lídia Boaventura Pimenta  
Universidade Federal da Bahia

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me sustentou nessa jornada árdua, até chegar aqui.

Agradeço a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, através do Componente Estadual do SNA do estado da Bahia – Auditoria SUS/BA, instituição a qual tenho orgulho de pertencer, que viabilizou esse mestrado.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Rita Sacramento, por aceitar o desafio da construção desta Dissertação.

A professora Denise Ribeiro pela motivação e pelo ânimo oferecido para que extraíssemos o maior proveito possível deste mestrado.

Ao COSEMS/BA na pessoa da Sra. Stela Souza e gestores das Secretarias Municipais de Saúde da Região de Saúde de Salvador, que contribuíram para a operacionalização e fundamentação deste trabalho.

A Diretoria de Auditoria do município de Salvador na pessoa de Viviane Nobre pela disponibilidade, apoio e partilha: gratidão.

Não poderia esquecer a permuta de experiências transmitidas, não só pelo competente corpo docente, como também pelos colegas mestrandos, cujas trajetórias de vida profissional tanto vêm beneficiando o Sistema Único de Saúde.

Na tentativa de evitar qualquer injustiça, principalmente em um trabalho que demanda um esforço coletivo, procuro não proceder a outros agradecimentos nominais.

Assim, obrigada a todos que me receberam em suas instituições, que me confiaram suas experiências de vida e trabalho, e que compartilharam o seu saber.

Todo esse empenho e proveito somente foram possíveis com a compreensão, as renúncias e muito amor oferecido pela minha família.

“A maior batalha vencida é aquela que acontece dentro da gente”

Geronimo Theml

SANTOS, JULIANA SANTANA. A importância do Componente Municipal de Auditoria para o Controle Institucional do SUS: um estudo na Região de Saúde de Salvador. 2021, 155 f. il. 2021. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

## RESUMO

A Constituição Federal prevê que o Sistema Único de Saúde – SUS deve ser regulamentado, fiscalizado e controlado regularmente. Pela sua concepção sistêmica o SUS precisa ser constantemente avaliado e os resultados dessa avaliação convertidos em um *feedback* para o seu aprimoramento. A competência de realizar essa fiscalização e controle é atribuída ao Sistema Nacional de Auditoria – SNA/SUS que foi instituído pela Lei nº 8689/93 e regulamentado pelo Decreto nº 1651/95, como um subsistema do Sistema Único de Saúde, atuando de modo descentralizado nas três esferas de gestão do SUS, através dos seus componentes (federal, estadual e municipal). O Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS, como integrante do SNA, funciona como instrumento de controle institucional e deve estar implantado e funcionando de forma regular, como obrigação legal para os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema de Saúde – Comando Único, embora os levantamentos realizados retratem um número inexpressivo desse componente implantado. Faz-se necessário, portanto, um apoio através de cooperação técnica dos entes federados, no intuito de fortalecer os mecanismos de controle, através do CMA/SUS. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo geral: propor ações que, à luz da abordagem sistêmica, subsidiem à SESAB contribuir para o fortalecimento da dimensão do controle institucional do Sistema Nacional de Auditoria no Estado da Bahia, através do Componente Municipal de Auditoria. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, bibliográfico, documental e de campo. Identificaram-se, mediante os resultados, lacunas importantes do controle no SUS e como as consequências da inexistência desse mecanismo, exercido pelo CMA, podem contribuir para fragilidade das ações estruturantes do SUS. Essas constatações sedimentam o entendimento de que a auditoria, através do SNA com seus componentes, precisa ser robustecida e constituir instrumento capaz de subsidiar o processo decisório do gestor da saúde, contribuindo assim para a contínua construção e fortalecimento do SUS.

**Palavras chaves:** Auditoria do SUS. Sistema Nacional de Auditoria. Componente Municipal de Auditoria. Controle. Teoria dos Sistemas. Sistema Único de Saúde.

SANTOS, JULIANA SANTANA. The importance of the Municipal Audit Component for the institutional control of SUS: a study in the health region of Salvador. 2021, 155 f. il. 2021. Masters dissertation - School of administration, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

## ABSTRACT

The Federal Constitution of Brazil estimates that its public health system Sistema Único de Saúde – SUS must be regulated, supervised, and monitored regularly. Because of its systemic concept SUS needs to be continuously evaluated and the results obtained from these evaluations need to be converted in a feedback for its improvement. The purview to audit and control SUS is given to Sistema Nacional de Auditoria – SNA/SUS that was instituted by the Law Number 8689/93 and regulated by the Decree number 1651/95, as a subsystem of Sistema Único de Saúde acting in a decentralized manner in the three management areas of SUS, through its components (federal, state and municipal). The Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS (Municipal Audit Component) which is part of the SNA, works as an institutional control instrument and must be implanted and working regularly as legal obligation to the cities that are part of the Gestão Plena do Sistema de Saúde – Comando Único (Full Management of the Health System – Single Command), although the surveys that were conducted show a negligible number of this implanted component. Therefore, it is necessary to have a support through the technical cooperation of the federated parts, in order to strengthen the control mechanisms, through CMA/SUS. Thus, the general objective of this work is: to propose actions that, in the light of the systemic approach, subsidize the Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (Health Secretariat of the State of Bahia) to contribute to the reinforcement of the control of the institutional dimension of Sistema Nacional de Auditoria no Estado da Bahia, through the Componente Municipal de Auditoria. For this purpose, we made a qualitative, exploratory, descriptive, bibliographic, documental, and field study. We identified immediately, with the results, important gaps in control in SUS and, because of the existence of this mechanism exercised by CMA, they can contribute to the fragility of the structural actions of SUS. These findings solidify the understanding that the audit, through SNA with its components, need to be invigorated and constitute an instrument that is able of subsidizing the decision-making process of the health manager, adding to the ongoing building and strengthening of SUS.

**Keywords:** Auditoria do SUS (SUS Audit). Sistema Nacional de Auditoria (National Audit System). Componente Municipal de Auditoria (Municipal Audit Component). Control. Systems Theory. Sistema Único de Saúde (National Health System).



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Frequência de estudos por base acadêmica e tema.....	17
Quadro 2	Frequência de estudos por ano e estado de ocorrência.....	18
Quadro 3	Total bruto dos repasses SUS (custeio e investimento) região de saúde de Salvador-Bahia.....	23
Figura 1	Organograma do Controle no SUS.....	45
Quadro 4	Percurso metodológico.....	80
Quadro 5	Habilitação legal dos municípios com comando único.....	83
Quadro 6	Auditorias realizadas nos municípios da região de saúde de Salvador de 2015 a 10/2020 - auditoria SUS/BA.....	84
Quadro 7	Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 1.....	86
Quadro 8	Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2 / Município 2.....	87
Quadro 9	Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 3.....	87
Quadro 10	Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 4.....	88
Quadro 11	Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 5.....	88
Quadro 12	Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 6.....	89
Quadro 13	Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 7.....	89
Gráfico 1	Percentual de Implantação do CMA.....	90
Gráfico 2	Grau de Implantação do CMA.....	90
Gráfico 3	Grau de Implantação do Nível1.....	91
Gráfico 4	Grau de Implantação do Nível2.....	91
Quadro 14	Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 1	100
Quadro 15	Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 2	101
Quadro 16	Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 3	101
Quadro 17	Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 4	102
Quadro 18	Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 5	102

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMA/SUS	Componente Municipal de Auditoria do SUS
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COSEMS/BA	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do estado da Bahia
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DAGEP	Departamento de Gestão Participativa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCAA	Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde
DEMAGS	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria
DIAUD	Divisão de Auditoria
DIC	Divisão de Controle
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NOAS/2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001
NOB/96	Norma Operacional Básica 96
PARTICIPASUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SGEP-MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SISAUD	Sistema de Informação Auditoria do SUS
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TGS	Teoria Geral dos Sistemas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
2.1	Administração pública e teoria dos sistemas.....	27
2.2	Controle.....	37
2.3	Auditoria.....	52
2.3.1	Auditoria no SUS.....	55
2.3.2	Componente municipal de auditoria.....	66
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>76</b>
3.1	Aspectos éticos.....	81
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>82</b>
4.1	Resultados da análise documental.....	82
4.2	Resultados da análise dos questionários.....	85
4.3	Resultados da análise das entrevistas.....	92
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICE B - Roteiro de entrevista gestores.....</b>	<b>124</b>
	<b>APÊNDICE C - Roteiro de entrevista auditores SUS/BA.....</b>	<b>125</b>
	<b>ANEXO A - Questionário de análise de implantação do componente municipal do sistema nacional de auditoria do SUS – auditor.....</b>	<b>126</b>
	<b>ANEXO B - Questionário de análise de implantação do componente municipal do sistema nacional de auditoria do SUS – gestor de saúde.....</b>	<b>136</b>
	<b>ANEXO C - Quadro de análise de viabilidade para implantação do componente municipal de auditoria do SUS.....</b>	<b>141</b>
	<b>ANEXO D - Matriz de dimensões e critérios do componente municipal de auditoria do SUS.....</b>	<b>142</b>
	<b>ANEXO E - Quadro de estratificação da pontuação obtida nas dimensões e critérios score final (%) relacionado à apreciação do grau de implantação do componente municipal de auditoria do SUS e dificuldades encontradas.....</b>	<b>148</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de descentralização político-administrativo instaurado no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) além de elevar os Municípios à condição de membros da federação, atribuindo-lhes autonomia para planejar, controlar, arrecadar e gastar os recursos públicos, também estabeleceu o serviço de saúde à população no Brasil como um direito social e de responsabilidade de todos os entes federativos.

Desse processo resulta não apenas a transferência de serviços, mas também de poder, responsabilidades e recursos, antes notoriamente concentrados no nível federal, para os entes subnacionais. Importa destacar que nesse novo contexto, a prestação dos serviços de saúde compete aos municípios, com a devida cooperação técnica e financeira dos demais entes - União e Estado - conforme expressa o inciso VII do artigo 30 da Carta Magna (BRASIL, 1988).

Para Machado (2002) a descentralização ou municipalização da saúde, requer a competência de cada esfera de governo e o desenvolvimento de ações coordenadas, pois consiste na redistribuição de responsabilidades e decisões relativas às ações e serviços de saúde entre os entes federados, sem, todavia, prescindir da ação integrada entre os gestores do sistema nos seus três níveis governamentais (MACHADO, 2002).

E é também da CF/88 que decorre toda a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema dinâmico, complexo e constituído de ações e serviços públicos de saúde, integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1998). Considerado como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social, o SUS foi concebido para substituir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) que, instituído em 1977, atendia apenas a parte da população formalmente empregada e/ou que contribuía com a Previdência Social.

É importante destacar que a cooperação interfederativa é essencial para a organização e funcionamento do SUS. Weber e Bordin (2005), por exemplo, acrescentam que o princípio da descentralização se refere ao processo de ampliação das responsabilidades nas três esferas de governo, pela formulação de

políticas de saúde, seu planejamento, sua operacionalização e controle social. Segundo esses autores, a descentralização e hierarquização levam à orientação estratégica da municipalização e da regionalização como formas de gestão capazes de acelerar e efetivar a implantação do SUS (WEBER; BORDIN, 2005).

A ideia subjacente ao SUS imposta pela CF/88 rompeu de forma drástica com o modelo praticado pelo INAMPS, pois objetivou prover uma atenção abrangente, inclusiva e irrestrita dos serviços públicos de saúde em geral, organizando e ofertando suas ações para toda população no Brasil.

Não custa lembrar que a CF enfaticamente declara a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988).

Constata-se, portanto, que o processo de descentralização político-administrativo empreendido pela CF 88, de certa forma, já trouxe no bojo do texto que o instituiu a necessidade de mecanismos formais para a fiscalização e controle da prestação dos serviços de saúde como um todo.

Essa institucionalização vai se concretizando aos poucos, a partir dos desdobramentos dos normativos que se seguem à CF, mas ganha maior robustez a partir de 1995. Neste momento, outra lógica e formas de controle - de resultados, contábil de custos, controle por incentivo à concorrência a setores privados na prestação de serviços públicos, controle social e reforço do controle judicial – são introduzidos no país, mediante um novo modelo de gestão, denominado por Nova Gestão Pública (NGP), que se sabe caracteriza-se pela ênfase na eficiência administrativa e financeira da gestão no âmbito público.

Nesse ponto, considera-se necessário discorrer como o sistema de fiscalização e controle da saúde, atualmente, encontra-se organizado no Brasil, realizando uma descrição, ainda que sucinta, da fundamentação legal básica que o sustenta.

Conforme afirmado anteriormente, o SUS foi idealizado a partir das definições sobre saúde estabelecidas na Constituição Federal de 1988. Todavia, a sua institucionalização formal só acontece com o advento da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Essa Lei

indicou o SUS como competente para estabelecer o SNA – Sistema Nacional de Auditoria, mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional. Tal sistema deve ser organizado de forma descentralizada, por meio dos órgãos estaduais, municipais e do Ministério da Saúde com representação em cada estado da Federação. O SNA é, pois, formado por um conjunto de órgãos e unidades, instituídos em cada esfera de governo e que tem, como sua principal atribuição, realizar auditorias no SUS.

Saliente-se que o SNA, embora previsto na Lei Orgânica da Saúde de 1990, também só foi instituído três anos depois, pela Lei Federal n. 8.689 de 27 de julho de 1993, e regulamentado pelo Decreto Federal 1.651 de 28 de setembro 1995. E é com base na legislação referida, bem como na implantação de Normas Operacionais Básicas (NOB), inicialmente com as NOB 91, NOB 92, NOB 93 e NOB 96 e, posteriormente, com as Normas de Assistência à Saúde (NOAS), NOAS 2001 e NOAS 2002, portanto já sob a égide da Nova Gestão Pública (NGP), que se estabelece a obrigatoriedade dessa estrutura de auditoria nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e de controle e avaliação para os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica. Desse modo, o SNA deve ser compreendido como um conjunto de órgãos e unidades instituídas em cada esfera de governo, sob a direção do gestor local do SUS, com atribuição de realizar auditorias.

Do exposto, depreende-se a Auditoria do SUS como um dos instrumentos de gestão criado para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Conceitualmente, a auditoria consiste em um conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional; isso, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal (BRASIL, 2017).

Vê-se, portanto, que a responsabilidade de controle e fiscalização do SUS é do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, o qual, desde a sua criação, tornou-se um importante instrumento para a manutenção e desenvolvimento do SUS (MELO, 2007).

Destaque-se ainda que a partir da publicação da Norma de Assistência à Saúde NOAS-01/2001 (BRASIL, 2001) os municípios puderam se habilitar em duas

condições de gestão da saúde no seu território: i) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e; ii) Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Quando habilitado na segunda condição - Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde - o município passa a ter autonomia e Comando Único da Saúde; passa também a ter a obrigação de contar com o Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria implantado e funcionando, permitindo desse modo estruturar melhor a gestão, principalmente no tocante a revisão dos processos de trabalho e nas áreas de controle, regulação e avaliação dos serviços, o que conseqüentemente fortalece o diagnóstico e assistência à saúde para o município e sua região.

Informa-se desde já que o objeto desta dissertação se constitui na verificação de um dos instrumentos de controle, o Componente Municipal de Auditoria (CMA), em municípios plenos, quais sejam, aqueles habilitados na segunda condição, apresentada.

A responsabilidade de controle do SUS, por meio do Sistema Nacional de Auditoria também é destacada pela Controladoria Geral da União (CGU), que leciona que são três as dimensões de controle quando se trata de saúde no Brasil: a de gestão (Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde como primeira e segunda linhas de defesa), a do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) – compreendido o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) e os Componentes Estaduais / Municipais de Auditoria – como terceira linha e a dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2018).

Como se pode notar, o controle do SUS nos moldes preconizados na CF/88 se sujeita aos esforços que devem ser empreendidos pelas três esferas de gestão – Federal, Estadual e Municipal - esforços esses que devem ser compartilhados no sentido de tornar o SNA factual, ou seja, para um efetivo controle do SUS faz-se necessário que os componentes do SNA estejam devidamente institucionalizados e em funcionamento em cada nível de governo.

Essa necessidade de ações integradas e compartilhamento de esforços pelas três esferas de gestão para a efetividade do controle do SUS indica a Teoria de Sistemas como adequada para investigação desse fenômeno, em qualquer dos níveis governamentais. Com Andrade (2013) aprendemos que “a concepção sistêmica escolhida pelo legislador constituinte ao institucionalizar o SUS,



considerou a relevância do ambiente externo para a análise das organizações” (ANDRADE, 2013, p. 11).

Destaque-se que pela abordagem sistêmica compreende-se sistema como um grupo de elementos interligados por alguma forma de interação ou interdependência para desempenhar determinadas funções ou alcançar objetivos específicos (CHURCHMAN, 1971).

Vê-se, portanto, que esses conjuntos de elementos, segundo a teoria de sistemas, guardam estreitas relações entre si, mantêm-se ligados direta ou indiretamente na busca de um objetivo comum. Portanto, no caso da saúde, ao utilizar essa lente, enxerga-se o SNA como um grupo de elementos interligados – quais sejam os componentes estaduais e municipais - cujo objetivo específico é o controle da gestão do SUS.

Constata-se que os componentes do SNA têm sido objeto de investigações acadêmicas, fato que sinaliza a sua importância para o efetivo controle da gestão do SUS. Pesquisa exploratória efetuada no Google Acadêmico e nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) indicou que quando se tem o controle da gestão do SUS, como objeto de investigação, os componentes estaduais e municipais têm merecido a atenção dos pesquisadores.

Após uma primeira busca nas citadas bases de dados científicos foram evidenciados inúmeros trabalhos que tratam do controle, tanto na dimensão institucional como na dimensão social; entretanto, quando se buscam trabalhos voltados ao controle institucional, com enfoque nos componentes de auditoria que integram o SNA, esse número reduz significativamente.

A plataforma do Google Acadêmico registrou treze trabalhos que abordam essa temática e o repositório Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) deu retorno de três, (sendo esses já repetidos na busca anterior). Ressalta-se que a leitura foi concentrada no resumo de teses, dissertações e artigos, publicados nas revistas acadêmicas.

Após nova busca nas bases de dados científicos citadas, foi evidenciada também a escassez de estudos acadêmicos, acerca do tema Componente Municipal de Auditoria do SUS em particular. Tal fato foi confirmado mediante pesquisas exploratórias que foram realizadas, por meio das palavras-chave: “Componente

Municipal de Auditoria do SUS” e “Componente Municipal de Auditoria do SUS no estado da Bahia”, em todos os indexadores (título/resumo/assunto), nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico; *Scientific Electronic Library Online* (Scielo); Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Periodicals Electronic Library* (*Spell*) e Núcleo de Pós-Graduação em administração da Universidade Federal da Bahia (NPGAUFBA).

Os resultados obtidos nos repositórios foram os seguintes: Google Acadêmico, nove trabalhos acerca do tema “Componente Municipal de Auditoria do SUS” e três referentes ao tema “Componente Municipal de Auditoria do SUS no estado da Bahia”; nas bases do *Scielo*, Lilacs e BVS houve retorno apenas de estudos referentes ao primeiro tema, conforme ilustrado no Quadro 1; destaca-se que os resultados obtidos pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram os mesmos encontrados no Lilacs. As demais bases de dados não apresentaram retorno de resultados para as pesquisas.

Quadro 01 – Frequência de estudos por base acadêmica e tema

Base de Dados	Componente Municipal de Auditoria do SUS	Componente Municipal de Auditoria do SUS no estado da Bahia
Google Acadêmico	09	03
SCIELO	01	00
LILACS	03	00
BVS	03	00
SPELL	00	00
NPGAUFBA	00	00

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Conforme evidenciado no quadro acima, os estudos predominam nas bases de dados do Google Acadêmico, Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (*Scielo*). Ressalta-se que os estudos encontrados no Google Acadêmico se repetem nas outras bases citadas, exceto um estudo, que aparece exclusivamente na base Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), assim como

os trabalhos referentes ao Componente Municipal de Auditoria do SUS no estado da Bahia são os mesmos encontrados na busca do tema anterior.

Os estudos elencados na base de dados Google Acadêmico se concentram nos temas referentes à Implantação do Componente Municipal de Auditoria, Auditoria do SUS e Sistema Nacional de Auditoria, sendo os mesmos realizados no recorte de tempo de 2002 a 2019. Destaca-se que a maioria dos trabalhos encontrados foi desenvolvida na região nordeste (sete), sendo três deles realizados no estado da Bahia, seguidos pela região Sul (dois) e um na região sudeste, segundo descrito no quadro abaixo.

Quadro 02 – Frequência de estudos por ano e estado de ocorrência

Ano	Frequência de Estudos	Estado
2002	01	Santa Catarina
2004	01	Bahia
2014	02	Pernambuco
2015	01	Bahia
2016	01	Bahia
2018	02	Pernambuco
		Rio Grande do Sul
2019	02	Ceará
		Rio de Janeiro
Total	10	06

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Quando se filtra a pesquisa para eleger como *locus* o Estado da Bahia, somente foram localizados três estudos, conforme ilustrado nos Quadros 1 e 2: Castro (2004), Souza (2015) e Reis e Junior (2016), em que todos apontam dificuldades na implantação do Serviço de Auditoria por municípios baianos. O estudo de Castro (2004), inclusive, desenvolveu um instrumento para permitir avaliar o grau de implantação do sistema nos municípios. O trabalho de Souza (2015) analisou o processo de implantação do componente municipal de Auditoria do SUS na região de saúde de Santo Antônio de Jesus, tendo concluído na oportunidade

que o grau de implantação dos componentes municipais de auditoria na região estava no nível intermediário. Reis e Junior (2016) trazem um relato de experiência vivenciada pela Auditoria do SUS no município de Camaçari, arrematando que a consolidação da Auditoria no nível municipal constitui um aporte importante na modernização da administração pública e busca alcançar o propósito de melhorar o atendimento da rede de saúde aos usuários do SUS.

Acrescente-se ainda que no relatório de auditoria operacional, realizada pelo Tribunal de Contas da União, na modalidade fiscalização de orientação centralizada, que teve por objetivo avaliar a eficácia e regularidade da atuação do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, bem como as medidas adotadas pelo referido departamento para promover a implantação e bom desempenho dos componentes estaduais e municipais do SNA, consta a baixa implantação dos componentes de auditoria nos municípios auditados (BRASIL, 2017).

Esse diagnóstico – volume irrisório de pesquisas, tendo o Estado da Bahia como *locus* da investigação e constatação da baixa implantação dos componentes de auditoria nos municípios auditados pelo TCU - de certa forma surpreende, porque se sabe que 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 Sistema Nacional de Auditoria 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 à consolidação do componente municipal do SNA (BAHIA, 2000). Ressalta-se que esse marco legal no Estado, fortaleceu o SNA nas suas três esferas de gestão, colaborando e dividindo de forma solidária as suas atribuições, enquanto componente do referido sistema no âmbito estadual (CASTRO, 2004).

Sabe-se ainda que atualmente a Bahia encontra-se com 123 municípios com o Comando Único, perfazendo um total de 29,5% e, desse total, apenas 23 deles com o Componente Municipal de Auditoria, implantado conforme levantamento realizado pela Auditoria SUS/BA (2019) e publicação no Observatório Baiano de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB, 2021).

Considerando o acima evidenciado, a partir das pesquisas anteriores (Castro, 2004; Souza, 2015; e SESAB, 2021) adotou-se como pressuposto deste

estudo que o controle para regular as ações e os serviços de saúde no âmbito municipal baiano exhibe fragilidades, pois existem municípios: i) habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que ainda não implantaram o Componente Municipal do SNA e; ii) habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, cuja implantação do Componente Municipal do SNA encontra-se insatisfatória.

Em face do exposto, e levando-se em conta o contexto constitucional que prevê a cooperação técnica e financeira do Estado aos municípios, nas questões relacionadas ao direito à saúde, bem como no necessário fortalecimento do SNA, como mecanismo de controle institucional, e inserindo-se a Auditoria do Sistema Único de Saúde, componente do Estado da Bahia, como um órgão de controle externo, é que surge a questão de pesquisa a ser respondida no presente trabalho: *À luz da abordagem sistêmica, como a SESAB pode contribuir para o fortalecimento da dimensão do controle institucional do Sistema Nacional de Auditoria na Região de Saúde de Salvador- RSSBA?*

Amparando-se na problemática da pesquisa, esta investigação, que se classifica: 1. Quanto aos fins, como descritiva do tipo qualitativa e; 2. Quanto aos meios, como bibliográfica, documental e de campo, teve como objetivo geral: propor ações que, à luz da abordagem sistêmica, subsidiem a SESAB contribuir para o fortalecimento da dimensão do controle institucional do Sistema Nacional de Auditoria no Estado da Bahia, através do Componente Municipal de Auditoria. Para alcançar esse objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar quais municípios, que compõem a Região de Saúde de Salvador – RSSBA, estão habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde/ Comando Único e, por consequência, obrigados a implantar e implementar o Componente Municipal de Auditoria, através de pesquisa documental (levantamento através do site do Observatório Baiano/SESAB)

2. Aplicar o Instrumento de Avaliação validado por Castro (2004) para identificar o grau de implantação do Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS dos Municípios da RSSBA que implantaram o CMA/SUS, bem como os fatores dificultadores para implantação dos seus componentes.

3. Conhecer, por meio de entrevista com os Secretários Municipais de Saúde, as justificativas dos Municípios, pleno habilitados, que sequer implantaram o CMA/SUS.

4. Caracterizar a percepção de auditores em saúde pública, integrantes do componente estadual do SNA - Bahia (Auditoria SUS/BA) sobre o controle da gestão do SUS nos municípios por eles já auditados.

Crê-se que esse trabalho tem relevância, pois a literatura produzida sobre o tema da Gestão do SUS aponta uma carência de estudos sobre auditoria na área de saúde, sobretudo na forma em que o serviço está organizado (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Tajra *et al.* (2014) também salientam que, apesar da importância do tema, poucos são os estudos relativos à auditoria no SUS. Consta em pesquisa desenvolvida por Andrade (2013) que os dados existentes, referentes à estruturação e implantação do SNA, evidenciam que esse sistema de controle ainda não se efetivou, nos estados e municípios (ANDRADE, 2013). Ademais, considerando os resultados da busca de trabalhos anteriores, viu-se que existe pouco conhecimento sistematizado a respeito da gestão do SUS no Estado da Bahia, especificamente no que concerne ao efetivo controle, mediante o componente de auditoria no âmbito municipal.

Outro ponto importante que justifica a execução desta pesquisa pauta-se no Decreto/Lei nº 7884/2000 que estabelece como uma das competências do Componente Estadual do SNA (Auditoria SUS/BA), a cooperação técnica aos municípios, apoiando e incentivando os gestores do SUS a incorporar a prática das atividades de auditoria, dessa forma favorecendo a consolidação do componente municipal do SNA. Espera-se, assim, que o trabalho ora desenvolvido possa de alguma forma contribuir para o preenchimento dessa lacuna.

Quanto à delimitação espacial da pesquisa, justifica-se pelo fato de a Região de Saúde de Salvador, integrante da macrorregião leste do Estado da Bahia, ser a maior em número populacional do Estado, perfazendo um total de 3.422.187 habitantes (IBGE, 2021), que engloba dez municípios: Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador, Santo Amaro, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Saubara, Vera Cruz (BAHIA, 2012). Desses municípios,

somente Saubara não está habilitado no Comando Único de Sistema de Saúde, pois não solicitou habilitação, e, também, não dispõe de todos os requisitos solicitados pela Portaria nº 384/2003 (BRASIL, 2003) para tal adesão.

Os outros 09 (nove) municípios, por estarem devidamente habilitados, têm responsabilidade sanitária da totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, em todos em níveis de complexidade no âmbito do SUS, assim como tem a disponibilidade de gerir todos os seus recursos financeiros. Esses municípios possuem também a obrigação de contar com o Componente Municipal de Auditoria, como parte integrante do SNA – Sistema Nacional de Auditoria, implantado e funcionando regularmente nas suas Secretarias Municipais de Saúde, como instrumento de controle da gestão.

Outro fato que também chama a atenção para a região escolhida é o volume de recursos financeiros oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS, destinados aos municípios que a compõem, conforme ilustrado no Quadro 3.

Quadro 03 – Total bruto dos repasses SUS (custeio e investimento) região de saúde de Salvador-Bahia

MUNICIPIO	PERÍODO	ESTADUAL (*)	FEDERAL
Candeias	2016	0,00	15.029.516,09
	2017	0,00	14.242.700,31
	2018	0,00	21.022.543,70
	2019	0,00	12.460.392,76
	2020	0,00	19.477.412,62
	Total	0,00	82.232.565,48
Itaparica	2016	0,00	3.581.721,77
	2017	0,00	3.572.256,14
	2018	0,00	5.176.277,01
	2019	0,00	6.409.827,03
	2020	0,00	9.561.564,24
	Total	0,00	28.301.646,19
Lauro de Freitas	2016	1.080.675,00	28.815.478,84
	2017	776.125,00	29.795.626,68
	2018	947.125,00	33.222.484,02
	2019	1.123.687,50	33.268.000,75
	2020	1.065.750,00	56.612.672,98
	Total	4.993.362,50	210.015.909,46
Madre de Deus	2016	0,00	6.557.933,25
	2017	0,00	5.881.601,90
	2018	0,00	7.049.089,33
	2019	0,00	6.847.601,56
	2020	0,00	8.979.320,56
	Total	0,00	35.315.546,60
Santo Amaro	2016	0,00	15.106.635,54
	2017	0,00	12.775.335,07
	2018	0,00	16.567.451,81
	2019	0,00	16.507.922,36
	2020	0,00	21.176.262,51
	Total	0,00	82.133.607,29
São Francisco do Conde	2016	646.000,00	5.559.169,69
	2017	460.025,00	4.886.735,05
	2018	535.400,00	8.686.483,90
	2019	672.187,50	7.296.786,97
	2020	1.188.730,26	11.271.485,75
	Total	3.502.342,76	37.700.661,36
São Sebastião do Passé	2016	0,00	9.575.954,42
	2017	0,00	9.456.123,45
	2018	0,00	15.275.273,05
	2019	0,00	16.301.668,57
	2020	0,00	16.725.302,33
	Total	0,00	67.334.321,82
Salvador	2016	14.216.474,00	2.087.410.469,55
	2017	12.435.645,00	2.150.229.883,19
	2018	13.031.145,00	2.456.717.705,48
	2019	14.598.703,00	2.529.979.570,59
	2020	15.908.938,50	3.343.346.068,34
	Total	70.190.905,50	12.567.683.697,15 (Conclusão)
MUNICIPIO	PERÍODO	ESTADUAL (*)	FEDERAL
	2016	103.028,80	1.429.474,26



	2017	71.754,45	1.550.478,34
Saubara	2018	98.093,10	2.322.413,11
	2019	100.534,07	1.730.943,22
	2020	147.598,83	3.768.920,65
	Total	521.009,25	10.802.229,58
	2016	712.000,00	9.731.541,19
Vera Cruz	2017	481.250,00	11.369.584,38
	2018	538.250,00	13.022.806,93
	2019	680.125,00	12.010.243,83
	2020	963.500,00	16.838.396,48
	Total	3.375.125,00	62.972.572,81
	Total Geral	82.582.745,01	13.184.492.757,74

Fontes: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>  
<http://www.transparencia.ba.gov.br/Pagamentos/Visualizar>

(\*) Incluído apenas os repasses diretos Fundo a Fundo.  
 Não considerado gestão terceirizada

O quadro acima retrata que o repasse de recursos financeiros para financiamento das ações, serviços e políticas de saúde aumentou de forma significativa nos últimos cinco anos na RSS/BA. Em alguns municípios esse volume chegou a praticamente dobrar nesse intervalo de tempo, como o exemplo de Itaparica, Lauro de Freitas e São Francisco do Conde, o que impera a necessidade de um sistema de controle cada vez mais efetivo.

Outro ponto que merece atenção é o quantitativo de recursos recebidos por Salvador, que sobressai comparado aos outros municípios da região; tal fato justifica-se por se tratar da capital do estado e da dimensão da população atendida pela sua complexa rede assistencial. Em contrapartida, Saubara por razões antagônicas recebe o menor volume de recursos, comparado aos outros municípios da região, mediante ao tamanho da população atendida e da sua rede assistencial.

Considerando se tratar de recursos públicos, é importante ressaltar também que esses recursos, descritos no Quadro 3, devem estar sujeitos a controles institucionais (administrativos, parlamentares, judiciais e sociais), dos quais neste trabalho serão abordados os controles administrativos na dimensão institucional, sob a ótica das atividades de auditoria. Essa Informação foi ratificada pelo Relatório Final da Controladoria Geral da União - CGU, em 2018, o qual afirma que por se tratar de interesses e de recursos públicos, estes recursos estão sujeitos aos mecanismos de controle e sob a ótica do sistema de controle interno, é exercido pela atividade de auditoria. Em suma, resta claro que os conceitos de controles internos e auditoria estão correlacionados (BRASIL, 2018).

Utilizou-se neste estudo o instrumento avaliativo constante na dissertação de Castro (2004), intitulada “Análise de Implantação do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria do Sus: Proposta de um Instrumento de Avaliação”, uma vez que o mesmo já foi validado pela autora, bem como utilizado com êxito em estudos anteriores (CASTRO, 2004; SOUZA, 2015) conforme encontrado, após pesquisa exploratória.

É sabido que qualquer estudo científico necessita de uma formulação teórica, que lhe dê uma base de sustentação. Essa pesquisa, portanto, é ancorada sob a lente da Teoria de Sistemas, uma vez que o enfoque sistêmico é o modo de pensar e entender os sistemas totais e os componentes neles inseridos (CHURCHMAN, 1971). O referido autor propõe uma nova visão da realidade com a adoção da teoria dos sistemas, principalmente no âmbito das organizações, que lidam diretamente com seres humanos. Ainda segundo o mesmo autor, as organizações são divididas em setores, departamentos e divisões.

À luz da teoria de sistemas, pode-se identificar o SUS como um sistema aberto, o qual deve estar em constante interação com o ambiente, buscando seu equilíbrio. Nessa perspectiva, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) também se enquadra nessa tipologia com os seus subsistemas, (sendo, por sua vez, um subsistema do Sistema Único de Saúde), compreendido como um conjunto de partes em constante interação e interdependência, constituindo um todo sinérgico (o todo é maior do que as partes), orientado para determinados propósitos (ANDRADE, 2013).

#### O Sistema Nacional de Auditoria - SNA com sua

natureza sistêmica, assegura o desenvolvimento de ações integradas e subordinadas às competências e atribuições perfeitamente definidas nos vários níveis de governo, delineando uma estratégia de cooperação técnica entre os gestores, respeitada à autonomia de cada esfera de gestão (CONASS, 1997, p.56).

É fundamental destacar que a vivência profissional da autora deste trabalho, enquanto enfermeira que atuou na área de Saúde Pública, considerando também suas atividades profissionais desenvolvidas como Auditora em Saúde Pública do SUS do Componente Estadual do SNA da Bahia (Auditoria SUS/BA) desde 2007, teve peso relevante na escolha da temática, relacionada ao objeto da

pesquisa. Ao longo de mais de dez anos realizando auditorias nos municípios foi identificada a baixa implantação do componentes de auditoria nos municípios, bem como as dificuldades no processo de consolidação do componente de Auditoria do SUS em nível municipal no estado da Bahia.

Nesse sentido esse estudo suscitou a possibilidade de aprofundar acerca das dificuldades citadas e fomentar a cooperação técnica entre a Auditoria SUS/Bahia e os municípios/Secretarias Municipais de Saúde que precisem solidificar seus mecanismos de controle, através do funcionamento do Componente Municipal de Auditoria e por conseguinte fortalecer o SNA.

A dissertação conta com desta introdução e quatro capítulos. No capítulo 2 apresentam-se alguns aspectos da Teoria de Sistemas, para que se compreenda a sua ligação estreita com os conceitos-chave dessa pesquisa – Auditoria do SUS, controle e componente municipal de auditoria. No capítulo 3 delineiam-se os procedimentos metodológicos. No capítulo 4 os resultados encontrados são apresentados e analisados, à luz do referencial teórico escolhido e, por fim, no capítulo 5, as considerações finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E TEORIA DOS SISTEMAS

Neste capítulo apresenta-se uma discussão, à luz da Teoria de Sistemas, a respeito das alterações processadas na gestão da saúde no Brasil, decorrentes da descentralização implantada pela CF de 1988 e legislações posteriores, que culminaram na atual configuração da gestão do Sistema Único de Saúde. Isso, no intuito de evidenciar que nesse novo contexto os componentes da auditoria municipal, estadual e federal dialogam e interagem entre si e que eventuais fragilidades do controle, no âmbito municipal podem repercutir no Sistema Nacional de Auditoria como um todo.

De forma ampla podemos descrever a Administração pública como um conjunto de agentes, serviços e órgãos instituídos pelo Estado com a finalidade de gerir áreas distintas de uma sociedade, através da execução de ações coordenadas e agrupadas que compõem a função administrativa, tendo como maior objetivo trabalhar a favor do interesse público, e dos direitos e interesses dos cidadãos.

Para Alexandrino e Paulo (2005) a Administração Pública representa uma ferramenta imprescindível para a concretização dos objetivos do Estado, visto que consiste em um grupo de órgãos e entidades que se responsabilizam por essa tarefa. Os autores ainda definem que a Administração Pública perpassa por meio das atividades, tanto dos órgão governamentais, aqueles imbuídos de traçar os planos de ação do Estado, quanto pelos órgão administrativos, responsáveis por colocá-los em prática.

Adotando-se o critério subjetivo ou orgânico, Chaves e Albuquerque (2019) definem também que administração é o complexo de órgãos aos quais se confiam funções administrativas; é a soma das ações e manifestações da vontade do Estado de forma sistêmica. Para eles, os autores que se decidem pelo critério objetivo, a administração é definida como a atividade concreta do Estado dirigida à consecução das necessidades coletivas, de modo direto e imediato.

Vários autores definem Administração Pública como o conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado que procura satisfazer as necessidades da sociedade, tais como educação, cultura, segurança, saúde, dentre outras áreas. Em outras

palavras, Administração Pública é a gestão dos interesses públicos, por meio da prestação de serviços públicos. Em síntese, portanto, pode-se defini-la como sendo o conjunto harmônico de princípios jurídicos que regem os órgãos, os agentes e as atividades públicas tendentes a realizar concreta, direta e imediatamente os fins desejados pelo Estado e tem como princípios fundamentais norteadores o controle, juntamente ao planejamento, a coordenação, a descentralização e a delegação de competência (BARBOSA; TARDIVO; BARBOSA, 2016).

Em 1994, foi criada a Secretaria de Reforma do Estado, no âmbito do Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, a qual estabelece em 1995 o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que introduz uma série de diretrizes, a serem desenvolvidas dentro da Administração Pública brasileira visando à consolidação de um modelo “gerencial” ou “pós-burocrático” (SILVA, 2002).

Segundo Chaves, Junior e Junior (2019) a expressão “Administração Pública” pode ser empregada em dois sentidos diversos: sentido subjetivo, formal ou orgânico que se trata de pessoas jurídicas ou órgãos e agentes públicos que desempenham atividades administrativas (ex.: órgãos públicos, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações estatais); e sentido objetivo, material ou funcional (administração pública): que é a própria função ou exercer administrativo (ex.: poder de polícia, serviços públicos, assim como todas as formas intervencionistas do Estado na esfera econômica).

A doutrina, tradicionalmente, tem estabelecido distinções entre a Administração (composta por agentes administrativos, responsáveis pela função administrativa) e o Governo (este último, por sua vez, é formado a partir de sujeitos que possuem funções políticas). Para Di Pietro (2010, p.44) na Administração Pública estão duas atividades distintas como a superior de planejar e a inferior de executar. “Administrar significa não só prestar serviço executá-lo como, igualmente, dirigir, governar, exercer a vontade com o objetivo de obter um resultado útil e que até, em sentido vulgar, administrar quer dizer traçar programa de ação e executá-lo”, Embora distintas, todas essas atividades interagem e se complementam; ideia essa que coaduna com os conceitos da Teoria dos Sistemas que enfatiza buscar o alcance do todo, por meio das relações entre as partes que se interconectam e interagem entre

si (SEABRA, 2001).

Pode-se perceber que o conceito de Administração Pública é bastante amplo e engloba diversas áreas sobre os diversos setores da sociedade, pelos quais o Estado se responsabiliza e conduz ações em prol da sociedade. Trata-se, portanto, de um instrumento de extrema importância para o desenvolvimento e equilíbrio social (CHAVES; ALBUQUERQUE, 2019).

Segundo Seabra (2001), a introdução de medidas da Administração Pública, bem como as consequentes mudanças ocorridas nas organizações públicas de uma forma geral, podem ser analisadas por meio da Teoria dos Sistemas. Uma vez que ela traz a ideia de que as organizações são compostas por subsistemas que interagem entre si e possibilita a análise das questões relacionadas à complementaridade das medidas da Administração Pública. Pollitt (1993, p. 23) cita a influência dos conceitos da teoria de sistemas para a administração pública nos seus diversos setores. Ele destaca que “decisões e idéias de sistemas, como à administração científica, penetraram extensivamente os governos e o setor público”.

Seabra (2001), afirma ainda que a importância da teoria de sistemas ultrapassa a sua utilidade, apenas, como um conceito utilizado no mundo acadêmico para analisar as mudanças organizacionais. As suas concepções têm, na prática, orientado o processo de mudança que vem transcorrendo nas organizações do setor público.

A abordagem sistêmica de uma forma geral surgiu a partir da necessidade de explicações para questões complexas, que anteriormente não eram muito pensadas, vislumbrando mais que uma visão cartesiana do mundo (VENTURA; MARTINELLI, 2006). A Teoria dos Sistemas, onde o legislador constituinte abeberou conhecimentos e firmou convicção para essa escolha, conforme posto por Andrade (2013), é tão contemporânea e desafiadora que nos levou a qualificá-la como marco contemporâneo, ante a ousadia dessa escolha para viabilizar os objetivos institucionais do SUS.

É fundamental ressaltar que chegar à Teoria dos Sistemas foi resultado de um gradual processo evolutivo. Desde 2.500 a.C a 4.000 a.C. nos tempos dos Sumérios na civilização mesopotâmica há referência na literatura sobre os primórdios dos

princípios da administração, embora ainda não reconhecida como ramo de conhecimento (LIEBER, 2001; ANDRADE, 2013).

Antes da Teoria dos Sistemas, os instrumentos disponíveis eram os velhos preceitos, postulados por René Descartes, através da abordagem clássica, analítica ou cartesiana, que se concentrava no estudo dos elementos em si, enquanto individualidades. Nessa perspectiva se dividia e examinava o problema por parcelas, iniciando metodicamente pelas questões mais simples, ascendendo, por partes menores, até as questões mais complexas (ARAÚJO; GOUVEIA, 2016).

Segundo os autores, com o decorrer do tempo o paradigma da abordagem clássica mostrou-se falho e tornou-se necessário uma nova abordagem que pudesse explicar como essas partes menores poderiam se encaixar no sistema. Abordagem Sistêmica foi portanto, a solução do dilema, e gradativamente substituiu a abordagem cartesiana.

Em torno de 1920, o biólogo Ludwig von Bertalanffy, tentou colocar em aceitação a ideia de que o organismo é um todo maior que a soma das suas partes e elaborou a teoria multidisciplinar, denominada Teoria Geral dos Sistemas – TGS que, superando a relação simples de causa e efeito, procura entender as inter-relações entre as diversas variáveis.

Segundo a lógica sistêmica, a partir de um campo dinâmico de forças produz um emergente sistêmico: o todo é diferente de cada uma das partes. Os sistemas são visualizados como entidades globais e funcionais em busca de objetivos (BERTALANFFY, 1975). Em 1937, foi formalizada a Teoria Geral dos Sistemas, proposta por Bertalanffy (1975), entretanto a mesma só foi consolidada de fato como teoria no período após a Segunda Guerra Mundial, mas tem repercussão e utilidade até os dias atuais, já que em seus achados há uma associação da ideia de sistemas como estruturas encadeadas e organizadas.

Para González (2017) a teoria dos sistemas rompe com o antigo paradigma mecanicista-positivista anterior e propõe uma nova explicação do mundo baseada no conceito de sistemas, a interação entre suas partes e sua relação com o meio ambiente. O paradigma mecanicista concebe a realidade fragmentando-a analiticamente em partes determináveis e mensuráveis, o todo é concebido em

relação à soma funcional das partes.

Bertalanffy (1975) critica a visão de mundo com a divisão em variadas áreas e, em contraposição, propõe um estudo global que busque envolver todas as suas interdependências, pois os elementos reunidos podem constituir uma unidade funcional maior e desenvolver qualidades que antes não eram encontradas em componentes isolados (BERTALANFFY, 1975; VENTURA; FERREIRA; TELINI, 2011).

Sob a ótica de Moreno (2017) a Teoria dos Sistemas é uma teoria unificada em que todos os sistemas estão incluídos em uma teoria geral. A teoria dos sistemas começou com as tentativas de Bertalanffy (1975) compreender os sistemas vivos em um todo e sua relação com o meio ambiente, o que permitiu alcançar um pensamento holístico e compreender o mundo numa totalidade harmoniosa, na diversidade de suas manifestações. Seabra (2001) menciona haver uma correlação entre a teoria de sistemas vivos da ciência natural (biologia) e as organizações, assim todos os organismos vivos, são compostos por subsistemas que interagem ente si e com o ambiente externo.

González (2017) traz ainda a necessidade de entender cada coisa de acordo com suas relações externas, imediatas e mensuráveis; para ele o paradigma sistêmico-cibernético é baseado na relação entre as partes que ao mesmo tempo podem ser subsistemas. O todo é mais do que a soma das partes.

Embora o conceito de sistema tenha sido definido de maneiras distintas por variados autores, há um entendimento comum de que o sistema constitui um conjunto de elementos dinâmicos, interdependentes e que interagem no sentido de alcançar um objetivo ou finalidade (CARVALHO NETO; TAKAOKA, 2008).

Mediante a amplitude do conceito de sistema, aonde o mesmo é empregado em áreas tão distintas, a exemplo do sistema solar, sistema político, sistema social, sistema educacional, pode-se também certamente aplicar à área de saúde, nas dimensões dos seus sistemas (CAMPEDELLI, 1978). Para Ventura, Ferreira e Telini (2011) os sistemas são essenciais em nossa realidade, pois existe uma inter-relação entre os seus elementos, deixando para trás a visão cartesiana das coisas. No entanto, podemos considerar sistemas mais simples como os organismos vivos,



quanto aos mais abrangentes como as organizações sociais, que podem ser sistemas públicos (VENTURA; FERREIRA; TELINI, 2011).

Uma das principais críticas levantadas contra a teoria de sistemas é que ela proporciona alto nível de abstração e tem pouca aplicabilidade no cenário real. Para Seabra (2001), embora as críticas existam, não enfraquece à utilidade prática da teoria de sistemas integralmente. Como uma teoria holística, conforme posto também por Moreno (2017), o enfoque sistêmico facilita o entendimento do processo relacionado a um todo e proporciona o arcabouço geral no qual modelos mais específicos podem ser aplicados (SEABRA, 2001).

Para Maciel (1974, p. 204):

a noção de sistema é bastante primitiva, no sentido de que não se deixa facilmente definir em função de conceitos mais simples. Como toda noção primitiva, trata-se de conceito de grande extensão. Ou seja, é passível de ser aplicado a quase tudo o que existe que é complexo e organizado.

Churchman (1971) em sua obra apresenta uma proposta de enfoque diferente com a adoção da teoria dos sistemas, principalmente no âmbito das organizações que lidam diretamente com seres humanos. Segundo o autor, as organizações são divididas em setores, departamentos e divisões; nesse estudo ele também analisa os sistemas abertos e permite a compreensão das inter-relações e interdependências complexas com os ambientes internos e externos.

Nessa citação percebe-se também uma correlação da Teoria dos Sistemas com o Controle, através das dimensões da Auditoria do SUS e do Controle Social, como troca externa e retroalimentação do Sistema Único de Saúde.

À luz da Teoria dos Sistemas, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um sistema aberto, uma vez que tem comunicação direta com o seu ambiente externo (environment) e esse, fornece ao sistema informações e diferentes recursos, numa simbiose de influenciar e ser influenciado mutuamente. Para Andrade (2013), essa interação entre sistema e ambiente deve ser uma constante e equilibrada homeostase.

Para a autora do trabalho os requisitos essenciais à sustentação de uma organização sistêmica aberta, como acontece com o SUS, não pode prescindir tanto

do respeito aos parâmetros, quanto os requisitos técnicos inerentes a qualquer sistema, que são: entrada (input); saída (output); avaliação e realimentação (*feedback*) e ambiente (environment).

Seguindo os preceitos de Chiavenato (1993), onde relata que as funções de um sistema dependem de sua estrutura porque os sistemas são interdependentes, na medida em que suas funções se contraem ou expandem; sua estrutura acompanha e dentro desse contexto as ideias básicas da Teoria de Sistemas aplicadas ao contexto organizacional podem ser explicadas a partir dos seguintes aspectos:

- Homem Funcional - Os papéis são mais enfatizados do que as pessoas em si. Nas empresas, as pessoas se relacionam através de um conjunto de papéis, variáveis distintas interferem nesses papéis. A interação de todas elas (variáveis) é vital para a produtividade da empresa.

- Conflitos de papéis - As pessoas não agem em função do que realmente são e sim dos papéis que representam. Cada papel estabelece um tipo de comportamento, transmite certa imagem, define o que uma pessoa deve ou não fazer. De forma similar, nós reagimos aos papéis que as outras pessoas assumem. Expectativas frustradas, quanto aos papéis dos outros podem gerar conflitos na organização.

- Equilíbrio integrado - Qualquer ação sobre uma unidade da empresa atingirá as demais unidades. A necessidade de adaptação ou reação obriga o sistema a responder de forma única a qualquer estímulo externo.

- Estado estável - A empresa procura manter uma relação constante na troca de energia com o ambiente. Estabilidade pode ser atingida a partir das condições iniciais e através de meios diferentes. A organização distingue-se dos outros sistemas sociais devido ao alto nível de planejamento.

O SUS – Sistema Único de Saúde pode ser considerado um dos maiores ganhos consagrados na Constituição Federal de 1988. É um sistema que engloba o conjunto de todas as ações e **serviços de saúde**, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Segue uma mesma doutrina

e o mesmo modelo organizacional em todo território nacional pautado nos mesmos elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, seguindo os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Segundo Aith (2007, p. 269), o Sistema Único de Saúde:

Criado pela Constituição Federal, organizado como um conjunto individualizado é dotado de organização interna complexa que conta com diversos órgãos colegiados de deliberação, como Comissões Intergestores, o SUS é formado pela rede de ações e serviços públicos de saúde prestados no país, reunindo em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde.

Fica claro que o SUS, ao ser guiado pela diretriz constitucional da participação da comunidade (art. 198, III), traz consigo a participação e a força de vários setores da sociedade. A saúde como direito social (art. 6º da CF/88) pressupõe o movimento das pessoas, da família, das empresas e da sociedade em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito, de modo que o controle social possibilita a participação da sociedade civil na representação de seus interesses e na política de saúde.

Embora o SUS traga a ideia de unicidade, ele traz também a ideia de sistema, no sentido de abranger um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Já na lógica de sistema público, os serviços contratados e conveniados seguem os mesmos princípios e as mesmas normas do serviço público. Todos os elementos que integram o sistema referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O SUS enquanto sistema se organiza com base em três pilares: (I) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente); (II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, o que pressupõe a universalidade de acesso e a igualdade e integralidade na assistência à saúde; bem como (III) participação da comunidade.

A concepção sistêmica do Sistema Único de Saúde – SUS pressupõe que ele seja permanentemente avaliado e, conseqüentemente, que os resultados dessas avaliações ofereçam realimentação para o seu aperfeiçoamento (ANDRADE, 2013). Entretanto Elias, Leite e Silva (2017) afirmam que o SUS ainda não conseguiu estabelecer os parâmetros necessários e, como o SUS é um sistema único que deve ser operacionalizado por entes federativos autônomos, as decisões também carecem de consensos para que haja respeito à autonomia interfederativa.

Em contrapartida Elias, Leite e Silva (2017) trazem que a prática da gestão sistêmica no SUS continua sendo negligenciada e sendo alvo permanente dos interesses políticos momentâneos. Até hoje, segundo os autores percebe-se que o SUS não é realimentado no que diz respeito às suas funções de gestão: coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

O Sistema Único de Saúde precisa regularmente de *feedback*, uma vez que se trata de um sistema aberto, que sofre mudanças constantemente e muitas vezes inevitáveis; é necessário portanto a realização de avaliação, revisão e novos redirecionamentos, com a geração de melhoria contínua e um bom funcionamento do sistema é necessário sempre (LIEBER, 2001; VENTURA, FERREIRA; TELINI, 2011).

Face às considerações abordadas, evidenciamos uma relação estreita entre a Teoria dos Sistemas e os elementos do Sistema Único de Saúde. É preciso enfatizar, conforme dito anteriormente, que o SUS é um sistema aberto, complexo, em constante transformação e formado por múltiplos elementos e subsistemas que são interdependentes e interagem entre si. Nesse sentido, o sistema vem sendo consolidado buscando, desde a sua criação e implementação, a sua viabilidade (VENTURA; FERREIRA; TELINI, 2011).

Campedelli (1978) reforça o pensamento de Ventura, Ferreira e Telini (2011) quando diz que existe uma relação direta do Sistema de Saúde do nosso país com a Teoria dos Sistemas. A autora afirma que para existir um sistema de saúde é necessário existir também recursos humanos, capacidade instalada e um processo administrativo que reúna esse conjunto de elementos em um modelo, de modo a cobrir a demanda de serviços da população. A integração de esforços buscando

alcançar um objetivo, nesse caso o bem-estar comum (saúde), constitui de fato a própria Teoria dos Sistemas, que é um elemento administrativo e deve ser considerado como um meio para um dado fim por si mesmo.

Campedeli (1978) ainda conclui que a Teoria de Sistemas, além de vantajosa, é exequível e passível de ser aplicada à área de saúde. Ela oferece subsídios para a avaliação dos elementos que participam do Sistema de correções dos desvios do planejamento; identificação e definição de objetivos; avaliação de recursos e fatores limitantes; desenvolvimento de outros programas e avaliação de alternativas em termos de custos e benefícios.

Portanto, a luz da Teoria de Sistemas, podemos identificar o Sistema Nacional da Auditoria (SNA) com os seus subsistemas, sendo, por sua vez, um subsistema integrante do Sistema Único de Saúde que, por conseguinte, é um subsistema do sistema de saúde do país.

Essa evolução e consolidação conceitual referente à aludida teoria, evidencia de forma perspicaz quão oportuna a ótica deste estudo é o conhecimento, ainda que sumário, desse processo sistêmico no qual permite avaliar a relevância do controle como exercício regular, através da auditoria.

O exercício de auditar como um instrumento de controle se estabelece como função vital para o equilíbrio organizacional e a consecução dos resultados almejados, associado à Teoria Sistêmica, que foi escolhida e inscrita na Constituição vigente para viabilizar o SUS como um sistema de saúde. A abordagem sistemática serve para o estudo de situações complexas, no tempo e no espaço, em que as relações entre as partes componentes nem sempre são óbvias. Permite ao observador atento à realidade, obter perspectivas novas, relações insuspeitas entre partes afetadas dos sistemas complexos (CAMPEDELLI, 1978).

Lieber (2001, p. 07) corrobora essa dimensão ao afirmar que “a condição de ordem impõe ao sistema algum gênero de controle e, tradicionalmente, a teoria dos sistemas pressupõe que todo sistema viabiliza-se a partir de alguma interação controlada com o meio, caso contrário, ele fenece (entropia)”. Para Lieber (2001) o controle preserva o sistema por um processo retroalimentador (feedback), seu propósito é garantir a "adaptação inteligente" do sistema às mudanças externas e

internas que ocorrem. “O controle depende do confronto da condição real com a condição desejada e dos meios necessários à percepção dessas condições e à atuação corretora.” (LIEBER, 2001, p. 06).

## 2.2 CONTROLE

Neste capítulo discorreremos sobre o Controle nas suas variadas dimensões, como um dispositivo voltado a contribuir na melhoria da gestão nas organizações públicas, enfatizando o Controle no âmbito do SUS- Sistema Único de Saúde através do SNA- Sistema Nacional de Auditoria.

O Controle é uma das funções que compõe o ciclo do processo administrativo, aonde controlar equivale a verificar se as atividades executadas efetivamente estão conforme foram planejadas originalmente. Desse modo, através do controle é possível mensurar e avaliar o desempenho e quando necessário adotar medidas de correção, configurando assim uma relação direta a um processo notadamente regulatório. Entende-se que “É a função administrativa que verifica para que tudo ocorra de acordo com as regras estabelecidas” (CHIAVENATO, 2011, p. 91).

As definições de controle, nas obras consultadas, convergem invariavelmente para a proposição de que controle é o processo destinado a assegurar que as ações estão sendo executadas de acordo com o planejado, visando a atingir objetivos predeterminados, conforme descrito por Silva P. (2002) e por Megginson, Mosley e Pietri Júnior (1986) que definem controle como o processo de garantir que os objetivos organizacionais e gerenciais estejam sendo cumpridos; é a maneira de fazer com que as coisas aconteçam do modo planejado.

O controle é uma das funções administrativas que já era previsto no paradigma da administração científica que fundamenta a Escola Clássica iniciada por Fayol e Taylor, essas funções administrativas eram: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar. Conforme visto por Silva F. (2002), ao longo dos últimos anos, mesmo com todas as transformações no estudo da Teoria da Administração, chegando ao estudo da Teoria das Organizações num sentido mais

amplo, o tema controle tem sido cada vez mais enfatizado como uma necessidade para se conseguir a obtenção de resultados.

A Teoria do Controle teve sua gênese nas ciências exatas, especificamente na matemática e trata dos princípios básicos sob os quais são analisados e elaborados os sistemas de controle. Controlar um objeto significa influenciar seu comportamento de modo a obter um resultado desejado. Entretanto, quando existe uma participação do ser humano no fator controlado, essa atividade torna-se mais complexa, em função da imprevisibilidade, que, segundo Florentino (1988), decorre dos seguintes defeitos, inerentes ao homem: a) fadiga mental ou física; b) aptidão para a desorganização; e c) tendência a fazer variar os resultados em proveito próprio (fraudes).

Portanto, os sistemas de controle terão maior chance de sucesso, quanto menor for o grau de interação humana no processo, em função do que já foi visto (SILVA, P., 2002). Todavia, não se pode negligenciar o fato de que são pessoas que agirão na execução dos controles, de forma peculiar no tocante ao serviço público que tem certas peculiaridades, não encontradas na iniciativa privada. Naturalmente, ninguém aprecia ser controlado, mas na área pública há especial dificuldade nesse campo.

A essência da teoria do controle baseia-se na intercalação de um agente corretivo no fluxo do processo de modo a balizar seu comportamento, para que se processe dentro de padrões predeterminados (FLORENTINO, 1988). Os controles procedimentais clássicos são realizados pelo conjunto de mecanismos internos e externos da administração (SACRAMENTO; PINHO, 2009). Desse modo, trata-se de um procedimento que é inerente a qualquer forma de organização, pois administrar compreende planejar, organizar, dirigir e controlar atos e recursos organizacionais para alcançar objetivos estabelecidos (BARBOSA; TARDIVO; BARBOSA, 2016). Podendo também ser definido como o conjunto de normas, técnicas e instrumentos utilizados pelos gestores para assegurar que as ações de órgãos ou unidades sob a sua responsabilidade ocorram de acordo com o planejado.

Megginson, Mosley e Pietri Júnior (1986) reforçam a importância do controle nas organizações quando mencionam que, se a função de controle não for desempenhada efetivamente, as demais funções (planejar, organizar e dirigir) terão seu valor limitado na organização, propiciando, na melhor das hipóteses, baixo

desempenho e, na pior, o caos, ao se referir às funções da Ciência da Administração.

Cavalheiro e Flores (2007), assim como Barbosa, Tardivo e Barbosa (2016), afirmam que o controle é o conjunto de recursos, métodos e processos adotados pela própria gerência do setor público, com a finalidade de comprovar fatos, impedir erros, fraudes e a ineficiência. Barbosa, Tardivo e Barbosa (2016) definem o termo controle como referência, de modo geral, à fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos ou produtos, com o propósito de que tais atividades ou produtos não se desviem de normas pré-estabelecidas.

No Brasil, o Controle na Administração Pública teve como marco inicial a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público - DASP, em 1936, com atribuições de racionalizar a administração mediante simplificações, padronizações e aquisição racional de materiais, revisão de estruturas e aplicações de métodos na definição de procedimentos (SILVA, P., 2002).

Em 1964 a Lei 4.320/64 consagra os princípios do planejamento, do orçamento e do controle e estabelece como objetivo das novas técnicas orçamentárias a eficácia dos gastos públicos, no ano de 1967 o Decreto-Lei 200/67 estabelece que as atividades da Administração devem obedecer aos princípios fundamentais do planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle.

Ainda sobre o controle, esse decreto diz que deve ser exercido em todos os níveis e em todos os órgãos, compreendendo o controle pela chefia competente, pelos órgãos próprios de cada sistema e pelos órgãos do sistema de contabilidade e auditoria, em que cada Ministério passa a ter sua inspetoria de finanças, como órgão setorial do sistema de administração financeira, contabilidade e auditoria.

O sentido da palavra controle assume diversas conotações, dependendo da forma e do contexto em que é utilizada. Nesse âmbito (da administração pública) se almejou um sistema de controle mais consistente e compatível com uma burocracia weberiana, definido no Art. 70 da Constituição Federal como: “fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade”. Marçola (2011, p.76) compara esse sistema de controle descrito no referido artigo como um “sistema de freios”, no âmbito da administração pública.



Esse conceito reforça a burocracia proposta por Weber, uma vez que o aludido sistema de controle suscita a capacidade de garantir a aplicação dos recursos públicos de forma regular, como também está diretamente ligado à finalidade das ações desenvolvidas pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA/SUS, inclusive pelos seus Componentes Municipais.

Nessa mesma perspectiva, Souza (2002) também afirma que devido à abrangência do trabalho e pelas prerrogativas e responsabilidades constitucionais, conferidas aos órgãos de controle interno do setor público, são condições fundamentais para o pleno exercício do funcionamento dos componentes de auditoria que constituem o SNA em todos os âmbitos.

Souza (2002) faz uma comparação do texto constitucional vigente com o dispositivo da Constituição anterior sobre a abrangência do controle e verifica-se que o atual não se restringe a aspectos financeiros e orçamentários apenas, mas explicita que o controle, ou a fiscalização, atuará sobre os aspectos contábeis, financeiros, orçamentários, operacionais e patrimoniais.

Observa-se, portanto, que todas as atividades desenvolvidas pela Administração Pública são devidamente controladas e a ausência desse controle acarreta erros involuntários, desperdícios e até fraudes, assim, o controle é considerado uma ferramenta essencial para o êxito na administração; levando-se em consideração também que os recursos movimentados e utilizados são públicos, assim devem estar comprometidos com os interesses e objetivos de todo um povo. Por meio dele, o gestor pode acompanhar, de maneira mais eficiente, os gastos dos recursos, conhecer o que administra e saber os resultados que obterá, evitando o erro, a fraude e os desperdícios e maximizando a qualidade dos serviços, sendo imprescindível.

Já há um tempo tem sido uma constante, nosso país deparar-se com casos de desvios e impropriedades na execução do gasto público. Inúmeras Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs) foram criadas, buscando o esclarecimento de casos de corrupção e desmandos na Administração Pública, por práticas neopatrimoniais. Esses fatos impõem a urgência de uma discussão profunda sobre o tema controle, pois se acumula um elevado custo social pela má utilização de recursos públicos (SILVA, F., 2002). Nesse aspecto o Estado se tornou um elemento importante na implementação das ações de seguridade social e garantia do bem

estar da população, as quais caracterizaram o aumento do controle, fiscalização e monitoramento dos processos e normas (FLEURY; OUVREY, 2012).

Baseado no conceito de controle, Souza (2002) aponta objetivos dos sistemas de controle na Administração Pública. O primeiro objetivo é o de proteger a organização dos erros intencionais ou não e das irregularidades que se possam produzir. Como segundo objetivo, tem-se a obtenção de informações corretas e seguras que permitam a tomada de decisões acertadas, tanto no âmbito interno, como no externo. O terceiro objetivo é o de conseguir adesão às políticas gerais da organização. O quarto objetivo visa a atingir as metas e programas da organização. Finalmente, o quinto e último grande objetivo é promover a eficiência e eficácia nas operações da organização, por meio de uma utilização racional dos recursos disponíveis, esse objetivo está vinculado a todos os anteriores.

A proteção dos ativos da organização aliada a um conjunto de informações corretas e seguras, a adesão às políticas gerais e o cumprimento de metas e programas levam a uma utilização mais racional e, portanto, mais eficiente dos recursos.

Segundo Marçola (2011) no caso da administração pública, o controle interno assegura ainda que, afora o planejamento de atividades, essas estejam calçadas, além disso, pelos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Portanto, toda e qualquer organização pública possui controle interno, até mesmo com a finalidade de combater as improvisações e a irresponsabilidade administrativa, evitando prejuízos sociais e econômicos.

No âmbito da saúde, Silva, Borini e Pieper (1996, p.34) definem o controle como o processo através do qual “[...] as atividades e serviços de saúde, prestados pelas unidades públicas e privadas são analisadas em relação aos planos, programas, metas e normas estabelecidas, bem como os bens e serviços produzidos, sinalizando as mudanças a serem efetuadas [...]”.

Nessa perspectiva, o trabalho do SNA- Sistema Nacional de Auditoria constitui-se numa relevante etapa do sistema de controle interno e externo do SUS, que tem o dever de manter a gestão e o controle social informados sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Não cabe à auditoria apenas evidenciar problemas e falhas do sistema, mas também é de fundamental importância que aponte sugestões e soluções assumindo, desta maneira, um caráter

educador (RIBEIRO, 2005; CHIAVENATO, 2006).

Nota-se que o CMA - Componente Municipal de Auditoria, como parte integrante do SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS, que funciona como instrumento de controle interno na Gestão Pública do SUS, busca no seu exercício cumprir e alcançar os objetivos elencados por Souza (2002), citados anteriormente, referentes aos sistemas de controle na Administração Pública.

Segundo Mileski (2003, p. 140):

O objetivo do controle é verificar se as atividades ocorrem em conformidade com o ordenamento jurídico legal nacional, a fim de evitar que a ação divirja dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Esclarece, ainda, que o controle obsta o abuso de poder por parte das autoridades, fazendo com que essa pautar a sua atuação em defesa do interesse coletivo, mediante fiscalização orientada, corretiva e até punitiva.

Nesse sentido, o Controle assim como a Auditoria na administração Pública inclusive no âmbito municipal tem como função fiscalizar, avaliar, detectar erros e responsabilizar a Administração, como determina a Constituição Federal, especificamente quanto aos municípios, que a fiscalização deve ser exercida pelos sistemas de controle interno do Executivo Municipal. Melo (2007) acrescenta que o Controle e a Auditoria são ferramentas presentes na estrutura organizacional e regimental do SUS. Estão intimamente interligadas e são utilizadas nessa perspectiva como instrumento que busca otimizar a qualidade da gestão e para a *accountability* das políticas e recursos de saúde, embora ainda a força de trabalho do SUS tenha uma noção pouco clara dos significados e diferenças de uma e de outra.

O controle interno é deste modo, obrigatório e inerente às atividades do administrador público e a sua confiabilidade e eficiência são verificadas pelos órgãos de controle externo. As atuações dos órgãos de controle externo são de extrema importância na vigilância do poder público e não se limitam apenas à fiscalização posterior dos atos praticados (MARÇOLA, 2011).

A atividade de controle, ainda conforme a Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 01/2016, IN 01/2016, visa contribuir para a consecução dos objetivos estabelecidos pelo Poder Público. Atua, portanto, na identificação, na avaliação e no

gerenciamento de riscos, a fim de mitigar a probabilidade de sua ocorrência ou o seu impacto sobre os objetivos organizacionais.

Cabe lembrar também que esses controles devem integrar, de modo contínuo, as atividades, planos, ações, políticas, sistemas, recursos e esforços de todos os envolvidos, inclusive da comunidade. Portanto, os controles fazem parte do rol de atribuições designado aos agentes públicos responsáveis pela condução de atividades e tarefas, no âmbito dos macroprocessos finalísticos e de apoio (SILVA F., 2002). Na área da saúde, o controle interno deverá atuar avaliando as metas previstas nos Planos de Saúde, mediante os resultados evidenciados nos Relatórios Anuais de Gestão; a execução das ações para operacionalização das diretrizes definidas nas Políticas Nacionais de Saúde; e, a execução financeira e orçamentária dos recursos da saúde transferidos e movimentados por meio dos Fundos de Saúde.

É importante deixar claro que a necessidade da discussão em torno do tema controle se impõe, não somente, por causa das impropriedades e desvios porventura existentes na Administração Pública, mas fundamentalmente a fim de garantir que existam elementos e dispositivos, dentro do ciclo de gestão, que propiciem os ajustes necessários nas políticas públicas para uma aplicação mais eficiente e transparente dos recursos públicos, sendo isso o que a sociedade espera (SILVA, F., 2002). Nesse sentido o SNA – Sistema Nacional de Auditoria se consolida como um importante instrumento de controle, uma vez que está no elenco da sua esfera de atuação auditar não só a rede pública de saúde, como também toda a movimentação financeira e orçamentária dos recursos que a financiam, com o intuito de garantir a otimização e a clareza do seu uso.

Nesse contexto observa-se que, com o processo de globalização, os sistemas de saúde em geral, vêm enfrentando dificuldades decorrentes da incorporação de tecnologia na assistência, em um momento de forte crise no setor financeiro, associado à crescente demanda da população, cada vez mais bem informada e exigente de seus direitos e necessidades. Soma-se a esses fatores a própria complexidade inerente ao setor da saúde, responsável por múltiplas tarefas em que atuam e interagem diversos atores.

A administração pública de todo esse mercado, exige controle, monitoramento e avaliação permanente, através da auditoria alimentada por informações adequadas, para facilitar a tomada de decisão que minimize os erros,

controle os custos e ofereça serviços de qualidade à população.

É notório que existem ainda fragilidades dos mecanismos de controle na Administração Pública, mesmo esses mecanismos estando amparados por uma fundamentação legal. Diante desse cenário Silva F. (2002) traz a importância de se discutir os dispositivos legais e mecanismos institucionais que versam sobre controle dos gastos públicos, inclusive referente ao setor saúde; é a própria discussão dos meios para controle social, pois é onde mais precisamos avançar (SILVA, F., 2002).

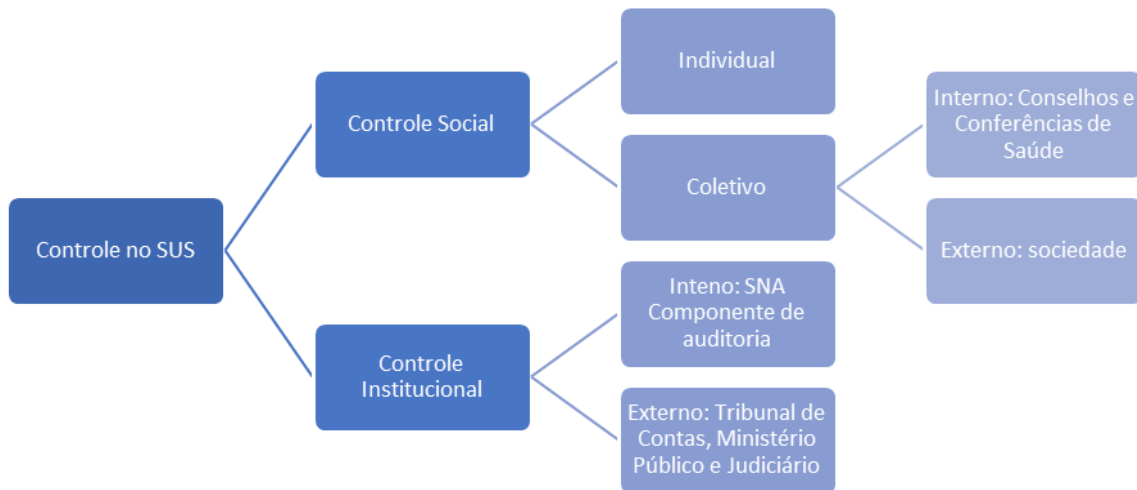
A Auditoria segundo Marçola (2011) trata-se, portanto, de uma ferramenta de controle vital para o administrador público e *pari passu*, dado a natureza de seu trabalho, a auditoria interna também pode ser concebida como um agente de controle social que defende o interesse de toda a sociedade, na medida em que o bem auditado por ela é o bem público.

No Manual de Normas de Auditoria do SUS (BRASIL, 1998, p.06), o controle está assim definido: “[...] o monitoramento dos processos (normas e eventos), com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda”. Para Castro (2004, p.88) *fiscalização*, no entanto, “[...] consiste em se submeter à atenta vigilância, à execução de atos e disposições contidas em legislação, através do ofício de fiscal”.

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

Correlacionando os dois mecanismos de controle, sendo um na dimensão institucional, através da Auditoria do SUS pelo SNA e o outro na dimensão social, através das Conferências e Conselhos de saúde respectivamente. Elias, Leite e Silva (2017) discorrem que para se estruturar o trabalho da auditoria como instrumento de controle na área da saúde brasileira, é crucial o estabelecimento de compromissos com o controle das Políticas e Programas, com a escuta do cidadão nos espaços democráticos, fortalecendo desse modo o Controle Social. Dessa forma fica claro que essas duas dimensões funcionam de forma interligada e se retroalimentam, aonde um solidifica o outro semelhante à ideia conceitual definida na Teoria dos Sistemas.

Figura 01 - Organograma do Controle no SUS



Fonte: Elaboração da autora (2021).

A responsabilidade de controle e fiscalização do SUS é do Sistema Nacional de Auditoria – SNA. O Controle na Gestão do SUS é muito marcante e sua relevância foi destacada, a partir da Constituição de 1988 e reforçada pelas Leis Orgânicas posteriores. O Controle no SUS se divide em duas grandes vertentes: o Controle Social e o Controle Institucional. O primeiro pode ser exercido pelo cidadão de forma individual ou coletiva, através dos Conselhos e Conferências de Saúde e através dos Movimentos da Sociedade Organizada (Figura 1), já o Controle Institucional, se dá através do Controle Interno e Externo praticado pelo SNA – Sistema Nacional de Auditoria e pelo Controle Externo exercido por órgãos como Tribunal de Contas Ministério Público e Judiciário (Figura 1).

Conforme destacado no Relatório Final da CGU em 2018, são três as dimensões de controle, quando se trata de saúde: a de gestão (Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde como primeira e segunda linhas de defesa), a do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) – compreendido o Denasus e os componentes Estaduais e Municipais de Auditoria – como terceira linha e a dos Conselhos de

Saúde. A responsabilidade de controle do SUS é do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

O objetivo maior e preponderante de todo o controle é a conquista dos objetivos finais. Controles para punir se perdem no processo e não cumprem sua finalidade. Em última análise, deve-se controlar para conquistar a boa qualidade, a maior eficiência e eficácia. “Controlar não é castigar, mas tornar eficiente, o que buscamos é que o controlado ou a ação controlada seja boa e bem feita” (CARVALHO, 2003, p. 345).

Como já citado, anteriormente, existem fatores dificultadores do pleno exercício do controle, sobretudo no setor público. Assim, conforme confirmado por Souza (2002), para que se torne efetivo o modelo de controle interno integrado na Administração Pública, há que se tomarem medidas corretivas ou complementares, a fim de adequar e integrar toda a estrutura administrativa ao sistema. Do contrário, se perpetuará a falta de sintonia entre o órgão central de controle e a administração, mantendo-se a rotina de relacionar impropriedades, apontar falhas, emitir recomendações, e se produzirem novas impropriedades.

Nesse sentido é possível aferir, que o controle externo e o interno propiciam a avaliação permanente dos atos praticados pelo gestor público, em decorrência do uso do poder que lhe é outorgado pela sociedade; sendo correto dizer ainda que os controles são como mecanismos de preservação das instituições públicas e de prevenção da ilicitude, corroborando com Montesquieu na medida em “que o poder deve conter os excessos do próprio poder”.

Ainda segundo Souza (2002) cabe a um órgão central ajudar a estruturar, orientar o funcionamento e fiscalizar, periodicamente, a adequação e o funcionamento dos processos de controles. Definidas as unidades ou funções de controle nos órgãos e entidades, começa a delinear-se o que se pode chamar de “sistema integrado”, com o órgão central atuando como orientador e normatizador. Esse órgão central terá a responsabilidade de promover o desenvolvimento técnico do sistema, por meio de estudos e pesquisas, mantendo-se na vanguarda, em termos de controle interno no setor público.

Importante salientar que todo esse esqueleto dorsal descrito pelo autor é compatível e se assemelha ao Sistema Nacional de Auditoria-SNA, que funciona a nível central, como órgão que regulamenta as normas e diretrizes de funcionamento

do aludido sistema, de forma integrada e solidária com os seus componentes nos três âmbitos: federal, estaduais e municipais. Está também em consonância com a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) que define como competência comum das três esferas de governo, a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS e institui, como atribuição da Direção Nacional do SUS, “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional” (artigo 16, inciso XIX).

Em suma, resta claro que os conceitos de controle interno, externo e auditoria estão correlacionados. Por se tratarem de interesses e recursos públicos, esses estão sujeitos a ação de serem fiscalizados e controlados, portanto esse exercício, na perspectiva do sistema de controle interno, é exercido pela atividade de auditoria. Destaca-se que o SNA desenvolve uma das tarefas mais importantes nesse âmbito, por executar a fiscalização dos recursos e avaliar todos os demais mecanismos de controle dessas entidades, tanto para o gestor público, quanto para o controle externo.

Em contraponto, segundo Silva P. (2002) é equivocado, portanto, tratar-se da auditoria interna, como sinônimo de controle interno. Enquanto o último engloba um conjunto de métodos e medidas, que visam à assegurar o funcionamento otimizado da entidade, a primeira é uma atividade, cuja principal missão é assegurar o funcionamento dos controles.

Dentre as ações pertinentes a auditoria, além do controle, está elencada também as atividades de monitoramento, em que consistem em avaliar a implementação de medidas saneadoras, com vistas à resolução oportuna de deficiências detectadas em atividades de auditoria, realizadas pelo SNA.

A atividade de monitoramento, além de acompanhar a evolução do desempenho das entidades auditadas, permite retroalimentação do sistema, na medida em que produz informações estratégicas para tomada de decisão, ou seja, fornece aos gestores o *feedback* de que necessitam para verificar se as ações que vêm adotando estão em conformidade com a fundamentação legal e, sobretudo, se têm contribuído para o alcance dos resultados desejados.

Desde o estabelecimento da Auditoria no SUS, através do SNA os conceitos das ações atribuídas à auditoria apresentavam dúvidas, imprecisões e



geravam conflitos com o “controle e a avaliação”, em razão da fundamentação legal e das práticas de trabalho trazidas do antigo Inamps, cujo enfoque era a auditoria médica (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017). O trabalho do auditor, portanto, baseava-se em mensurar o desempenho profissional, tempo de internação hospitalar, detectar taxas de morbimortalidade relacionadas a procedimentos cirúrgicos, entre outros (VERRI, 2010). Dentre as ações pertinentes à auditoria estão elencadas também as atividades de monitoramento, que consistem em avaliar a implementação de medidas saneadoras, com vistas à resolução oportuna de deficiências detectadas em atividades de auditoria realizadas pelo Denasus.

A avaliação é, assim como o monitoramento, um instrumento crítico para a gestão, essencial para o acompanhamento e para a implementação de um programa (SANTOS *et al.*, 2011). Para Carvalho *et al.* (2012) a avaliação apresenta uma visão de julgamento, prática de intervenções que ajudam na tomada de decisão, ação capaz de oferecer subsídios para mudanças na construção e na implementação de projetos, programas ou políticas de saúde. Avaliação não é apenas valiosa, mas também essencial para qualquer sistema ou sociedade eficiente (WORTHEN, 2004).

Avaliação é definida conceitualmente de várias formas, de um modo mais abrangente, avaliar está associado a determinar ou estabelecer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões e na definição de políticas a serem implementadas, coadunando com Carvalho *et al.* (2012). As definições são tão numerosas que poderíamos até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua entretanto, para a maioria deles, como refere Worthen (2004), a Avaliação está relacionada à determinação de critérios de valor, mérito ou qualidade do objeto que está sendo avaliado, indo muito além do simples ato de fornecimento de informações.

Nas suas distintas dimensões de abordagem e concepção, o processo avaliativo fornece subsídios para melhoria dos programas e políticas de saúde, implementadas através do julgamento de valor aos responsáveis, auxiliando no desenvolvimento e na definição da continuidade desses programas, uma vez que muitos estudos não conseguem levar essas melhorias de forma significativa dos programas que julgam. Importante destacar que as avaliações, mesmo informais, se realizadas de forma descuidada, resultam no julgamento e resultado distorcido,

consequentemente, não agregando melhorias significativas dos programas analisados.

Diante da complexidade da maioria dos programas de saúde que se interligam em diferentes níveis, o processo avaliativo se torna também respectivamente mais difícil. Segundo Worthen (2004), alguns autores optam por uma abordagem sistêmica, enxergando a avaliação como um processo de identificação e coleta de informações, um instrumento de auxílio nas tomadas de decisões. Outros autores vislumbram a avaliação voltada ao juízo profissional, em que a qualidade de um programa está pautada no veredicto de especialistas no assunto; a avaliação, portanto, é vista de acordo com um processo comparativo de dados de desempenho com objetivos discriminados.

Conforme já visto, avaliar não significa somente medir, mas sim estabelecer, a partir de uma percepção valorativa e intersubjetiva e, de acordo com as melhores medições objetivas, o confronto entre a situação real com a ideal, de maneira a permitir uma permanente e rápida correção de rumos, com economia de recursos e de tempo, ação essa compatível com os resultados alcançados também pela auditoria (GARCIA, 2001).

Deste modo, a avaliação é um poderoso instrumento de mudança que deve ser visto como um incentivo para que os diversos serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade, assim como a auditoria, e, portanto, não deve ser reconhecida como uma ameaça. O resultado dessas atividades pode ser considerado um dos indicadores de modificação do modelo assistencial, como medida sistemática ao interior da gestão municipal, estadual e federal (PISCO, 2006).

Avaliar é uma responsabilidade e os estabelecimentos de saúde não podem se furtar em exercê-la, permitindo monitorar a capacidade dos serviços em atender às necessidades em saúde (TAKEDA; YVES, 2006). Portanto, a finalidade de políticas de avaliação e de melhoria de qualidade deve produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e não apenas para demonstrar os problemas, nem recomendar soluções para os problemas encontrados. Entende-se, assim, que é necessária a elaboração de estratégias e de caminhos que propiciem a institucionalização das referidas ações no âmbito do SUS.

Inojosa (1996) aponta para o fato de que o SUS traz uma diferente perspectiva para a auditoria, avaliação e para o controle, à medida que envolve a ampliação do seu objeto e a incorporação, no processo de avaliação, de novos atores sociais. Nesse sentido, auditar, controlar e avaliar são consideradas formas de participação, da construção e aperfeiçoamento do SUS (PISCO, 2006).

Alguns pesquisadores consideram que a Auditoria permeia a avaliação e atua também sobre o Controle Interno, no sentido de verificar se os controles são ou não eficientes, portanto, tendem a aceitá-la fora do controle interno. Entretanto, ressalta-se que a Auditoria como instrumento de controle aplicado à organização complexa do SUS na sua acepção ampla, perpassa e transcende a função regulatória de controle interno e externo, de avaliação; abrange a eficiência, eficácia e efetividade da gestão em saúde.

Sob a leitura de Marçola (2011), a auditoria interna não se confunde com controle interno; no entanto, trata-se de uma área diretamente vinculada à alta administração e que, com autonomia e independência, promove a verificação dos controles internos de todos os setores da organização pública. A mesma autora fala que a auditoria interna verifica e testa os controles internos, em todas as áreas da organização, especialmente as mais nevrálgicas na administração pública.

Possivelmente essa confusão de conceitos pode ter aumentado em decorrência do sancionamento da Lei n. 8.689/93, a qual criou o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA), absorvendo principalmente os trabalhadores do Inamps que traziam fortemente na sua expertise a realização de auditoria de contas hospitalares, no âmbito financeiro-comercial, voltada à aferição da regularidade financeira dos serviços prestados, tornando-se órgão do Sistema no plano federal (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Durante anos as atividades de auditoria e de controle e avaliação permaneceram organizadas num único departamento, sem a clara definição dos seus conceitos e de seus papéis; e que se distanciaram para formar dois departamentos, somente após o ano 2000 através do Decreto Federal nº 3.774 de 15 de março de 2001 (BRASIL, 2001) que transferiu o DENASUS para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), local onde se encontra até os dias atuais.

É relevante considerar a informação de que o DENASUS, na esfera federal, a partir da Lei n. 13.328 de 29 de julho de 2016 (BRASIL, 2016), passou a integrar a estrutura do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, assumindo novas competências e, conseqüentemente, novos desafios para o cumprimento efetivo de suas atividades no âmbito do SUS, como órgão central do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

Outro ponto importante que merece destaque ao revisitar a existência do ex-Inamps sob uma óptica histórico-cultural, é que os estados e municípios tinham suas atividades restritas, apenas, como meros prestadores de serviços. Desse modo, os entes recebiam pagamentos pela realização de seus procedimentos. Tal fato influenciou a atuação da estrutura de controle, com foco na verificação da regularidade dos pagamentos por procedimentos hospitalares e ambulatoriais, realizados pelos prestadores privados de serviços de saúde. Essa herança é reproduzida em componentes estaduais e municipais do SNA até os dias de hoje, ao realizarem a análise de AIHs como se esse fosse o foco do trabalho da auditoria na saúde (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Na realidade, o fato da auditoria atuar sobre o Controle Interno não significa que não possa integrá-lo, já que a integração tem a função de prevenir danos e prejuízos para o patrimônio e assegurar que os controles funcionem a contento, com eficiência, possibilitando que o gestor tome decisões com o respaldo de informações úteis e confiáveis.

Importante destacar que Juhás (2002) define o exercício da auditoria a nível operacional como uma atividade de controle, onde há um exame direto dos fatos e situações ocorridas. Isso, com a finalidade de buscar a confirmação ou não do atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho em saúde, como também dos seus outros dispositivos de controle existentes, sugerindo dessa forma soluções alternativas para a melhoria do desempenho operacional e conseqüentemente dos resultados a serem alcançados pela entidade.

Face às considerações dispostas anteriormente consegue-se identificar que o Controle e Auditoria caminham de mãos dadas. A auditoria nas suas dimensões, enquanto mecanismo de controle funciona como um instrumento que possibilita a existência do mesmo. As ações de um perpassam pelo outro, permitindo desse

modo que, além do acompanhamento sistemático, sejam demonstradas também as organizações auditadas de forma transparente, a conformidade dos seus processos de trabalho frente às normas e regulamentos vigentes, buscando, sobretudo, o alcance de uma gestão mais eficiente. Ressalta-se que as aludidas ações são desempenhadas regularmente pelo SNA com seus três componentes, conforme descrito e verificado nos seus dispositivos legais.

### 2.3 AUDITORIA

Nesse tópico pretende-se abordar conceitos de Auditoria e suas aplicações à luz do SNA – Sistema Nacional de Auditoria como uma ferramenta fundamental e eficaz na Administração Pública. Interpõe-se uma interlocução da Auditoria do SUS nos seus três componentes (federal, estadual e municipal) correlatos aos seus três níveis de gestão, destacando a importância do Componente Municipal como instrumento de consolidação do SNA e como ferramenta de apoio a gestão na saúde.

O termo auditoria, que é de origem latina (vem de *audire*) significa ouvir, foi usado pelos ingleses para rotular a tecnologia contábil da revisão (*auditing*), que hoje se tem um sentido mais abrangente. Auditoria é uma atividade desenvolvida com técnicas próprias e peculiares, constituindo-se em especialização profissional, tendo ampla abrangência e pode dividir-se em externa e interna, segundo a forma de atuação e as relações com a organização auditada (SILVA, P., 2002).

Peron (2009) salienta que a auditoria tem atuação direta na realidade quando as informações já são consideradas fatos. Sendo assim, o seu objeto é a atividade já concluída, o fato já executado, portanto, possui caráter fiscalizatório.

Entre as diversas definições encontradas para auditoria, Almeida (1999, p. 31), parece conseguir unificar e traduzir o pensamento geral de muitos estudiosos do tema:

Atividade de avaliação independente, que, atuando em parceria com administradores e especialistas, deverá avaliar a eficiência e a eficácia nos sistemas de controle de toda a entidade, agindo

proativamente, zelando pelas políticas traçadas e provocando melhorias, fornecendo subsídios aos proprietários e administradores para a tomada de decisão, visando ao cumprimento da missão da entidade.

Segundo Melo (2007) o campo da auditoria denota uma gama de diversos conceitos e modelos, modificando-se conforme os autores e instituições. Verifica-se que a utilização da auditoria como um dispositivo na dimensão do controle está consolidada, principalmente na área da economia, estando muito presente em sua vertente contábil-financeira, mensurando valores de maneira a conferir a existência de desvios e distorções. Pode, ainda, estar associada aos processos gerenciais, assumindo, além da função de controle, através de análises e comprovações, a de redirecionamento das ações (Pina; Torres, 2001; Prada, 2002; Marques; Almeida, 2004; Melo, 2007).

Conforme a Instrução Normativa nº 3/2017, da CGU, a atividade de auditoria é definida como uma atividade independente e objetiva de avaliação e de consultoria, desenhada para adicionar valor e melhorar as operações de uma organização. Tem como propósito aumentar e proteger o valor organizacional das instituições públicas, fornecendo avaliação, assessoria e aconselhamento baseados em risco. Busca, contudo, auxiliar as organizações públicas a realizarem seus objetivos, a partir da aplicação de uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de governança, de gerenciamento de riscos e de controles internos. Jund (2006) alude ainda que, na administração pública em seu âmbito interno, o gestor público conta com a auditoria, importante ferramenta de controle interno de sua administração.

Cabe também à auditoria a função de formular orientações para a mudança da situação vigente, além de assegurar a adequação dos mecanismos de acompanhamento da gestão, de forma a possibilitar, identificar e medir o grau de atingimento dos resultados, em relação a objetivos e metas estabelecidos no programa de governo, opinando, ainda, sobre a implantação e o aprimoramento dos indicadores de gestão utilizados pela Administração.

Barzelay (2002) conceitua a auditoria como um modo de investigação que busca verificar o cumprimento de critérios estabelecidos e ações executadas. O autor ressalta que um dos pressupostos que diferencia auditoria, nos moldes

tradicionais da avaliação de programas, é que a auditoria tradicional tem como principal modelo a máquina burocrática. Reproduz, de forma fiel, a estrutura burocrática, ao privilegiar a adoção de normas e padrões estabelecidos de forma hierarquizada.

Segundo a óptica de Pina e Torres (2001) e Melo (2007), as modalidades de auditoria podem ser caracterizadas a partir do órgão auditor, do objetivo, do alcance, da periodicidade e do momento. Dependendo do órgão auditor, ela pode ser dividida em auditoria interna e externa (Conselho Federal de Contabilidade – CFC, 1995; Pina; Torres, 2001; Peres Júnior, 2004).

A auditoria interna é definida por Melo (2007) como uma atividade de controle administrativo, com alto grau de independência, que verifica o interior de uma organização, com a qual o grupo de auditores – geralmente, com formação acadêmica diversa – tem vínculo direto. Nessa modalidade o auditor não deve exercer ou elaborar as atividades que audita ou mesmo ter uma relação de dependência com as mesmas.

Essa independência viabiliza o exercício de suas funções de maneira mais livre, objetiva e sem comprometimentos, devendo resultar em julgamentos neutros e imparciais. Tem como objetivo assessorar a administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades e de constituir um controle gerencial a partir de suas análises; o auditor sugere orientações para elaboração ou reformulações nos padrões e rotinas (CFC, 1995; PINA; TORRES, 2001; PERES JÚNIOR, 2004; MELO, 2007).

A autora traz também a definição de auditoria externa como uma modalidade de caráter periódico, realizada por profissionais completamente independentes e desvinculados do órgão a ser auditado, diminuindo, dessa forma, a subordinação dos auditores à política vigente na organização, o que parece proporcionar uma maior isenção.

Referente à execução do trabalho de auditoria, a resolução nº 781/95 (CFC, 1995) destaca a necessidade de autonomia e independência do auditor no exercício da função que deve ser desempenhada de forma livre e objetiva, viabilizando dessa forma pareceres imparciais. Ressalta também o respeito à hierarquia e às normas do setor auditado, a não subordinação aos gestores das áreas auditadas, lembrando sempre o compromisso com a lealdade ao interesse público. Desse modo, evitando

a subserviência administrativa ou política, que poderia comprometer o grau de isenção dos resultados alcançados.

Para Melo (2007) as informações geradas por uma auditoria, expressas em seus relatórios, possibilitam o reordenamento das políticas e objetivos e, conseqüentemente, das atividades e ações dos serviços de saúde. A auditoria é uma oportunidade permanente de pactuações, uma vez que envolve aspectos organizacionais, técnicos e políticos, reorientando e reganizando o desenvolvimento dos processo de trabalho no campo da saúde.

A materialização desses resultados alcançados se traduz no relatório de auditoria, que deve ser imparcial e principalmente sustentado em evidências robustas e fidedignas, assim como ser pertinentes e úteis, a fim de assegurar orientações relevantes ao auditado expressando conclusões, recomendações e providências a serem tomadas pela administração da entidade auditada (CFC, 1995; PINA; TORRES, 2001; MELO 2007).

Ademais, a auditoria na sua diversidade de dimensões e modalidades consiste num processo sistêmico, regular e analítico, que tem como principal objetivo otimizar a gestão como um todo, por meio do controle de seus processos de trabalho e conseqüentemente dos seus resultados alcançados, buscando sempre minorar os riscos e garantir as vantagens de uma gestão eficiente e consoante às normas e legislações vigentes.

### **2.3.1. Auditoria no SUS**

Um dos primeiros relatos conhecidos sobre a auditoria na área da saúde data de 1918, nos EUA, a partir da revisão de prontuários de pacientes, objetivando identificar a qualidade da assistência prestada. Coleman, Moreira e Sanches (1998) sinalizam que o termo *audit* foi proposto para utilização nos serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lambeck. Sua finalidade era avaliar a qualidade dos processos e resultados desses serviços, através da observação direta do registro e da história clínica do usuário.

Todavia, somente a partir de 1980 essa atividade assume papel relevante nas instituições de saúde, associada aos avanços tecnológicos, à expansão da globalização de mercados, à informatização, à concorrência entre os prestadores de



serviços e ao aumento das exigências dos clientes (KURCGANT, 2006). Na área da saúde no nosso país ainda não existe consenso na literatura que confirme o início do trabalho da auditoria.

Os achados históricos de auditoria na área da Saúde no Brasil surgem um pouco antes de 1976, no INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, que foi o órgão responsável pelo pagamento e revisão das contas médicas e hospitalares, com a instituição de algumas práticas incipientes de controle. Assim, nasceram as primeiras atividades de auditoria na área da saúde no Brasil. Essas, por sua vez, se constituíram em procedimentos rudimentares, voltados apenas a apurações de ilegalidades em prontuários de pacientes e em contas hospitalares, não se utilizando de métodos de auditorias conhecidos, tampouco de ações de fiscalização direta em hospitais (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Em consonância com os autores, pontua-se que as atividades de auditoria na saúde foram introduzidas no país de forma sistemática, a partir dos anos 80, como parte de programas de melhoria da eficácia clínica. O objetivo foi a integração da visão fiscalizadora e punitiva voltada para o controle dos recursos financeiros, buscando o aperfeiçoamento dos resultados clínicos para os usuários dos serviços de saúde e a otimização dos recursos utilizados. As atividades de auditoria consistiam nessa época, apenas na análise das AIHs – Autorização de Internação Hospitalar para verificação da consistência entre os procedimentos cobrados e os efetivamente realizados.

A Auditoria do SUS tem como competência controlar o sistema público de saúde, ou seja, regular cumprimento dos preceitos constitucionais, através da proba aplicação dos recursos públicos destinados a esse fim, na forma da lei e no interesse público (WEBER; BORDIN, 2005). Segundo Melo (2007) a auditoria no intuito de priorizar as diretrizes do SUS, têm sistematizado seus processos como instrumento de controle e de suporte para avaliar os serviços e suas intervenções, principalmente quando a auditoria assume a posição estratégica para a redefinição de objetivos, conceitos e estratégias para consolidar melhorias na gestão da saúde como um todo.

Com a criação do SNA, instituído pela Lei n. 8.689 de 27 de julho de 1993, na forma de um sistema integrado, nas três esferas de governo, se estabeleceu o exercício da auditoria em saúde, objetivando a fiscalização geral dos serviços de

saúde do país, em virtude da necessidade de descentralização da gestão instituída pelo SUS (FONSECA *et al.*, 2005).

Com base na legislação referida, através da implantação de Normas Operacionais Básicas, inicialmente com as NOB 91, NOB 92, NOB 93 e NOB 96, o Decreto nº 1.651/1995 que regulamentou a auditoria e posteriormente, com as Normas de Assistência à Saúde, NOAS 2001 e NOAS 2002, que se estabeleceu a obrigatoriedade dessa estrutura de auditoria nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e de controle e avaliação para os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica.

Desse modo, o SNA passou a ser o conjunto de órgãos e unidades instituídas em cada esfera de governo, sob a direção do gestor local do SUS, com a atribuição de realizar auditorias. Para Melo (2007) a instituição desse sistema de auditoria, desde a sua criação, tornou-se um importante instrumento para a manutenção e desenvolvimento do SUS. A constituição do SNA buscou e busca contemplar lacunas existentes em um sistema continental e de uma complexidade imensurável como o SUS, principalmente no tocante aos mecanismos de controle.

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

É imprescindível que, além de realizar auditorias, os componentes (federal, estaduais e municipais) que formam o SNA devem estar devidamente estruturados e fortemente direcionados. Isso, com o objetivo de prestar de forma conjunta uma cooperação técnica, além de proposição de medidas corretivas, servir de suporte ao controle social, subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações validadas e confiáveis, sendo uma marcante contribuição para a saúde pública (PERON, 2009; TAJRA *et al.*, 2014; ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

No âmbito dos municípios, por sua vez, é possível que também esteja se desenvolvendo um processo heterogêneo de implantação do componente municipal,

principalmente nos municípios que ingressaram na Gestão Plena do Sistema com a habilitação do Comando Único.

Nesse contexto, percebe-se a necessidade de se desenvolver um processo de avaliação da implantação desses Sistemas Municipais de Auditorias do SUS, buscando compreender de que maneira este sistema vem sendo organizado, quais as ações adotadas, quais as dificuldades enfrentadas no processo de implantação e quais os resultados alcançados. Busca-se também a identificação de distorções desse Sistema e proposição de correções à direção correspondente do SUS.

Para Brandão e Silva (2015, p.21), o SNA é basilar para a solidificação do SUS, “pois promove, de forma expressiva, melhor cumprimento dos seus princípios e diretrizes, fiscalizando o desenvolvimento das ações e serviços dirigidos à população”.

Entretanto Teixeira (2001) identifica alguns problemas do SNA que se dão em duas dimensões distintas, sendo uma no âmbito conceitual e a outra de natureza político-institucional. Para esse autor, os fundamentos conceituais e metodológicos nas esferas de governo são diferentes, assim como são as estruturas de poder nas instituições públicas de saúde (ministério, secretarias de saúde estaduais e municipais), ficando evidente o peso político no desenvolvimento das atividades de auditoria no âmbito do SUS. Salienta-se que a auditoria, em sua vertente clássica é voltada para, verificação de determinado programa ou política, procurando discrepâncias entre as normas e procedimentos do auditado (PINA; TORRES, 2001) assim como a política de auditoria desenvolvida pelo SNA.

É notória a necessidade de promover a discussão sobre a efetiva complementaridade das ações de Auditoria do SUS como instrumento de controle e de cooperação técnica no SNA com outros órgãos de controle, visando sempre o fortalecimento da governança e a sinergia do sistema. Entretanto, sob a ótica de Elias, Leite e Silva (2017) ao longo da criação do referido sistema, essa discussão manteve-se estagnada.

Segundo os autores Elias, Leite e Silva (2017) que demonstram como resultado das suas investigações, a escassez de estudos sobre essa temática de relevância à saúde pública nacional e a necessidade eminente de implantação de uma política para o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria. Os referidos estudos corporificam os achados de Melo (2007) que tratam também da escassez de

estudos contemplando o processo de auditoria no SUS, como ferramenta fundamental para a administração pública, demarcando a sua essencialidade para consolidação das atribuições, diretrizes e princípios do SUS.

Atualmente a Auditoria do SUS é definida pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS como: *“Instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.”* (BRASIL, 2009, p.25).

Conforme descrito por Weber e Bordin (2005) as ações da Auditoria do SUS são capazes de forma técnica, identificarem e apontarem irregularidades e inconformidades na gestão, frente às normas do sistema e demais bases legais do direito público. Também por dever de ofício, cabe também apresentar sugestões capazes de nortear alternativas corretivas, com cunho saneador aos apontamentos feitos.

O Ministério da Saúde (MS) ainda define auditoria como um exame sistemático e independente dos fatos realizados por observação, medição, ensaio ou outras técnicas adequadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a conformação aos requisitos recomendados na legislação vigente, indicando se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as ações planejadas pela gestão (BRASIL, 2011).

Portanto a auditoria deixou de ser técnica ou modalidade de trabalho voltada para o caráter punitivo e policialesco e passou a assumir o significado de instrumento para exercer o controle, avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população e para a educação continuada dos atores envolvidos, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde, dentro das propostas de universalidade, igualdade e equidade. Desse modo se destaca a importância da atividade de auditoria, que, ao aferir os controles estabelecidos nos diversos níveis da organização, por meio de fiscalização permanente, pode prevenir a ocorrência de desvios, malversação ou uso indevido dos recursos, dando maior tranquilidade ao gestor.

Em contraponto, Remor (2008) afirma que muitos aspectos, inclusive os culturais e conceituais, dificultam a execução das atividades de Auditoria do SUS, pois a legislação é confusa e somente ela sustenta a prática, por falta de teoria. Para

Melo (2007) a dimensão social de uma auditoria é atravessada, tanto por valores construídos socialmente, quanto pela subjetividade, não só de quem audita, mas também de quem é auditado, incorporando assim as perspectivas dos atores sociais envolvidos.

Weber e Bordin (2005, p.07) definem ainda que,

as ações da auditoria do SUS, que se caracterizam por funções típicas de Estado debruçam-se, em caráter técnico, sobre as políticas públicas que — em movimento — visam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população, sobre os recursos públicos destinados ao financiamento destas políticas e, por fim, na constatação dos impactos gerados — melhoria dos indicadores de saúde — por estas políticas públicas que visem atingir transformações qualitativas das condições de saúde.

A auditoria do serviço público é essencial, pois, fornece aos órgãos legislativos e outros órgãos de controle, bem como aos responsáveis pela direção e à população em geral, informações e avaliações independentes e claras acerca da gestão e do desempenho de políticas, programas, recursos financeiros e operações governamentais. Nesse contexto, a Auditoria do SUS fortalece o desempenho das atribuições de modo eficaz, eficiente, ético e em conformidade com as legislações aplicáveis (BRASIL, 2017). Através dos resultados das auditorias os gestores terão informações privilegiadas e imprescindíveis ao planejamento e tomada de decisões para melhor investir os recursos públicos destinados ao financiamento do SUS, redirecionando-os, sempre que necessário, para ações e programas que respondam às maiores necessidades da população (WEBER; BORDIN, 2005).

Considerando a ação de controlar, a atividade de auditoria permite gerar uma maior probabilidade de evitar eventos de fraudes e desperdício financeiro, atuando como ferramenta de apoio a gestão, ao proporcionar aos formuladores da política recursos para a tomada de decisão, por meio dos resultados obtidos a partir da exposição da fragilidade encontrada, alcançando excelência e eficácia das ações (COSTA; SANTOS; TRAVASSOS, 2012).

Ressalta-se que níveis mais elevados de transparência na demonstração da responsabilidade, na utilização dos recursos públicos, assim como na eficiência na prestação de serviços à população, podem ser alcançados com a auditoria.

Nos moldes atuais a auditoria desenvolvida pelo SNA – Sistema Nacional de Auditoria passou a enfrentar uma série de desafios, pois as antigas práticas de trabalho, focadas apenas nos erros, tendem a ser aprimoradas por novas práticas voltadas à gestão da análise de resultados, com o uso de indicadores e o olhar para as condições de saúde e padrões de uso da população, de modo a contribuir de forma mais assertiva para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção, em defesa da vida.

Segundo Melo (2007), embora sejam evidentes vários avanços ao longo desses anos o SNA ainda se depara também com desafios das mais diversas ordens. Entre eles, encontram-se a consolidação da auditoria em saúde, como campo de conhecimento e de profissionalização e a falta de uma articulação efetiva entre as três esferas gestoras do SUS.

O processo de auditoria funciona como instrumento burocrático, sobretudo, no controle do SUS, abrange práticas e conceitos que englobam tanto a auditoria externa, através da emissão de relatórios e pareceres, endereçados aos tribunais de contas e à sociedade, sobre as contas e sobre a gestão fiscal dos administradores, quanto a auditoria interna, quando age preventivamente no acompanhamento, orientação e assessoramento à administração.

Melo (2007) em concordância com Barzelay (2002) observa que a atividade de auditoria, no SNA, implica não apenas na oferta de alternativas para a gestão no campo da saúde, mas também na responsabilização (*accountability*) dos gestores do SUS pelos seus atos administrativos. Logo, auditoria em saúde envolve dimensões de ordem burocrática, administrativa, organizacional, técnica, ética, política e social.

Segundo Weber (1982), burocracia é um instrumento para a socialização das relações de poder, enquanto a autoridade é responsável pelo cumprimento às normas; ela é a institucionalização e legitimação do poder constituído. Portanto, autoridade e poder se complementam e demarcam a burocracia, e são perpassados pela lógica da legitimidade.

Likert (1975) evidencia a necessidade de se reconhecer a conveniência da estrutura burocrática, a partir de suas diretrizes, leis e rotinas, para facilitar a operacionalização das ações da força de trabalho, e acrescenta que um bom entrosamento entre a instituição e a força de trabalho, nesse tipo de estrutura, é o meio mais adequado para se alcançar objetivos predefinidos.

É notório que há críticas ao Modelo Burocrático por constituir sistema fechado (à luz da Teoria dos Sistemas), ou seja, sem interação com o ambiente que o circunda. Não obstante há também os defensores que ressaltam que a Teoria da Burocracia deixou de lado a abordagem normativa e prescritiva para dedicar-se a uma abordagem descritiva e explicativa (MELO, 2007).

A auditoria faz parte da burocracia inerente à administração pública e percebe-se que essa última incorpora uma característica patrimonialista que se sobrepôs ao modelo burocrático esculpido na Constituição de 1998 (SILVA, P., 2002). A burocracia, porém, ainda é alvo de julgamentos, ao ponto de ser identificada como morosa, complexa e ineficiente (SILVA, 2014).

Todavia, a conjuntura de governabilidade dos estados evidencia a importância da administração burocrática, a qual, quando incorporada às práticas democráticas de governo, pode desencadear resultados muito eficientes. Em um governo comprometido com os interesses da população, os programas e projetos desenvolvidos pelo estado, gozam de racionalidade administrativa da instituição burocrática e do apoio popular, que atribui legitimidade às práticas burocráticas (SILVA, 2014).

A auditoria foi reconhecida como estratégia de detecção das distorções e proposição de correções no SUS, por meio de uma evolução normativa. Esse reconhecimento agregou um aspecto diferenciado na gestão da máquina pública a começar pela investigação sistemática das ações e serviços de saúde, além da análise de cumprimento do arsenal de responsabilidades que essas normas abarcavam durante o processo de gestão (SOUZA, 2015).

Para Weber e Bordin (2005, p. 128):

Definir o papel da Auditoria do Sistema Único de Saúde significa fazer com que gestores, usuários e prestadores de serviços entendam que suas ações consubstanciam-se em controle interno técnico do Sistema SUS, para utilização pelos gestores, Conselhos de Saúde, prestadores de serviços e os cidadãos, usuários ou não, como efetivas ferramentas indispensáveis à tomada de decisões, por cada uma das representações nominadas acima, na garantia do interesse público e no fiel cumprimento dos preceitos constitucionais e normativos do SUS.

A Auditoria do SUS faz parte do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que é um sistema descentralizado atuante nas três esferas de governo (federal, estadual e

municipal), (BRASIL, 2011). O referido sistema tem como competência primordial realizar avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS (CASTRO, 2004).

Desde a sua criação, o SNA tem se apresentado como instância estratégica para a disseminação de práticas para o controle da aplicação dos recursos financeiros, estrutura, processo e resultado dos serviços ofertados aos usuários. Agrupado à complexidade do SUS e à utilização de recursos provenientes da sociedade, alude à importância do SNA, de forma que os seus resultados atuem sobremaneira no apoio à gestão municipal, estadual e federal (ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

O SNA através dos seus componentes, deve ainda exercer as atividades de controle das ações e dos órgãos de saúde, com o intuito de verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento.

Deve-se proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para verificar sua adequação aos critérios e parâmetros determinados de eficiência, eficácia e efetividade, além de realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial, bem como fortalecer a gestão estratégica e participativa como estabelece o Decreto nº 1.651/1995 (BRASIL, 1995). As referidas ações de auditoria estão destinadas ao diagnóstico e a transparência, com estímulo ao controle (BRASIL, 2014).

A esfera federal do SNA refere-se ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), órgão integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Sua finalidade é de interação com as diversas áreas da gestão do SUS, discutindo estratégias de apoio com ações de auditoria e/ou cooperação técnica. Essa última pode ocorrer por meio de várias ações como visitas aos municípios, capacitação, reuniões, repasse de tecnologia, etc (BRASIL, 2011).

O DENASUS visa realizar atividades de auditoria com o intuito de verificar a adequação das ações e serviços públicos de saúde e a sua regularidade quanto aos padrões técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais da aplicação dos recursos do SUS, em todos os seus níveis de gestão.



Nesse sentido, Elias, Leite e Silva (2017) reforçam que o DENASUS tem investido, porém sem grandes êxitos, no diálogo ampliado entre os três componentes do SNA, buscando integração, interação e complementaridade das ações do Sistema, dos órgãos de controle, bem como na aproximação e apoio ao fortalecimento do controle social e institucional no SUS e funcionamento harmônico e ordenado do SNA nas três esferas de gestão.

Ressalta-se que a estrutura e o funcionamento do SNA na esfera federal, são indicativos da organização a ser verificada pelos demais planos (Estados, Distrito Federal e Municípios) para a consecução dos próprios objetivos no âmbito das suas respectivas atuações. Todavia, embora a base legal explicita que o SNA está disposto junto à direção do SUS e que a estrutura e o funcionamento do SNA no plano federal são sugestivos da organização em outros níveis, ainda se observam variadas formatações na estrutura e no funcionamento dos seus componentes nos distintos níveis de gestão (CASTRO, 2004).

O projeto de descentralização, por meio da municipalização da saúde, apresenta outro componente no âmbito conjuntural, ou seja, a possibilidade de transferência de recursos aos municípios servir de alavanca ou auxiliar na consolidação de uma estratégia política de apropriação e esvaziamento do discurso descentralizador municipalista de um determinado setor da oposição (TEIXEIRA, 1991).

Nesse sentido seguindo o processo de descentralização, fica claro que a estruturação do SNA depende da permanente interação e articulação, por meio de consensos interfederativos e para tanto, os três níveis da administração devem estabelecer e priorizar uma nova política de auditoria, consoante aos interesses da população, além da capacidade de alinhar o trabalho realizado no SNA; uma política que venha unir os três componentes num único propósito, sendo, inclusive, maior do que aqueles defendidos pelos diferentes governos.

Tal cenário é evidenciado por Elias, Leite e Silva (2017) ao afirmar que esses novos moldes de uma nova política de Auditoria do SUS devem sempre corporificar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações e serviços de saúde no contexto do sistema de saúde para, principalmente, avaliar os resultados das políticas destinadas à nação brasileira.

Embora os ganhos para os três níveis de gestão do SUS sejam inúmeros

com a consolidação da auditoria desenvolvida pelo SNA como instrumento de gestão e controle, os componentes que formam o referido sistema enfrentam uma série de desafios; as antigas práticas de trabalho focadas apenas nos erros devem ser aprimoradas por novas práticas voltadas à gestão da análise de resultados, com o uso de indicadores e o olhar para as condições de saúde e padrões de uso da população, de modo a contribuir de forma mais assertiva para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção, em defesa da vida.

Elias, Leite e Silva (2017) afirmam que o trabalho perpetrado no SNA na prática, apresenta dificuldade de constituir-se numa ferramenta efetiva para gestão por falta de um documento norteador capaz de alinhar, nas três unidades federadas, o trabalho realizado pela auditoria. Nesse sentido, os diversos atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção, caso observem nela um meio para a atualização de suas estratégias fundamentais (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

É imperativo, portanto, que os dirigentes e técnicos nas três esferas de gestão exercitem um processo reflexivo de análise, de forma conjunta e solidária, sobre um novo desenho organizacional do SNA e o papel ou a “missão” de cada um dos seus componentes à luz do Sistema de Controle Interno, buscando sempre contribuir de forma efetiva para a utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Esse processo de renovação de novos paradigmas dos papéis a serem desempenhados pela Auditoria do SUS através do SNA e seus componentes teve um novo impulso, quando foi aprovada na 15ª Conferência Nacional de Saúde em 2015 (BRASIL, 2015) através das suas diretrizes, a concretização de uma nova Política Nacional de Auditoria. Através dela se faz possível permitir a estruturação e organização do SNA, em âmbito nacional, como também criar mecanismos de apoio, incentivo e financiamento para o desenvolvimento dos componentes do SNA em cada esfera de gestão da saúde.

Ressalta-se que a proposta de uma nova política pautando a Auditoria como atividade típica de estado, com financiamento tripartite, composta por equipes multiprofissionais e governança do SNA com autonomia em cada esfera de governo, foi deliberada desde a 13ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2008.

Desse modo será possível também adequar a infraestrutura ao grau de

complexidade local das instituições e serviços prestados pelo SUS, além de subsidiar o processo da gestão da saúde no país, elaborando e divulgando evidências sólidas para qualificar o processo de tomada de decisão dos gestores governamentais.

O formato e a extensão de um processo de auditoria se relacionam à efetividade e à resolubilidade dos outros dispositivos de controle existentes em determinada instituição. Dessa maneira, entende-se que as atividades de auditoria, além de controlar, fiscalizar, verificar e orientar as atividades operacionais como um todo, podem incluir ações que buscam dar suporte para as necessárias melhorias políticas e institucionais (MELO, 2007).

É inegável reconhecer os avanços da Auditoria ao longo do tempo, trazidos com o advento do SUS, entretanto, essa carece de melhorias substanciais que sejam capazes de instituir e estruturar um Sistema Nacional de Auditoria mais robusto e, sobretudo, capaz de contribuir para o permanente aperfeiçoamento do SUS; isso, através da implementação de políticas públicas voltadas à reestruturação dos serviços de fiscalização e controle interno do SUS, o combate à corrupção e ao desperdício de recursos da saúde.

No cenário atual, poucas ações efetivas foram realizadas, voltadas à garantia da implementação dessa nova política de auditoria. Nessa perspectiva é fundamental uma renovação dos antigos modelos e práticas, transformando Auditoria do SUS como um organismo capaz de estabelecer compromissos com a qualidade, além de buscar a resolutividade das necessidades do cidadão e a transparência na gestão do SUS, incluindo a governança no SNA com autonomia em cada esfera de governo, interação, integração e complementaridade das ações de controle, cooperação técnica e alinhamento nacional de conceitos e práticas.

### **2.3.2 Componente municipal de auditoria**

As constantes mudanças ocorridas ao longo do tempo no sistema de saúde pública no Brasil, sobretudo com a consolidação do SUS, traz junto consigo também novas necessidades. Com sua enorme variedade e complexidade de serviços, tanto em sua conformação estrutural, quanto em seus suprimentos e insumos, se evidencia uma necessidade progressiva do trabalho de auditoria no sistema em

todos os níveis de gestão de forma complementar e solidária, bem como no serviço de prestação de assistência à saúde.

De um ciclo tradicional focado em glosar, fixar normas, medir desempenho, com valorização da quantidade e otimização de recursos, a auditoria em saúde se remodelou e passou a avaliar a qualidade dos serviços, das pessoas, dos processos de trabalho e conseqüentemente dos resultados obtidos.

Segundo Melo (2007) a auditoria deve basear-se em princípios éticos básicos, como autonomia, beneficência e justiça, sendo necessário, para isso, maior proximidade à realidade a ser auditada, ou seja, seu espectro de ação deve, de preferência, estar no raio de gestão da organização que será auditada. Levar em consideração essa realidade local é primordial, para que se possa garantir a conformidade de funcionamento dos programas de saúde propostos. É importante também para reverter a verticalidade do modelo clínico-assistencial prevalecente, favorecendo assim a adoção de medidas coletivas e preventivas, além de contribuir na divulgação e legitimação das atividades, eventos e serviços (Mejía, 2001; Guido Osório *et al*, 2002; Silva; Fischer, 2004).

A auditoria nos seus níveis de gestão do SUS, tem a finalidade de verificar a conformidade dos programas ou serviço de saúde às normas e critérios legais vigentes, buscando otimizar a qualidade de suas ações, adequando-as às demandas e necessidades da população no tocante à saúde.

O SNA com seus componentes nos respectivos espaços de gestão, oferece ferramentas que buscam fornecer subsídios para a gestão no campo da saúde, objetivando a sua melhoria. Para Crepaldi (2000) o componente do SNA estruturado em todos os níveis traz benefícios à gestão ao apontar as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde e subsidia o planejamento e a adequação das políticas e das ações de saúde. Isso porque, a auditoria no setor público tem por objetivo examinar e apurar as irregularidades na gestão de serviços e recursos públicos, além de apresentar subsídios para o aperfeiçoamento dos procedimentos administrativos e materiais.

Através da Lei 8.689/93 (BRASIL, 1993), conforme já citado anteriormente, ficou instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), ao qual compete a avaliação técnico- científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, a ser realizada de forma descentralizada, através dos órgãos

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

A concretização e regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na esfera do SUS se deram de fato por meio do Decreto nº 1.651 de 1995, em que se estabeleceu competências e atribuições dos componentes de Auditorias no âmbito federal, estadual e municipal, determinando que as três esferas de governo devam organizar e executar seus componentes do SNA, sob a supervisão da respectiva gerência do SUS (TSZESNIOSKI; SÁ, 2018).

Através desse Decreto-lei ficou demarcada a necessidade de instituição de órgãos de auditoria nos três níveis de governo, bem como sistematizou o processo de descentralização do SNA, definindo as competências de cada instância de governo, sendo que a esfera federal ficou com a responsabilidade pela gestão das suas ações e serviços de saúde; pela verificação da conformidade das ações e serviços de saúde, no âmbito nacional, com a política de saúde instituída no Brasil; pelo controle dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante os relatórios de gestão; como também pelos sistemas estaduais de saúde e suas ações, instrumentos e métodos de controle, avaliação e auditoria.

O nível estadual responderia pela gestão de suas ações e serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, e dos sistemas municipais e consórcios intermunicipais de saúde; pela verificação dos recursos estaduais repassados aos municípios; além de averiguar as ações, instrumentos e métodos utilizados pelos órgãos de controle, avaliação e auditoria dos municípios. Já o nível municipal responderia pelo acompanhamento, controle e auditoria da sua rede assistencial própria e conveniada incluindo sua produção, além dos recursos envolvidos e utilizados na gestão da saúde do município.

O Manual de Auditoria de 1996 (BRASIL, 1996), regulamenta o cumprimento de normas e disposições relativas ao SUS, além de inserir as divisões regionais de auditoria do Ministério da Saúde, denominadas DIAUD (Divisão de Auditoria), em cada unidade federada, com a responsabilidade do controle, avaliação e auditoria das unidades que compõe o SUS.

Estabeleceu também, que as atividades de auditoria se dariam em quatro níveis, sendo: 1) Auditoria de Nível Central – atividade desenvolvida pela Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria e suas coordenações, ou em

conjunto com as regionais, ou em cooperação técnica com estados e municípios;

2) Auditoria de Nível Regional – desenvolvida pelas divisões regionais, pelos auditores das DIC (Divisão de Controle e Avaliação dos Serviços Assistenciais) e DIAUD (Divisões de Auditoria) ou em cooperação técnica com estados e municípios;

3) Auditoria de Nível Estadual – responsabilidade do Controle e Avaliação da SES ou em cooperação técnica com estados e municípios;

4) Auditoria de Nível Municipal – responsabilidade do Controle e Avaliação da SMS ou em cooperação técnica com estados e municípios. Esse manual foi reeditado em agosto de 1998 (BRASIL, 1998).

Foi observada uma articulação do Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP-MS), tendo como base elementos operacionais e teórico-conceituais em torno da qualificação dos processos e da prática do monitoramento e da avaliação da gestão do SUS.

Conforme elucidado por Carvalho *et al.* (2012) a SGEP constituiu uma inovação no processo de cooperação do Ministério da Saúde, juntamente às gestões estaduais e municipais, assim como às instâncias de participação e controle social e, também, no tocante ao aperfeiçoamento e qualificação da implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nos três níveis de gestão do SUS (CARVALHO *et al.*, 2012).

Para os autores, cabe ressaltar que as ações da SGEP estão associadas através dos quatro departamentos que a compõem entre eles, Departamento de Gestão Participativa (Dagep), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus que é o órgão de atuação federal do Sistema e o órgão central do SNA), Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags) e Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges), que apareceram em consequência da necessidade de uma estrutura que adotasse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação.

Destaca-se como missão do SNA a realização de auditoria no SUS nas esferas de gestão da saúde, contribuindo para qualificação da gestão, visando melhoria da atenção e do acesso às ações e aos serviços de saúde; como visão, ser referência em auditoria, garantindo o reconhecimento pela construção do SNA e sua contribuição para a universalização do acesso e qualidade da atenção à saúde do SUS (BRASIL, 1995).

Contudo, Felisberto (2006) contrapõe essa idéia ao afirmar que as tentativas de institucionalizar a avaliação e controle no sistema de saúde brasileiro, por meio da criação de departamentos em Secretarias do Ministério da Saúde ou em outras instâncias organizacionais, demonstram não lograrem êxito. Melo (2007) adiciona que a descentralização do SNA foi constituída como modo de possibilitar sua operacionalização e aproximá-lo das esferas gestoras do SUS. No entanto, essa descentralização resultou também em articulações pouco efetivas entre os componentes do SNA, inviabilizando um correto conhecimento acerca do seu funcionamento.

Faz-se necessário destacar que assim como o controle, o monitoramento e a avaliação são instituídos nas três esferas do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SNA/SUS), aonde sua base legal determina que a estruturação e funcionamento geral do referido sistema deve ser implementado também nos níveis federal, estadual e municipal de gestão do SUS. Nesse contexto, faz-se saber que as auditorias realizadas e efetivadas em parceria com quem tem vivência do problema analisado remetem a valorização do saber local, além disso, permite que os resultados sejam utilizados pelos gestores estaduais e municipais (BRASIL, 1995).

Melo (2007) acrescenta que a organização e as competências dessas três esferas se fizeram dentro do arcabouço federativo que buscou institucionalizar o SUS como uma política nacional, através de uma proposta de articulação administrativa, fiscal, institucional e política, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Esse pacto estava delineado desde a Lei 8689 de 1993 (BRASIL, 1993), que já preconizava a descentralização do Sistema Nacional de Auditoria em órgãos de representação do Ministério da Saúde, em cada estado da Federação e no Distrito Federal, além daqueles pertencentes ao nível municipal.

Concordando com os preceitos de Castro (2004), onde relata sobre o avanço do processo de municipalização que desencadeou nos municípios de médio e grande porte, uma preocupação com a função de controle e avaliação, partindo da constatação da forte presença do setor privado e contratado na prestação da assistência à saúde e conseqüentemente do comprometimento da totalidade dos recursos financeiros envolvidos com este setor. Discorre-se sobre o novo papel de controlar e avaliar toda a rede de prestadores de serviços de saúde, visando

priorizar como principal desafio colocado aos gestores municipais, a busca por transformações, sem demonstrabilidade de experiências anteriores ou modelos a serem “copiados” e, principalmente, sem interromper a prestação de serviços assistenciais à saúde dos municípios.

Nesse contexto, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996), buscou sistematizar a estruturação e a descentralização dos componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS. Avançando, também na concepção de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na qualidade e em critérios epidemiológicos, de maneira a priorizar as necessidades da população e não apenas mensurar a quantidade das ações e serviços realizados. O mesmo ocorre na operacionalização do modelo de gestão do SUS, ao redefinir as responsabilidades da União, estados, Distrito Federal e municípios no SUS, estabelecendo as novas práticas de acompanhamento, controle e avaliação no SUS respectivamente em cada nível.

Assim, segundo Melo (2007) a prática de controle se daria a partir do SNA e se constituiria em ações de auditoria analítica e operacional de responsabilidade de cada esfera gestora do SUS. Para isso, definiu-se a estruturação de órgãos de controle, avaliação e auditoria nas três instâncias do SUS, com definição de recursos, metodologia adequada e integração operacional (MELO, 2007).

Essa normativa também propôs duas novas formas de gestão municipal. Dentre suas premissas, estabeleceu a necessidade de organização de serviços municipais de controle, avaliação e auditoria. Além disso, as atribuições e responsabilidades dos gestores municipais, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, baseadas no Pacto pela Saúde 2006 e na Portaria nº 3.027/2007 consistem em coordenar a implantação do Componente Municipal de Auditoria do SUS, implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, privados e públicos, sob sua gestão. Possui referência nas ações instituídas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de avaliação, controle e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão (BRASIL, 2014).

Destaca-se que a descentralização consiste na redistribuição de responsabilidades e decisões relativas às ações e serviços de saúde entre os entes



federados. O comando único (ou direção única) em cada nível de governo não deve, todavia, prescindir da ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo.

Por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), se reatualizou o tema da regionalização na agenda dos gestores do SUS e resgatou o papel dos estados na condução desse processo (LIMA; VIANA, 2011). A NOB/96 e a NOAS/SUS 01/2001 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001), inseriram a auditoria no exercício da descentralização, além de elencar as exigências para os municípios se habilitarem na Gestão Plena do Sistema Municipal e disporem do Comando Único, tendo entre seus requisitos a necessidade de comprovação da organização e funcionamento do Componente Municipal de Auditoria como parte integrante do SNA.

Para melhor entendimento desse contexto, é importante pontuar que através da NOAS/SUS 01/2001 (BRASIL, 2001) se estabeleceu, além do processo de descentralização, as responsabilidades, condições e prerrogativas dos gestores estaduais e municipais. A partir da publicação da norma os municípios puderam se habilitar em duas condições: Gestão da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Por meio da “gestão plena”, o município passa a ter autonomia e comando único da saúde, além de poder estruturar melhor a gestão, com a revisão dos processos de trabalho nas áreas de controle, regulação e avaliação dos serviços, o que fortalecerá o diagnóstico e assistência à saúde para o município e região (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva essa normativa emergiu também para estimular a criação de um controle mais próximo e contextualizado ao nível local; a NOAS 01/2001 (BRASIL, 2001) condiciona que somente será habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, o município que, entre outras responsabilidades, tenha estruturado o componente municipal de auditoria. Esse componente assumirá o desenvolvimento das “atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS” (p.59).

Nessa proposta, a descentralização do SNA é concretizada por meio dos seus componentes, ou seja, órgãos estaduais e municipais de representação do Ministério da Saúde, em cada estado da federação e no Distrito Federal, estando

sob a supervisão da direção nacional do SUS. Compete, portanto, aos Gestores Municipais, com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde, coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS, buscando auditar a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão. Toma-se como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

Vale destacar que o estado da Bahia é pioneiro no cenário nacional no processo de descentralização do SNA, com a criação do cargo de Auditor em Saúde Pública em 1998, conforme já relatado anteriormente. Um ano depois foi realizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia o primeiro concurso no Brasil para provimento desses cargos no âmbito Auditoria SUS/BA, como integrante do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e órgão participante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

Embora o estado da Bahia conte com um quadro efetivo e qualificado, integrando o Componente Estadual, essa é ainda uma realidade distinta no âmbito municipal, aonde foi levantado que dos 123 (cento e vinte e três) municípios habilitados no Comando Único, apenas 23 informaram à Auditoria SUS/BA (2019) possuir nas suas Secretarias Municipais de Saúde o Componente Municipal de Auditoria implantado e destes uma parcela ainda menor dispõe de um corpo técnico mais qualificado, concursado e conseqüentemente mais independente.

O cenário descrito corrobora o estudo de Elias, Leite e Silva (2017), o qual afirma que nas instâncias estaduais e municipais, a situação se mostra bastante heterogênea, variando entre recursos humanos pertencentes ao quadro efetivo da instância local e alguns poucos profissionais de carreira própria para auditoria, sendo outros tantos com contratos temporários e terceirizados.

Essa circunstância, por sua vez, exacerba as dificuldades básicas relativas aos recursos humanos sem estabilidade e sem carreira; situação que prejudica a autonomia necessária à realização das atividades na área, uma vez que o auditor em Saúde Pública deveria ser um certificador de qualidade da prestação de serviços no SUS, primando pela transparência e qualidade da gestão pública na defesa da vida e do fortalecimento da cidadania.

Para Elias, Leite e Silva (2017), é indispensável, a garantia da inovação e atualização técnica e científica da equipe de auditoria em todos os seus níveis de

atuação (federal, estadual e municipal); além do estímulo a conciliação desses serviços com o cidadão, com os profissionais de saúde, conselheiros de saúde e com os órgãos da rede de controle da gestão pública, ações imprescindíveis na busca da excelência e transparência na prestação de serviços de saúde em resposta às necessidades da população.

A auditoria como instrumento de controle é imprescindível para a transparência do serviço público, por conseguinte, o componente municipal do SNA estruturado traz inúmeros benefícios à gestão, apontando as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde; subsidia o planejamento e a adequação das políticas e das ações de saúde, apoia a gestão por meio da análise da legalidade dos processos e da avaliação dos resultados das ações dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, contribui para o acesso oportuno e a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos, refletindo diretamente no controle do desperdício dos recursos públicos, conferindo transparência e credibilidade da gestão e fortalecendo, conseqüentemente, o controle social e institucional.

Em contrapartida, a vulnerabilidade do Componente Municipal de Auditoria como parte integrante do SNA traz impactos desafiadores, fragilizando um espaço de controle importante para assegurar o cumprimento dos princípios do SUS (CASTRO, 2004; ELIAS; LEITE; SILVA, 2017).

Considerando a última esfera de gestão, o município deve ter suas próprias normas de controle interno, e a esses regulamentos devem somar-se aqueles que fazem referência ao sistema de Auditoria do SUS, ou seja, devem criar o seu Componente Municipal de Auditoria (CMA) do SUS, em conformidade com as normas referentes ao Componente Nacional e ao Estadual (SANTOS, 1996).

Segundo Weber e Bordin (2005) a auditoria possui os instrumentos indispensáveis à fiscalização técnica do SUS. Tem um caráter propositivo no intuito de impulsionar os sistemas municipais de saúde a, efetivamente, cumprirem com as políticas públicas, que foram construídas junto aos seus respectivos Conselhos e Conferências de Saúde de Saúde, de modo a atender às necessidades da população e estejam em consonância com os demais ditames legais do sistema e com as outras diretrizes definidas pelos gestores Estaduais e Federal.

Tais considerações reforçam a premissa de que a institucionalização dos componentes de auditoria nas três esferas de governo, principalmente na esfera

municipal do SNA, possui finalidades vinculadas ao estabelecimento do controle e ao desafio de consolidação do SUS, bem como evidencia a necessidade proeminente da discussão e da operacionalização dos processos de implantação das atividades de auditoria, principalmente no âmbito municipal (CARVALHO *et al.*, 2012).

### 3 METODOLOGIA

É sabido que no universo dos vários tipos de pesquisa descritos na literatura dedicada à metodologia, essas podem ser classificadas quanto aos fins e quanto aos meios. Fazendo-se uso das taxionomias e critérios propostos por Vergara (2016), o presente estudo foi classificado como exploratório e descritivo no tocante aos fins. Já no que tange aos meios, um estudo bibliográfico, documental e de campo. No que se refere à abordagem, fez-se aqui um estudo eminentemente qualitativo.

Uma investigação é do tipo exploratória quando se constata que sobre o tema pesquisado há pouco conhecimento acumulado e sistematizado (VERGARA, 2016), situação típica do presente estudo, pois não se tem conhecimento acumulado e sistematizado a respeito do controle da gestão do SUS, no âmbito dos municípios situados na Região de Saúde de Salvador - Bahia.

Uma investigação é descritiva quando se objetiva a exposição de características de determinada população ou determinado fenômeno (VERGARA, 2016). Nesta pesquisa, o fenômeno que se pretendeu expor características é o da Gestão do Sistema Único de Saúde, no intuito de contribuir com a melhoria do seu controle no âmbito municipal.

Sobre ser uma pesquisa bibliográfica, informa-se que foram efetuadas buscas em materiais publicados em livros, artigos, dissertações e teses (VERGARA, 2016) para fundamentar os conceitos-chave aqui adotados: Auditoria do SUS, controle e componente municipal de auditoria. Seguiu-se a orientação de Fachin (2006), para quem a pesquisa bibliográfica é realizada por meio da seleção, leitura, organização dos fatos, ideias e conhecimentos de documentos e obras de referência (FACHIN, 2006).

Uma pesquisa é do tipo documental, ainda segundo Vergara (2016), quando se busca informações em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados, ou até com pessoas. Essa investigação, portanto, é documental porque se efetuou análise de leis, decretos, portarias, manuais, relatórios de gestão e outros registros referentes ao SNA em suas três esferas de gestão. Houve, ainda, a análise de relatórios emitidos pela Auditoria SUS/BA, contidos no SISAUD/SUS - Sistema de Auditoria do SUS, sobre auditorias realizadas no período de janeiro de 2015 a

outubro de 2020 pelo Componente Estadual de Auditoria SUS/BA, nos municípios que compõem a Região de Saúde de Salvador habilitados no Comando Único.

Considera-se como pesquisa de campo quando a investigação empírica é realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Nessa investigação, o campo escolhido foram os municípios com Comando Único que integram a Região de Saúde de Salvador.

Deve-se informar que, com referência à coleta de dados no campo, essa foi desenvolvida mediante a utilização dos seguintes meios: a) aplicação do Instrumento de Avaliação validado por Castro (2004) para identificar o grau de implantação do Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS dos Municípios da RSSBA que implantaram o CMA/SUS, bem como os fatores dificultadores para implantação dos seus componentes e; b) entrevistas semiestruturadas aplicadas junto aos Secretários de Saúde dos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema/ Comando Único que ainda não implantaram o CMA/SUS e também a auditores integrantes do Componente Estadual (Auditoria SUS/BA), visando obter desses últimos suas percepções sobre o controle da gestão do SUS nos municípios por eles já auditados.

Foram aplicados, com adaptação para o meio eletrônico, os instrumentos avaliativos validados por Castro (2004), sendo um questionário específico para os gestores das Secretarias Municipais de Saúde (ANEXO A) e outro específico para Coordenadores/Auditores do Componente Municipal de Auditoria (ANEXO B). Os *links* dos questionários eletrônicos *on-line* (instrumentos avaliativos), desenvolvidos na plataforma Formulário Google, foram enviados por e-mail aos gestores e auditores, além de tratativa com os nove gestores dos municípios, objeto do estudo, através de contato telefônico. Desses municípios contactados apenas dois não deram retorno com os questionários respondidos.

A análise de viabilidade ocorreu por meio do Quadro de Análise de Viabilidade, uma ferramenta mensuração (ANEXO C) desenvolvida por técnicos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. O Quadro possui eixos classificados em quatro dimensões: política (vontade política/apoio político); administrativa (recursos administrativos/burocráticos); técnica (recursos técnicos/operacionais); e financeira (recursos financeiros/ orçamentários). E em cada dimensão foi analisada através dos

seguintes pontos: 1. Oportunidades/Ameaças, no eixo de fatores externos; 2. Facilidades/Fragilidades, no eixo de fatores internos (CASTRO, 2004).

A matriz da imagem-objetivo do componente municipal do SNA (ANEXO D) foi utilizada para avaliar a estrutura e funcionamento do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e conseqüentemente, o grau de implantação. Trata-se de um instrumento composto por dois níveis (Político-Gerencial e Técnico-Operacional) contendo, juntos, 13 dimensões e 51 critérios. A avaliação desses itens permitiu a geração de uma graduação que indicou o grau de implantação do sistema de auditoria municipal.

Os dados obtidos foram analisados conforme as faixas de pontuação estabelecidas por Castro (2004, p. 30-31), a qual estipula que “o grau de implantação será 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”. A partir do escore (%) obtido, o grau de implantação do componente de auditoria do município será classificado como: Incipiente (>0 ou = 0 e < ou = 33,3%); Intermediário (>33,3% e < ou = 66,6%); Avançado (> 66,6) (CASTRO, 2004).

Os roteiros das entrevistas destinados aos Secretários Municipais de Saúde (Apêndice B) e aos e auditores do Componente Estadual de Auditoria do SUS – Auditoria SUS/BA (Apêndice C) foram agrupados em categorias temáticas, elaborados com base na fundamentação teórica. O primeiro grupo derivou-se em dez questões enunciadas aos gestores entrevistados às quais foram agrupadas em quatro blocos abrangendo as categorias analíticas usadas: I) Quanto aos conhecimentos gerais da fundamentação legal do CMA; II Quanto ao planejamento e funcionamento do CMA no município; III) Quanto às atividades de Cooperação Técnica; IV) Quanto às atividades de controle exercido nos municípios.

Para o segundo grupo, o roteiro derivou-se também em dez questões enunciadas aos auditores entrevistados às quais foram agrupadas em três blocos, compreendendo as categorias analíticas usadas: I) Quanto aos conhecimentos da implantação do CMA nos municípios; II) Quanto à identificação dos mecanismos de controle exercido nos municípios; III) Quanto às atividades de Cooperação Técnica.

Após a devolução dos questionários aplicados foi possível identificar quatro municípios da região estudada que não possuem o Componente Municipal de

Auditoria - CMA implantado e/ou funcionando, os gestores dessas Secretarias Municipais de Saúde foram abordados através de entrevista.

Ressalta-se que o objetivo desta entrevista foi levantar informações acerca dos desafios e motivos pelos quais o município não dispõe do CMA implantado, quais as perspectivas da implantação do CMA ser concretizada, como a Auditoria SUS/BA pode apoiar esse processo de implantação visando o fortalecimento do controle, bem como averiguar a pertinência da pesquisa, a partir do ponto de vista daqueles que atuam diretamente com a temática estudada.

Por fim, foram entrevistados dez auditores integrantes do Componente Estadual de Auditoria do SNA do estado da Bahia - Auditoria SUS/BA enquanto auditoria externa, dois deles estavam no momento da entrevista ocupando cargos de coordenação e os outros oito trabalhando a nível operacional realizando auditorias nos municípios. Esses auditores foram escolhidos aleatoriamente, divididos em sete auditores assistenciais, compreendendo profissionais médicos, enfermeiros, bioquímicos e dentistas e três auditores financeiros, administradores e contador.

Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, via chamada de vídeo por aplicativo com registro e anotações. Esperou-se com isso levantar as informações necessárias para uma análise do tema a fim de atingir o objetivo proposto.

A técnica de análise das informações coletadas por meio das entrevistas foi a análise de conteúdo, categorial temática, conforme proposto por Bardin (2016), detalhada no Quadro 04, que retrata o resumo do caminho metodológico percorrido.



Quadro 04 – Percurso metodológico

Objetivos Estratégicos	Conceitos	Autores	Fonte de coleta	Instrumento de coleta	Técnica de análise
Identificar os municípios que compõem a Região de Saúde de Salvador-RSSBA habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde/ Comando Único.	Regionalização Descentralização	Viana, Lima e Oliveira (2002); Weber e Bordin (2005); Machado (2002); Castro (2004); Lima e Viana (2011);	PDR/Bahia  Resoluções CIB/BA com homologação do Comando Único dos municípios da RSSBA	Pesquisa documental	Análise documental.
Aplicar o Instrumento de Avaliação validado por Castro (2004) para identificar o grau de implantação do Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS dos Municípios da RSSBA que implantaram o CMA/SUS, bem como os fatores dificultadores para implantação dos seus componentes.	Auditoria do SUS; Sistema Nacional de Auditoria –SNA; Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS	Castro (2004); Melo (2007); Andrade(2013); Souza (2015); Elias,Leite e Silva (2017); Souza (2018)	Instrumento avaliativo	Questionário baseado no Instrumento avaliativo validado	Análise de score por estratificação  Análise de conteúdo (categorial temática).
Conhecer, por meio de entrevista com os Secretários Municipais de Saúde, as justificativas dos Municípios plenos habilitados que sequer implantaram o CMA/SUS.	Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS; Controle	Castro (2004); Melo (2007); Chiavenato (2011); Andrade(2013); Brandão e Silva (2015); Souza (2015); Elias,Leite e Silva (2017); Souza (2018)	Entrevistas	Entrevistas	Análise de conteúdo (categorial temática).

(Conclusão)

Objetivos Estratégicos	Conceitos	Autores	Fonte de coleta	Instrumento de coleta	Técnica de análise
Caracterizar a percepção de auditores em saúde pública integrantes do componente estadual do SNA - Bahia (Auditoria SUS/BA) sobre o controle da gestão do SUS nos municípios por eles já auditados.	Sistema Nacional de Auditoria –SNA; Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS; Controle	Silva (2002); Milesk(2003); Melo (2007); Chiavenato (2011); Marçola(2011); Brandão e Silva (2015); Andrade(2013); Elias,Leite e Silva (2017)	Entrevistas	Entrevistas	Análise de conteúdo (categorial temática).

Fonte: Elaboração da autora (2021).

### 3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando os aspectos éticos que permeiam a pesquisa mediante a Resolução nº 466/2012, todos os (as) participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), e poderiam desistir a qualquer momento sem ônus. Os (as) participantes tiveram acesso ao TCLE esclarecendo todos os possíveis benefícios, riscos e procedimentos que foram realizados; antes de responderem a um dos questionários eletrônicos *on-line*, desenvolvido no aplicativo de administração de pesquisa Formulário Google (ANEXO A), precisaram concordar em participar da pesquisa.

Os nomes dos municípios e dos (as) participantes que responderam os questionários eletrônicos *on-line* e participaram de entrevista foram mantidos em sigilo. As informações armazenadas no arquivo do Formulário Google são privadas, desse modo, a pesquisadora principal, proprietária dos questionários eletrônicos *on-line*, deteve o controle do conteúdo das informações e decidiu como ele foi usado, o que reforça as medidas de proteção previstas para a preservação das informações e dos sujeitos da pesquisa no contexto virtual. Destaca-se, ainda, que este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e a pesquisa só foi iniciada após aprovação pelo CEP.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A avaliação e o controle intrínseco ao processo de auditoria em saúde constituem instrumentos fundamentais de monitoramento das políticas de saúde para a redefinição de objetivos, a realocação dos recursos e a readequação de suas ações. Deste modo, a perspectiva é que o conhecimento dos fatores facilitadores e dificultadores para implantação e a ciência do grau de implantação dos componentes municipais de auditoria implantados, bem como a participação da Auditoria SUS/BA como integrante do SNA a nível estadual nesse processo, forneçam elementos que fomentem a discussão quanto ao planejamento e a estruturação do componente municipal de auditoria como instrumento de controle do SUS, incentivem e auxiliem a implantação do componente em municípios que não o tenha feito.

Ressalta-se, assim, que essa dissertação vem propor ações que, à luz da abordagem sistêmica, subsidiem a SESAB contribuir para o fortalecimento da dimensão do controle institucional do Sistema Nacional de Auditoria no Estado da Bahia através do Componente Municipal de Auditoria.

A pesquisa ocorreu em nove dos dez municípios da Região de Saúde de Salvador, localizados na macrorregião Leste da Bahia: Candeias, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador, Santo Amaro, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Vera Cruz. Foram incluídos somente os municípios da Região de Saúde de Salvador, localizados na macrorregião Leste de Saúde da Bahia habilitados na Gestão Plena do Sistema de Saúde.

### 4.1 RESULTADOS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Buscando especificamente avaliar o processo efetivo da implantação e implementação do componente municipal de Auditoria do SUS como instrumento de controle do SNA, dos municípios da Região de Saúde de Salvador, habilitados no Comando Único, foram analisados, conforme citado anteriormente, os relatórios de auditorias realizadas pelo Componente Estadual de Auditoria SUS da Bahia

referentes a gestão destes municípios, emitidos no período de janeiro de 2015 a outubro de 2020, hospedados no Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS).

Dos municípios situados na Região de Saúde de Salvador (RSS), elencados para compor o objeto do estudo e listados no quadro abaixo, todos estão devidamente habilitados no Comando Único através de Resolução CIB/BA conforme descrito.

Quadro 05 – Habilitação legal dos municípios com comando único

MUNICÍPIO	RESOLUÇÃO CIB/BA - HABILITAÇÃO
CANDEIAS	100/2009
ITAPARICA	137/2018
LAURO DE FREITAS	196/2010
MADRE DE DEUS*	107/2004 NOAS e 168/2007
SALVADOR*	018/2006 NOAS e 120/2007
SANTO AMARO	181/2015
SÃO FRANCISCO DO CONDE	066/2016
SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	154/2008
VERA CRUZ	134/2007

Fonte: Observatório baiano 30/10/2020.

\*Municípios Habilitados Previamente na Gestão Plena do Sistema de Saúde

Ao analisar os dados retratados no quadro acima (Quadro 5), notou-se que mais da metade dos municípios estudados foram habilitados há mais de dez anos na Gestão Plena do Sistema de Saúde com Comando Único. Destaca-se que esta habilitação legal confere aos municípios com Comando Único a responsabilidade sanitária de oferta e garantia de acesso para sua população às ações e serviços de saúde de forma integral, em todos os níveis de complexidade.

Paralelamente, esses municípios assumem também a responsabilidade de gerir totalmente os seus recursos, bem como acolhem a obrigação de realizar ações de controle e fiscalização visando o bom uso e evitando o desperdício dos recursos públicos, para tal precisam estar dotados de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função.

Quadro 06 – Auditorias realizadas nos municípios da região de saúde de Salvador de 2015 a 10/2020 - auditoria SUS/BA

MUNICÍPIO	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	TOTAL
CANDEIAS	02	02	04	01	01	01	11
ITAPARICA	05	01	01	-	-	-	07
LAURO DE FREITAS	12	08	04	02	04	01	31
MADRE DE DEUS	-	03	01	-	-	-	04
SALVADOR*	02	-	03	01	-	01	07
SANTO AMARO	--	01	01	-	01	-	03
SÃO FRANCISCO DO CONDE	-	-	01	-	-	-	01
SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	01	01	-	-	-	-	02
VERA CRUZ	-	-	-	01	-	-	01
TOTAL	22	16	15	05	06	03	67

Fonte: SISAUD 31/10/2020

\*Refere-se às auditorias realizadas apenas na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

Após levantamento no SISAUD/SUS - Sistema de Auditoria do SUS das auditorias realizadas no período de janeiro de 2015 a outubro de 2020 pelo Componente Estadual de Auditoria SUS/BA, nos municípios que compõem a Região de Saúde de Salvador habilitados no Comando Único, objetos do presente estudo conforme demonstrado no quadro acima (Quadro 6), foram contabilizados e analisados um total dos 67 Relatórios de Auditorias realizadas nas respectivas Secretarias Municipais de Saúde, no intervalo temporal supracitado, incluindo auditorias de serviços e auditorias de gestão. Após a análise dos referidos relatórios, não foi verificado nenhum tipo de informação acerca da implantação e do funcionamento do Componente Municipal de Auditoria nestes municípios.

Ressalta-se que no período estudado foram identificadas 479 Auditorias realizadas pela Auditoria SUS/BA em Salvador gerando 479 relatórios, incluindo

nesse total Auditorias de Serviços da Rede Própria do Estado (fora do escopo do estudo) que estão localizadas neste município. Entretanto, dessas auditorias apenas sete foram realizadas especificamente na Secretaria Municipal de Salvador, aonde também não foram encontradas constatações ou informações referentes ao Componente Municipal.

Percebe-se um quantitativo reduzido de Auditorias realizadas na Secretaria Municipal de Salvador, se comparado proporcionalmente a outros municípios da região, possivelmente seja um reflexo da consolidação do Componente Municipal de Auditoria de Salvador como um órgão de controle a nível local fortalecido, bem estabelecido e funcionando efetivamente de forma regular.

Adiante, foram analisadas também 18 atas das reuniões realizadas na CIR/Salvador, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020, disponibilizadas na página do Observatório Baiano de Regionalização, sendo contabilizadas 12 reuniões no ano de 2019 e seis no ano de 2020. Destaca-se que em nenhuma dessas atas foram identificadas questões referentes à auditorias realizadas na região, nem sobre a implantação e funcionamento do CMA/SUS nos municípios que compõem a Região de Saúde de Salvador.

Os dados descritos retratam uma lacuna na dimensão do controle exercido pela Auditoria SUS/BA, enquanto componente estadual do SNA. Embora esse componente funcione como instrumento de controle externo desses municípios, não foi verificado em seus relatórios, no período analisado, constatação sobre o funcionamento do CMA, mesmo sendo uma prerrogativa legal, uma vez que os referidos municípios são habilitados na Gestão Plena do Sistema e possuem Comando Único.

#### 4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Foi aplicado, para a coleta de dados, questionário estruturado utilizando a ferramenta *google forms* em sete municípios que compõem a Região de Saúde de Salvador - RSSBA. Os formulários foram preenchidos pelos gestores municipais e seus respectivos técnicos auditores. As questões respondidas se dividiram em dois níveis de abrangência: político-gerencial e técnico-operacional, subdivididos em dimensões, consoante ao instrumento desenvolvido por CASTRO (2004).

Dentro do Nível 1, Político-gerencial tomamos como dimensões: base legal do componente municipal; objetivos do componente municipal; competências do componente municipal de auditoria; auditoria no organograma da SMS; relação entre a auditoria e outros setores da gestão municipal; relação entre a auditoria municipal e outros componentes do sistema nacional de auditoria; reconhecimento do papel da auditoria na gestão municipal; planejamento e avaliação; adequação do quadro técnico às necessidades do componente municipal de auditoria e disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos.

No Nível 2, Técnico-operacional as dimensões trabalhadas foram: insumos; atividades e produtos. Cada dimensão perfaz um total de 100 pontos e para a graduação das respostas foram utilizados os termos avançado, intermediário e incipiente, de acordo aos critérios de avaliação.

Ao avaliarmos os questionários respondidos pelos gestores e pelos técnicos da auditoria constata-se que, de forma geral, não houve uniformidade e convergência nas respostas do mesmo município, já que a percepção sobre cada dimensão foi por vezes antagônica, dificultando a graduação dos resultados.

Para apreciação do grau de implantação foi utilizado o intervalo de estratificação, conforme escore abaixo:

- Incipiente – 0 a 33,3%;
- Intermediário – 33,4 a 66,6%;
- Avançado – 66,7 a 100%.

O município 1 possui 46,6% das dimensões avaliadas no grau de implantação avançado. Foi evidenciado que não há Lei de criação do cargo de auditor e nem decretos de nomeação dos mesmos, os auditores são nomeados e a equipe não é multiprofissional. O cargo está previsto no organograma e o gestor tem ciência das competências do componente municipal de auditoria. Os resultados apontam que os diversos setores não utilizam as recomendações propostas e os auditores não se sentem participantes do processo de gestão da secretaria.

Quadro 07 – Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 1

M1	AVANÇADO	INTERMEDIÁRIO	INCIPIENTE
NÍVEL 1 - PG	3	4	3
NÍVEL 2 - TO	4	1	0

TOTAL	7	5	3
-------	---	---	---

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Ao avaliarmos o município 2, verificamos que apesar do resultado incipiente na escala de estratificação prevalecer as demais dimensões, o CMA se encontra no grau de implantação intermediário. O município não possui base legal do componente municipal implantado, porém possui organograma e a auditoria está ligada diretamente ao gestor. O gestor informa que não existe componente implantado e o técnico auditor avalia como adequado o quadro técnico, o planejamento das atividades, a disponibilidade de recursos físicos, os insumos, as atividades e produtos.

Quadro 08 – Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2 / Município2

M2	AVANÇADO	INTERMEDIÁRIO	INCIPIENTE
NÍVEL 1 – PG	2	1	7
NÍVEL 2 – TO	3	2	0
TOTAL	5	3	7

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Diante das respostas do município 3, verifica-se que apenas os insumos como: a utilização dos sistemas de informação nacionais, manuais, leis, roteiros e os instrumentos de planejamento estão disponíveis. Ademais, 93,33% das dimensões estão enquadrados no nível incipiente.

Quadro 09 – Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município3

M3	AVANÇADO	INTERMEDIÁRIO	INCIPIENTE
NÍVEL 1 – PG	0	0	10
NÍVEL 2 – TO	1	0	4
TOTAL	1	0	14

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Sobre a avaliação do questionário respondido pelo município 4, a autora identifica que embora o CMA esteja contemplado no organograma, não possui ato legal de criação do componente e nem ainda técnico de auditoria nomeado. No organograma a auditoria está ligada ao gestor e a contratação dos profissionais é através de avaliação curricular. As demais dimensões não foram pontuadas, configurando a implantação do CMA incipiente.



Quadro 10 – Graduação das dimensões dos Níveis 1 e 2/ Município 4

M4	AVANÇADO	INTERMEDIÁRIO	INCIPIENTE
NÍVEL 1 – PG	0	2	8
NÍVEL 2 – TO	0	0	5
TOTAL	0	2	13

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Após análise dos dados obtidos nos questionários respondidos pelo município 5, percebe-se que a implantação do CMA é incipiente. Não possui ato legal de criação, objetivos definidos no âmbito da secretaria municipal de saúde e nem regimento interno com as competências da auditoria. Pelo organograma o CMA constitui-se em setor independente. Não há fluxo de informações de rotina entre a auditoria e os setores correlatos ou participação da mesma em reuniões estratégicas. No momento, o setor conta apenas com o diretor de auditoria contratado via nomeação.

Quadro 11 – Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 5

M5	AVANÇADO	INTERMEDIÁRIO	INCIPIENTE
NÍVEL 1 - PG	1	0	9
NÍVEL 2 - TO	0	0	5
TOTAL	1	0	14

Fonte: Elaboração da autora (2021).

O município 6 é um dos poucos avaliados que apresenta nível avançado de implantação do Componente Municipal de Auditoria (CMA). Possui Lei de criação do CMA com objetivos e diretrizes compatíveis com aqueles definidos pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA). No organograma a auditoria consta como setor independente e está ligada diretamente ao gestor da saúde. A equipe do CMA participa ativamente das reuniões estratégicas, tendo seu papel reconhecido na estrutura da secretaria de saúde. Os auditores possuem vínculo efetivo e o diretor do setor possui cargo comissionado, utilizam informações dos sistemas de informações nacionais, manuais, roteiros, leis e normas preconizadas pelo SNA e Ministério da Saúde. Os processos de trabalho são bem delineados, a equipe realiza auditorias operativas, precedidas de auditorias analíticas, o produto é materializado em relatórios específicos, com encaminhamento regular para os órgãos auditados com conclusões e recomendações.

Quadro 12 – Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 6

M6	AVANÇADO	INTERMEDIÁRIO	INCIPIENTE
NÍVEL 1 - PG	7	2	1
NÍVEL 2 - TO	4	1	0
TOTAL	11	3	1

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Dos municípios analisados, o sétimo é o que possui o nível de implantação do CMA mais avançado, diretamente proporcional a sua população. Não obteve nota incipiente em nenhuma das dimensões e intermediária apenas no tempo de apuração das denúncias.

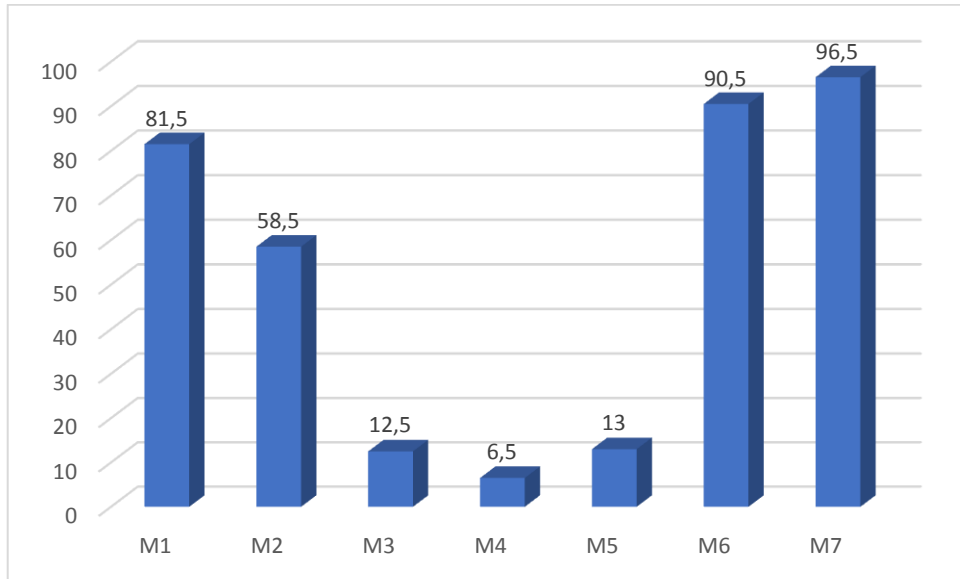
Quadro 13 – Graduação das dimensões dos níveis 1 e 2/ Município 7

M7	AVANÇADO	INTERMEDIÁRIO	INCIPIENTE
NÍVEL 1 – PG	10	0	0
NÍVEL 2 – TO	4	1	0
TOTAL	14	1	0

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Sobre o percentual de implantação do CMA pelos critérios de avaliação o município sete alcançou o índice de 96,5%. Destaca-se que o menor percentual de implantação se deu no município M4 (6,5%).

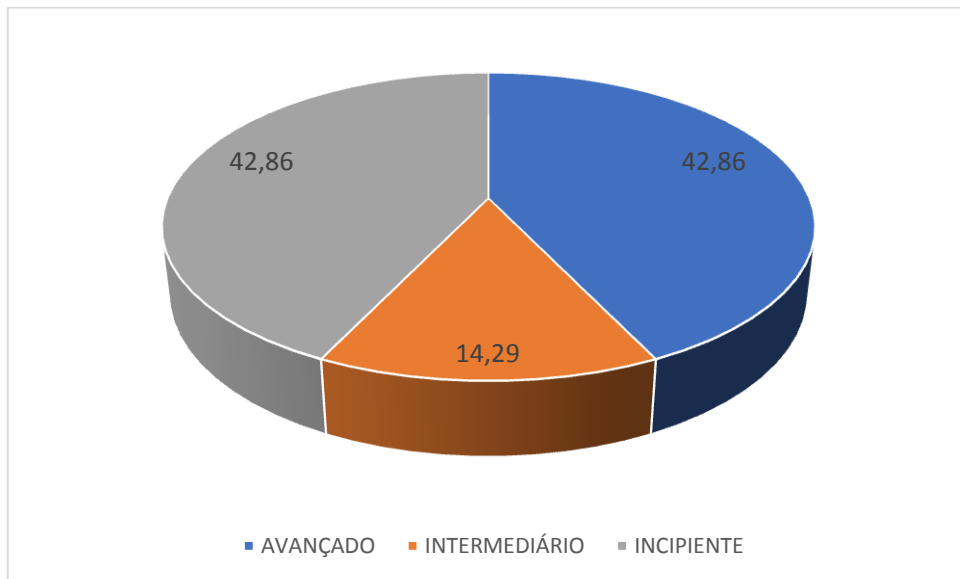
Gráfico 01 – Percentual de Implantação do CMA



Fonte: Elaboração da autora (2021).

Ao avaliarmos os dados dos municípios que responderam ao questionário observa-se que os resultados são polarizados: metade encontra-se no nível avançado e metade no nível incipiente de implantação do CMA.

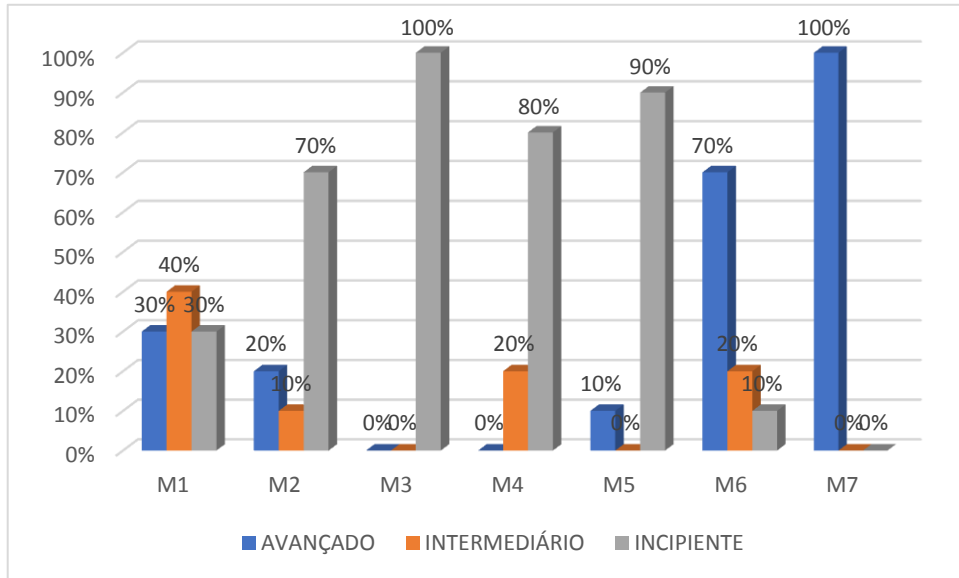
Gráfico 02 – Grau de Implantação do CMA



Fonte: Elaboração da autora (2021).

Referente ao nível 1 (Político-gerencial), o município M7 é o que possui maior nível de implantação do CMA. Os municípios M2, M3, M4 e M5 foram os que apresentaram maior nível de incipiência.

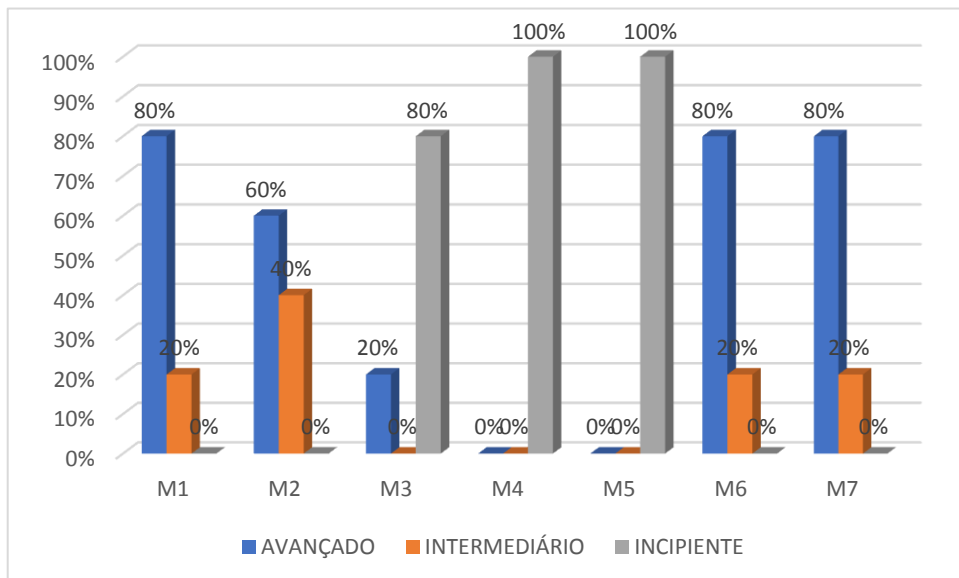
Gráfico 03 – Grau de Implantação do Nível1



Fonte: Elaboração da autora (2021).

Referente ao nível 2 (técnico-operacional), os municípios M3, M4 e M5 são os que possuem níveis mais elevados de incipiência. E os municípios M1, M6 e M7 evidenciam através dos seus resultados, um maior nível de avanço na implantação do CMA.

Gráfico 04 – Grau de Implantação do Nível2



Fonte: Elaboração da autora (2021).

Diante dos primeiros dados obtidos, após análise dos questionários respondidos, fica evidente que o processo de implantação e funcionamento dos componentes municipais de auditoria na Região de Saúde de Salvador encontra-se ainda fragilizado. Os fatores dificultadores sobrepõem aos facilitadores, convergindo com os resultados encontrados em estudos anteriores, desenvolvidos em outras regiões (Castro, 2004; Melo, 2007; Souza, 2015; Souza, 2018) e com os pressupostos postulados pela autora. Essa repetição de parâmetro denota a necessidade premente de fortalecimento desse processo e do componente de auditoria no âmbito municipal, parte integrante do SNA, como mecanismo de controle institucional do SUS.

#### 4.3 RESULTADOS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Após análise dos questionários aplicados aos Secretários Municipais de Saúde da RSS/BA, partiu-se para realização de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) dos quatro gestores das secretarias dos municípios que não dispõem do CMA implantado. Todos os entrevistados ocupam o cargo no município há menos de um ano, entretanto 50% deles afirmou ter exercido essa atribuição em outros municípios nos anos anteriores, um deles relata experiência no cargo há mais de dez anos.

Adiante, prossegue-se com a análise das entrevistas realizadas com os Secretários Municipais de Saúde que não dispõem do CMA implantado e em seguida os Auditores do Componente Estadual do SNA Auditoria SUS/BA.

Uma informação relevante é que 100% dos entrevistados (gestores municipais de saúde) afirmaram ter ciência da obrigatoriedade legal do Componente Municipal de Auditoria - CMA funcionando nos municípios com Comando Único. Ao serem questionados os motivos pelos quais o CMA ainda não havia sido implantado nas suas secretarias, 75% dos entrevistados pontuaram inexistência da base legal com a ausência do cargo de auditor no organograma das secretarias e 50% referiram a pandemia do Covid-19 como empecilho de estruturar a Secretaria Municipal de Saúde para atender a essa demanda; transcrevemos alguns trechos que ilustram os achados:

*“[...] devido a pandemia do Covid-19 não foi possível estruturar o organograma da Secretaria municipal de saúde até o momento.” E.G2*

*“[...] devido a pandemia do Covid-19 não foi possível estruturar a Secretaria municipal de saúde para atender a essa demanda.” E.G4*

Já o entrevistado EG1 relata:

*“[...] o motivo principal foi a inexistência do cargo de auditor no organograma, inexistência da base legal para contratação.” E.G1*

Na dimensão do planejamento, dos gestores entrevistados 75% planejam a implantação do CMA nas suas secretarias, num intervalo de aproximadamente seis meses, inclusive com registro no Plano Municipal de Saúde, referente ao exercício do quadriênio 2022-2025, que está em fase de construção. Apenas um gestor entrevistado referiu não ter perspectiva de implantação do serviço de auditoria, embora essa ação já esteja contemplada no Plano Municipal de Saúde vigente (exercício do quadriênio 2018-2021) e o gestor tenha ciência da obrigatoriedade do componente no seu município, conforme retratado no trecho descrito abaixo:

*“Foi comentado a intenção de implantar o CMA mas enquanto perdurar a pandemia não vejo a necessidade ... a implantação está prevista no PMS vigente e deve entrar no próximo 2022-2025” E.G4*

Tal afirmação é antagônica aos achados de Weber e Bordin (2005) que trazem como competência da Auditoria do SUS controlar o sistema público de saúde, ou seja, é a instância responsável ao fiel e regular cumprimento dos preceitos constitucionais, através da proba aplicação dos recursos públicos destinados a este fim, na forma da lei e no interesse público. Desse modo a ausência do CMA implantado impacta negativamente no mecanismo de controle dos recursos de toda natureza, utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ao serem inqueridos acerca das dificuldades encontradas pelo município para implantar e fazer funcionar o CMA, 75% dos gestores trouxeram em suas falas como maior obstáculo para esse intento, a contratação do profissional auditor

habilitado/capacitado e falta de financiamento para efetuar essa contratação. Essas informações corroboram os resultados de Souza (2015) que traz como um dos obstáculos para uma possível implantação do componente municipal de auditoria a falta de recursos humanos capacitados.

Ainda nesse contexto, Melo (2007) demarca no resultado de seus grupos focais a necessidade de uma formação específica do campo da auditoria, referindo-se à falta de cursos de formação e treinamentos principalmente no componente de auditoria no âmbito municipal. Por sua vez, Souza (2015) e Souza (2018) ainda trazem em seus resultados que o subfinanciamento na saúde é um elemento dificultador no processo de implantação do CMA.

Na dimensão da cooperação técnica 100% dos gestores municipais consultados citou a importância do apoio técnico da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia –SESAB, principalmente no sentido de ofertar treinamentos e capacitações aos municípios, a fim de qualificar a equipe responsável pelo serviço de auditoria, conforme evidenciado nos trechos abaixo:

*“[...] a SMS pode receber apoio da SESAB através de capacitação da equipe de auditoria a nível local.” E.G1*

*“[...] a SESAB pode qualificar os profissionais auditores municipais e do planejamento para implantação do CMA.” E.G2*

*“[...] seria interessante uma parceria, a SESAB poderia ajudar capacitando o município.” E.G3*

*“[...] seria muito importante um contato direto da SESAB com o município mostrando a importância do CMA e capacitando a equipe de auditoria municipal quando implantado.” E.G4*

Esses resultados corroboram mais uma vez os achados de Souza (2015), aonde cita em seu estudo que a cooperação técnica e a realização de trabalhos conjuntos entre os componentes distintos seja um desejo dos auditores entrevistados, bem como reforça a premissa legal de cooperação técnica entre os entes federados, contida na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Essa dimensão foi também abordada em entrevista aplicada aos Auditores integrantes do Componente Estadual de Auditoria (Auditoria SUS/BA), aonde se chegaram às mesmas conclusões aqui dispostas, que serão descritas

posteriormente. Embora todos os gestores entrevistados cite a importância da colaboração da SESAB aos municípios, só 50% deles referiram ter realizado tratativa com a Auditoria SUS/BA solicitando apoio técnico.

Referente à dimensão do Controle foi inquerido aos secretários municipais de saúde como o controle dos recursos e da rede assistencial do município é executado e 75% responderam que os controles são realizados por setores da prefeitura, principalmente pelo setor do Controle Interno; apenas um gestor mencionou que os controles são realizados especificamente pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Segue trechos que ilustram essas informações:

*“[...] os controles são feitos através dos instrumentos de planejamento preconizado pela legislação... e nos relatórios de prestação de contas. Essa análise é feita por equipe específica de planejamento e pela própria gestora municipal”. (EG2)*

*“[...] o controle acontece através de uma diretoria que acompanha os contratos, o setor de Controle Interno da prefeitura e a contabilidade do Fundo Municipal de Saúde”. (EG1)*

*“[...] pelo Controle Interno da prefeitura”. (EG3)*

*“[...] os recursos são controlados pelo controle da prefeitura e a rede assistencial pelos coordenadores”. (EG4)*

Mais uma vez, os achados convergem com os resultados encontrados nas entrevistas realizadas com os auditores do nível estadual que pontuaram fragilidade nos mecanismos de controle exercido pelas secretarias municipais de saúde, muitas vezes executados pelo Controle Interno da prefeitura.

Essas conclusões coadunam também com Andrade (2013), que em seu estudo traz a evidência de que o gestor da saúde não gerencia os recursos do SUS, inclusive tem seu poder decisório fragilizado, perdendo a sua competência na definição e utilização dos recursos da saúde e, possivelmente, deixando de constituir prioridade na utilização correta dos recursos financeiros federais transferidos fundo a fundo.

Conforme já citado, foram abordados também dez auditores integrantes do Componente Estadual de Auditoria do SNA do estado da Bahia - Auditoria SUS/BA, enquanto auditoria externa, por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C),



que foi aplicada de forma individual, via chamada de vídeo, por aplicativo com registro e anotações.

Esses auditores foram escolhidos aleatoriamente divididos em sete auditores assistenciais, compreendendo profissionais médicos, enfermeiros, bioquímicos e dentistas e três auditores financeiros divididos entre profissionais de administração de empresas e contabilidade. Todos eles ocupam o cargo há mais de 13 anos, sendo que alguns dos entrevistados já fazem parte do quadro da Auditoria SUS/BA há 22 anos.

Quanto à percepção da implantação do Componente Municipal de Auditoria – CMA nos municípios com Comando Único, 100% dos auditores entrevistados refere identificar a implantação e o funcionamento em poucos municípios, sendo mais comum em municípios de maior porte; mencionam também que nos municípios menores quando contam com o CMA implantado funcionam de forma incipiente. Essas informações foram registradas em algumas falas:

*“[...] em 99% dos municípios com Comando Único não tem CMA implantado exceto, nos municípios maiores que tem e funciona. Municípios com menos de 50.000 habitantes não tem CMA implantado, os que tem conta com no máximo 1 profissional que faz avaliação [...]”.* (E.A5)

*“[...] identifico o CMA em alguns municípios, nos maiores, nos menores é muito difícil. Nos menores vejo funcionando de forma incipiente, produção mínima ou praticamente inexistente [...]”.* (E.A1)

*“[...] identifico em poucos municípios mesmo com Comando Único, na maior parte dos municípios auditados o CMA atua de forma incipiente. Na verdade percebo que só há CMA em município de porte mais elevado, tipo aqueles da região metropolitana e sede de macro [...]”.* (E.A9)

Esses resultados coadunam com Andrade (2013, p. 49) que refere em seu estudo: “somente 64 municípios possuem componente do SNA implantado e atuando, o que representa 1,15% do total de 5.565 municípios levantados”. Souza (2016) também reforça essa informação ao confirmar a presença do Componente Municipal de Auditoria em apenas 5,97% do total de municípios estudados e ainda ressalta que o componente municipal encontra-se fragilizado e em implantação.

Ao questionar os entrevistados acerca dos mecanismos de controle nos municípios que não dispõem do CMA implantado, 70% citam identificar algum tipo de mecanismo de controle implantado nos municípios, entretanto todos os entrevistados

observam a sua execução de modo incipiente e/ou ineficiente, como evidenciado nos seguintes trechos:

*“[...] são frágeis ou nem existem. Não há protocolos, e cada profissional faz como acha que deve fazer”. (E.A6)*

*“[...] praticamente inexistem. Muitas vezes não se observam nem controles administrativos simples, como de estoques de materiais e medicamentos, muito menos de produção ou de pagamentos. Quando existem não é algo padronizado ou institucionalizado, partem de iniciativas individuais de alguns profissionais, e acabam, ou mudam, quando eles deixam de atuar”. (E.A10)*

*“[...] nos municípios que não tem CMA identifico ações de controle exercido pelo setor de Controle Interno que é obrigatoriamente instituído mas de forma geral muito incipiente”. (E.A3)*

As falas retratadas confirmam os postulados de Andrade (2013) aonde traz em seus estudos que ainda não foi possível instituir um sistema de controle que possa contribuir para o permanente aperfeiçoamento do SUS.

Sabe-se que no campo da saúde, o controle interno deverá atuar avaliando as metas previstas nos Instrumentos de Gestão e Planejamento (Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde), mediante os resultados evidenciados nos Relatórios Detalhados Quadrimestrais e Relatórios Anuais de Gestão. Cabe, também, ao Controle Interno avaliar a execução das ações para operacionalização das diretrizes definidas nas Políticas Nacionais de Saúde e a execução financeira e orçamentária dos recursos da saúde, transferidos e movimentados por meio dos Fundos de Saúde. Portanto, a falha na implantação e funcionamento do Controle Interno, conforme evidenciado nos resultados desse estudo, através dos trechos descritos, prejudica o alinhamento das ações de gestão pública com os interesses da população.

Embora os achados já citados sejam de extrema importância na prática regulatória, ainda não é praxe o registro nos relatórios de auditorias realizadas; 20% dos entrevistados não registram as informações sobre a ausência do CMA conforme relatado nas falas seguintes:

*“[...] essa informação não é registrada como deveria, nada específico a respeito, não tem constatação sobre isso.” (E.A2)*

*“[...] não costuma colocar nos relatórios a ausência do CMA, raramente se vê essa informação nos relatórios. Referente ao Controle Interno é mais comum estar no relatório, reiterando a incipiência da atuação.” (E.A3)*

Essa ausência foi verificada também pela autora durante a pesquisa documental, quando foram analisados 67 Relatórios de Auditorias realizadas nos municípios, objeto do estudo, e não foi verificada a presença, nem qualquer tipo de informação no corpo desses relatórios, acerca da implantação e do funcionamento do Componente Municipal de Auditoria nestes municípios, como já citado anteriormente.

Por fim, ao serem indagados quanto à viabilidade e de que maneira a Secretaria Estadual de Saúde do estado da Bahia –SESAB através da Auditoria SUS/BA poderia apoiar os municípios com Comando Único no processo de implantação e funcionamento do CMA, quase a totalidade dos entrevistados (90%) pontuou essa possibilidade e a importância desse apoio; apenas um entrevistado referiu não achar viável por não ser atribuição da SESAB.

Dos que acharam viável esse apoio, todos os entrevistados referiram que essa cooperação técnica pode acontecer, principalmente, no sentido do estado promover a formação e capacitação dos auditores municipais com acompanhamento posterior. Aludiram também a importância da orientação e um suporte técnico no período da implantação do CMA conforme algumas considerações retratadas:

*“[...] acho importante o apoio da SESAB através da realização de capacitação dos auditores municipais e atividades de cooperação técnica”. (E.A10)*

*“[...] a SESAB pode apoiar através da formação e capacitação dos auditores municipais através da Educação Permanente de forma regular e com frequência obrigatória”. (E.A8)*

*“[...] a SESAB através da Auditoria SUS/BA pode fornecer orientação e suporte para os municípios que implantassem o CMA”. (E.A4)*

*“[...] a SESAB pode auxiliar sim no processo de implantação do CMA através da capacitação dos profissionais do município, realizar ações demonstrando as vantagens de ter o CMA funcionando. Percebe-se muitas dúvidas dos municípios de onde partir para implantação, a SESAB poderia dispor de apoio técnico nesse sentido mais efetivo”. (E.A5)*

As falas retratadas acima são consubstanciadas com os preceitos constitucionais que permitem a cooperação técnica e apoio compartilhado entre os

entes federados, assim como o Decreto/Lei nº 7884/2000 que estabelece como uma das competências do Componente Estadual do SNA (Auditoria SUS/BA), a cooperação técnica aos municípios, apoiando e incentivando os gestores do SUS a incorporar a prática das atividades de auditoria, dessa forma favorecendo a consolidação do componente municipal do SNA.

Esses resultados também são replicados no estudo de Souza (2015), aonde a pesquisadora traz a relação entre a auditoria municipal e os outros componentes do SNA, em que se dá principalmente através da cooperação técnica, embora a realização de trabalhos conjuntos seja um desejo dos auditores entrevistados na referida pesquisa.

Vale destacar que as atividades de cooperação técnica entre os entes federados já foi contemplada no planejamento da Auditoria SUS/BA. Tal apoio aos municípios já foi iniciado através de um curso que foi construído em parceria com o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do estado da Bahia – COSEMS/BA, no intuito de formação de profissionais destacados para trabalhar nos serviços de auditoria dos municípios contemplados. O referido curso foi paralisado devido à pandemia que impossibilitou o seu prosseguimento.

Ao caminhar para o final desta dissertação, depreende-se que os resultados obtidos após a análise documental, dos questionários aplicados e das entrevistas realizadas evidenciam lacunas nos processos de implantação e funcionamento do CMA e na cooperação técnica entre a SESAB e os municípios, através de um apoio mais efetivo, conforme posto em declarações dos próprios gestores.

Tais achados corroboram os pressupostos da autora que levanta a ideia de fragilidade na implantação do CMA e da necessidade de apoio técnico mais efetivo, proveniente do Componente Estadual de Auditoria (Auditoria SUS/BA), como mecanismo de fortalecimento do SNA, enquanto instrumento de controle institucional e conseqüentemente contribuição para o processo de consolidação do SUS (CASTRO, 2004; WEBER; BORDIN, 2005; MELO, 2007; ANDRADE, 2013; SOUZA 2015; SOUZA,2016).

Por fim, propõem-se sugestões de melhoria nos processos de implantação e funcionamento do CMA, por meio de ações de cooperação técnica com a Auditoria SUS/BA, no intuito de que esses componentes se fortaleçam como efetivo instrumento de mecanismos de controle institucional, enquanto integrantes do

Sistema Nacional de Auditoria. Com base nesses resultados, pode-se concluir que os desafios a serem mitigados, ainda sobrepõem aos facilitadores que deverão ser fortalecidos para que a Auditoria do SUS exercida pelo SNA, através de seus componentes, se consolide como efetivo instrumento de controle do SUS.

Desse modo, propõem-se as seguintes sugestões por meio do plano de ação 5W1H. Esse plano tem como objetivo propor ações reparadoras e de melhoria dos aspectos limitadores, demonstrados nessa pesquisa através da ferramenta de qualidade 5W1H como base para a sua construção.

Revela Meter (2014) que *What* – Qual é o assunto? *Who* – Quem: Qual o departamento responsável? *Where* – Onde: Onde a ação será conduzida? *When* – Quando: Quando esta operação será conduzida? *Why* – Por que: Por que esta operação é necessária? Como: Como conduzir esta operação? Conforme Tillmann (2006) a adaptação dessa ferramenta traduzida para o português tem se referido como 3Q1POC (O Quê? Quando? Quem? Por quê? Onde? Como?). Neste plano o termo “What” será adaptado e utilizado para elencar propostas sugeridas pela autora que possam subsidiar a SESAB a contribuir no fortalecimento da dimensão do controle institucional do Sistema Nacional de Auditoria no Estado da Bahia.

Quadro 14 – Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 1

AÇÃO PROPOSTA - 1	Incluir nas Matrizes de Planejamento da Auditoria SUS/BA e Roteiros de Auditoria Operativa (referente às atividades de controle da gestão dos municípios com Comando Único), a possível constatação da ausência do CMA - Componente Municipal de Auditoria do SUS.
WHAT – O QUE	
WHY - POR QUE	Para fortalecer o controle do SNA nas suas dimensões através do registro da inconformidade da ausência do CMA nos relatórios de Auditoria da Auditoria SUS/Bahia
WHERE – ONDE	Auditoria SUS/Bahia
WHO – QUEM	Diretoria Técnica da Auditoria SUS/Bahia em parceria com a Coordenação de Educação Permanente da Auditoria SUS/Bahia
WHO – QUANDO	Até 01/2022.
HOW – COMO	Designar equipe de auditores para realizar revisão do Roteiro de Auditoria de Gestão com a inclusão do tópico Componente Municipal de Auditoria no referido roteiro e, conseqüentemente, inclusão da possível constatação da ausência do CMA na Matriz de Planejamento das auditorias realizadas nos municípios do estado da Bahia habilitados no Comando Único.

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Quadro 15 – Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 2

AÇÃO PROPOSTA - 2 WHAT – O QUE	Elaborar um vídeo institucional, instrutivo para orientação e apoio técnico no processo de implantação do CMA - Componente Municipal de Auditoria do SUS.
WHY - POR QUE	Para auxiliar os municípios do estado da Bahia habilitados no Comando Único que ainda não implantaram o CMA e tem dificuldade para efetivar o seu funcionamento e, conseqüentemente, fortalecer as ações de controle na gestão da saúde.
WHERE – ONDE	Auditoria SUS/Bahia e Municípios do estado da Bahia habilitados no Comando Único que ainda não implantaram o CMA.
WHO – QUEM	Pesquisadora com revisão da Coordenação de Educação Permanente da Auditoria SUS/Bahia e disponibilização pela Auditoria SUS/Bahia.
WHO – QUANDO	Até 01/2022.
HOW – COMO	Apresentar à Diretoria Geral da Auditoria SUS/Bahia proposta de vídeo institucional instrutivo elaborada pela pesquisadora para revisão da Coordenação de Educação Permanente e posterior distribuição para os municípios do estado da Bahia, habilitados no Comando Único que ainda não implantaram o CMA e tem dificuldade para efetivar o seu funcionamento.

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Quadro 16 – Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 3

AÇÃO PROPOSTA - 3 WHAT – O QUE	Sugerir à Auditoria SUS/BA (Componente Estadual do SNA) a criação de um Grupo de Apoio aos municípios do estado da Bahia para implantação do CMA/SUS, dentro da sua estrutura organizativa.
WHY - POR QUE	Para solidificar a cooperação técnica entre Componente Estadual do SNA (Auditoria SUS/BA) e os municípios do estado da Bahia habilitados no Comando Único, que ainda não implantaram o CMA e tem dificuldade para efetivar o seu funcionamento, dessa forma favorecendo a consolidação do componente municipal do SNA e do controle do SUS.
WHERE – ONDE	Auditoria SUS/Bahia
WHO – QUEM	Diretoria Geral da Auditoria SUS/Bahia em parceria com a Coordenação de Educação Permanente da Auditoria SUS/Bahia e auditores de carreira do Componente Estadual do SNA
WHO – QUANDO	A partir de 01/2022
HOW – COMO	Designar auditores para compor um Núcleo de Apoio para implantação do CMA, inserido na Coordenação de Educação Permanente da Auditoria SUS/Bahia, voltados a orientar os municípios do estado da Bahia, habilitados no Comando Único na implantação do CMA.

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Quadro 17 – Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 4

AÇÃO PROPOSTA – 4 WHAT – O QUE	Sugerir à Auditoria SUS/BA (Componente Estadual do SNA) promover curso de capacitação técnica na modalidade remota para os municípios com Comando Único, que ainda não implantaram o CMA e tem dificuldade para efetivar o seu funcionamento.
WHY - POR QUE	Para fomentar a cooperação técnica entre o estado e municípios da Bahia, habilitados no Comando Único que ainda não implantaram o CMA e tem dificuldade para efetivar o seu funcionamento; capacitar os profissionais que irão integrar a equipe de auditoria municipal, com vistas a fortalecer o SNA e os mecanismos de controle do SUS.
WHERE – ONDE	Auditoria SUS/Bahia e Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia
WHO – QUEM	Diretoria Geral da Auditoria SUS/Bahia junto à Coordenação de Educação Permanente da Auditoria SUS/Bahia, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia.
WHO – QUANDO	A partir 01/2022
HOW – COMO	Estabelecer uma parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia e Auditoria SUS/BA para construção e disponibilização de curso de capacitação na modalidade remota, voltado a orientar os municípios do estado da Bahia habilitados no Comando Único na implantação e funcionamento regular do CMA. O detalhamento da proposta do curso será descrito a seguir.

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Quadro 18 – Plano de ação propositivo a auditoria SUS/BA: ação proposta 5

AÇÃO PROPOSTA - 5 WHAT – O QUE	Sugerir à Auditoria SUS/BA (Componente Estadual do SNA) promover curso de capacitação técnica na modalidade remota para os municípios que já implantaram o CMA, mas tem dificuldade para efetivar o seu pleno funcionamento.
WHY - POR QUE	Para fomentar a ações de cooperação técnica entre o estado e municípios da Bahia que implantaram o CMA, mas tem dificuldade para efetivar o seu funcionamento; para capacitar e atualizar os auditores municipais que integram o CMA com vistas de fortalecer o SNA e os mecanismos de controle do SUS.
WHERE – ONDE	Auditoria SUS/Bahia e Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia.
WHO – QUEM	Diretoria Geral da Auditoria SUS/Bahia, junto à Coordenação de Educação Permanente da Auditoria SUS/Bahia, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia.
WHO – QUANDO	A partir 01/2022
HOW – COMO	Estabelecer uma parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado da Bahia e Auditoria SUS/BA para construção e disponibilização de curso de capacitação na modalidade remoto, voltado à aperfeiçoar as equipes de auditores das Secretarias Municipais de Saúde do estado da Bahia, que já tenham o CMA implantado. O detalhamento da proposta do curso será descrito a seguir.

Fonte: Elaboração da autora (2021).

## APRESENTAÇÃO GERAL DO CURSO DE CAPACITAÇÃO CMA/SUS

Esse treinamento se propõe a promover o aperfeiçoamento técnico e científico dos profissionais que irão desenvolver as atividades de auditoria em saúde no âmbito municipal como participantes do Componente Municipal de Auditoria do SUS – CMA/SUS integrantes do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, quanto à sua implantação, implementação de estrutura e processos organizacionais necessários para a execução das ações pertinentes ao CMA/SUS contribuindo para a continuidade operacional. O componente municipal do SNA estruturado traz benefícios à gestão uma vez que aponta as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde, bem como subsidia o planejamento e a adequação das políticas e das ações de saúde a serem implementadas e por conseguinte funciona como instrumento de gestão e controle fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS).

As apresentações, discussões e reflexões que serão realizadas ao longo do treinamento intentam contribuir para a consolidação do entendimento e, por conseguinte, promover o aperfeiçoamento técnico necessário para a implantação do CMA/SUS nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde/ Comando Único.

Espera-se que aproveitem e aprofundem os aspectos teóricos apresentados, as discussões sobre os assuntos atuais envolvendo o tema e os estudos de casos, de modo que se preparem para avançar nas implementações e nos aperfeiçoamentos na Auditoria do SUS enquanto instrumento de controle e gestão nos municípios elegíveis (habilitados na GPSM).

**Instrutor: Auditores de carreira integrantes do quadro da Auditoria SUS/BA.**

## EMENTA

Evolução da saúde pública no Brasil; Políticas Públicas de Saúde; História, evolução e legislação do SUS; Legislação vigente dos programas e financiamento do SUS; Mecanismos de Controle, Controle Social e Institucional, Controle Interno e Externo ; Conceito e evolução da Auditoria do SUS, SNA e seus componentes; Componente Municipal de Auditoria implantação e funcionamento; Demandas da Auditoria do SUS nos seus três níveis (federal, estadual e municipal); Boas Práticas na Auditoria: estrutura organizacional, fluxos, processos e papéis de trabalho a serem utilizados, necessários para a implantação e funcionamento do CMA/SUS; Indicadores de qualidade de implantação e implementação do CMA/SUS; SISAUD – Sistema de Auditoria do SUS, Relatórios de Auditoria, estudo de casos práticos, experiências exitosas.

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral**

Desenvolver uma capacitação técnica, visando propor uma estrutura organizativa, processos de trabalho e fluxos que assegurem a implantação e funcionamento regular do CMA/SUS nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde/



Comando Único.

### **Objetivos Específicos**

- a) Fomentar aspectos conceituais do Sistema Único de Saúde, Auditoria do SUS, SNA, CMA/SUS, segundo a legislação vigente;
- b) Apresentar aspectos relacionados aos processos legais e organizativos de implantação do CMA/SUS, seleção e contratação da equipe de auditores municipais e fluxos e papéis de trabalho a serem utilizados;
- c) Identificar as demandas da Auditoria do SUS requeridas pelas legislações, órgãos de controle e monitoramento, bem como da gestão do SUS nos seus três níveis (federal, estadual e municipal);
- d) Descrever a estrutura e os processos organizacionais necessários para o devido funcionamento do CMA/SUS e a execução de auditoria na rede e recursos da saúde nos municípios;
- e) Construir, descrever e discutir a respeito dos indicadores de qualidade de implantação e implementação do CMA/SUS nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde/ Comando Único.

### **Objetivos de Aprendizagem (competências esperadas):**

- a) Conhecer e entender os conceitos e a legislação vigente Sistema Único de Saúde, Auditoria do SUS, SNA, CMA/SUS;
- b) Conhecer as demandas da Auditoria do SUS definidas pela gestão do SUS nos seus três níveis (federal, estadual e municipal) e pelos órgãos de controle;
- c) Conhecer a estrutura e os processos organizacionais necessários ao devido funcionamento do CMA/SUS;
- d) Conhecer e interpretar os indicadores de qualidade de implantação e implementação do CMA/SUS.

## **CONTEÚDOS**

1. Apresentação da ementa, objetivos e conteúdo programático, relatos de experiências dos participantes;
2. Evolução da saúde pública no Brasil; Políticas Públicas; História, evolução e legislação do SUS;
3. Legislação vigente dos programas e financiamento do SUS;
4. Mecanismos de Controle, Controle Interno e Externo
5. Conceito e evolução da Auditoria do SUS, SNA e seus componentes;
6. Componente Municipal de Auditoria implantação e funcionamento;
7. Demandas da Auditoria do SUS definidas pelos órgãos gestores do SUS nos seus três níveis (federal, estadual e municipal) e pelos órgãos de controle;
8. Boas Práticas na Auditoria: estrutura organizacional, fluxos, processos e papéis de trabalho a serem utilizados, necessários para a implantação e funcionamento do CMA/SUS;
9. Indicadores de qualidade de implantação e implementação do CMA/SUS.
10. SISAUD – Sistema de Auditoria do SUS, Relatórios de Auditoria, estudo de casos práticos, experiências exitosas.

## **METODOLOGIA**

Aprendizagem baseada em:

- a) Aula expositiva e dialogada em ambiente virtual de aprendizagem (AVA) com auxílio de recursos tecnológicos;
- b) Discussão dos materiais enviados previamente;
- c) Discussão das produções postadas na seção *podcast* do Moodle;

- d) Estudo de casos;
- e) Debates sobre demandas atuais relacionadas ao conteúdo do treinamento.

As aulas ocorrerão a distância na modalidade remota, utilizando ferramentas tecnológicas para completar o compartilhamento de ideias, através de transmissões simultâneas ao vivo por meio de videoconferência ou recurso similar. Serão disponibilizadas nos dias e horários previamente agendados e o material didático incluindo legislações e textos a serem discutidos serão também enviados aos alunos antecipadamente. O registro do produto das discussões realizadas serão postados no AVA Moodle.

Carga Horária: 80 horas totais, dividido em 10 módulos de 8 horas.

Cada módulo de 8 horas será ministrado em um dia, com duração de 8 horas/dia uma vez por mês.

O Plano de Ação proposto é dirigido à Auditoria SUS/BA, enquanto integrante do SNA no âmbito estadual, a ser aplicado nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema de Saúde com Comando Único do estado da Bahia. Sua aplicabilidade não se limitou a Região de Saúde de Salvador, objeto do estudo, uma vez que foram identificadas também fragilidades nos mecanismos de controle do SUS exercido pelo SNA, através do Componente Municipal de Auditoria em regiões distintas, conforme descrito em trabalhos anteriores (CASTRO, 2004; SOUZA, 2015; SOUZA, 2016), além da região pesquisada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de uma crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, faz-se necessário ainda avançar muito para se assegurar padrões consistentemente elevados. Apesar das limitações, o SUS vem conseguindo melhorar de forma significativa o acesso da população às ações de saúde. Esse avanço resulta de uma série de esforços empenhados pelos diversos subsistemas que compõem o Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive pelo Sistema Nacional de Auditoria – SNA, através das suas ações de controle.

Este último capítulo consubstancia as conclusões dessa dissertação, que foi norteada pela seguinte questão: **À luz da abordagem sistêmica, como a SESAB pode contribuir para o fortalecimento da dimensão do controle institucional do Sistema Nacional de Auditoria na Região de Saúde de Salvador- RSSBA?**

A partir do referencial teórico e da análise dos dados coletados em pesquisa documental e entrevistas com gestores do SUS (Secretários Municipais de Saúde) e auditores dos componentes municipal e estadual, buscou-se compreender o processo e o estadiamento da implantação do CMA nos municípios da RSSBA. Além disso, de que modo a Auditoria SUS/BA, enquanto integrante do SNA no âmbito estadual, poderia exercer a prerrogativa constitucional de cooperação técnica no apoio aos referidos municípios, com vistas ao fortalecimento do controle através da auditoria municipal do SUS.

Nesse estudo foi possível apontar evidências consistentes que possibilitaram demonstrar as contribuições do Componente Municipal de Auditoria, como ferramenta de controle institucional, visando à segurança e fortalecimento do processo decisório dos gestores do SUS e como a Auditoria SUS/BA pode contribuir para o fortalecimento do SNA nessa dimensão.

Ficou evidente a existência de vazios a serem preenchidos no sentido de consolidação do controle, como instrumento regulatório das ações e dos serviços de saúde, nos municípios objeto do estudo. Esses achados confirmam os pressupostos levantados pela autora, uma vez que, os resultados do estudo apontam baixo grau de implantação do CMA, aonde traz a existência de municípios na RSSBA habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde com Comando Único

que ainda não implantaram o Componente Municipal do SNA e outros, embora implantados, funcionam ainda de maneira insatisfatória.

Essas evidências foram confrontadas com a fundamentação legal do SUS e do SNA e com as experiências vivenciadas pelos gestores municipais da saúde e auditores do componente estadual e municipal, a fim de corroborar as conclusões.

É imperioso destacar que o propósito de estudar o SNA com seus componentes configura-se num trabalho espinhoso, devido a sua amplitude, como também, pela carência de pesquisas com foco na Auditoria do SUS em especial no âmbito municipal, permeando as dimensões do controle.

Inicialmente buscou-se o arcabouço legal, a fundamentação no referencial bibliográfico e o ancoramento teórico, referente ao tema estudado. Destaca-se, especialmente, a complexidade de delinear os conceitos diferenciais de controle e auditoria, tarefa essa de suma importância, uma vez que se refere à temática central estudada.

Para tanto, utilizou-se referenciais importantes a discorrer sobre o ordenamento legal, que delimita as obrigações compulsórias e compartilhadas do SNA, como instrumento de controle do SUS nos três entes federativos, em especial nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde com Comando Único, com suas múltiplas demandas e obrigações. Por conseguinte, analisaram-se os dados obtidos e parâmetros à luz da Teoria dos Sistemas, bem como os resultados dos instrumentos aplicados.

Após o resultado das pesquisas realizadas e da análise dos resultados obtidos através dos questionários aplicados e entrevistas realizadas, foi possível identificar que o Componente Municipal de Auditoria do SUS funciona de forma efetiva em um número insignificante de municípios, coadunando com estudos anteriores (Castro, 2004; Melo, 2007; Andrade, 2013; Souza 2015), o que denota um prejuízo nos mecanismos de controle no SUS.

Esses achados também coincidiram com os resultados de pesquisa realizada em 2012, pelo Departamento Nacional de Auditoria dos SUS – Denasus aonde foi constatado que somente 64 municípios no país possuíam, na época, o componente do SNA implantado e atuando, o que representa 1,15% dos 5.565 municípios. Coincidem também com o último levantamento realizado em 2019 pela Auditoria

SUS/BA que identificou apenas 23 municípios no estado da Bahia com o CMA implantado, que perfaz 18,7% dos 123 com Comando Único.

Desse modo é possível afirmar que o controle interno no SUS instrumentalizado pelo SNA ainda é incipiente e encontra-se comprometido. O cenário retratado demonstrou uma necessidade de profunda reflexão acerca dos fatores que levaram a essa situação descrita, o qual impacta negativamente na implementação do controle como ferramenta essencial a consolidação do SUS.

É notório que assim como o Sistema Único de Saúde, o SNA também carece ainda de muitos ajustes, a fim de que possa se consolidar de forma mais efetiva. Conforme posto pela Teoria dos Sistemas, constituem-se como sistemas abertos, portanto, precisam de um constante *feedback* para direcionar o desenvolvimento dos seus processos, a fim de alcançar seus propósitos estabelecidos.

Nessa perspectiva, o Sistema Nacional de Auditoria e os seus respectivos componentes, sobretudo, na dimensão Municipal (objeto do estudo) ainda hoje precisa avançar, enquanto instância de controle do SUS. Assim, contribuirá 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, pode recomendar as ações mais pertinentes para sua melhoria.

Avançando nas ponderações acerca dos possíveis motivos para a incipiência da implantação de forma efetiva do SNA e na tentativa de buscar identificar as causas reais das fragilidades nos mecanismos de controle institucionais, exercidos pela Auditoria do SUS no âmbito municipal, prossegue-se na análise dos resultados retratados nesse estudo.

Para tanto foi percorrido um caminho metodológico, o qual se intentou apresentar com clareza os achados que expliquem a necessidade da solidificação da Auditoria do SUS com seus componentes, como instrumento de controle do Sistema Único de Saúde.

Os resultados analisados, decorrentes dessa pesquisa levam à saber que: é possível e necessário o exercício do controle interno no SUS através do SNA com seus componentes de forma descentralizada e que as instâncias federal e estadual podem apoiar, solidariamente, o Componente Municipal de Auditoria, principalmente, por meio de cooperação técnica.

Muito ainda se tem a fazer, mas acredita-se que existindo entendimento pelos gestores da saúde nas suas três esferas, de que podem dispor desses mecanismos de controle, como instrumento de apoio à gestão, que oferta de forma segura subsídios que podem auxiliar nos processos decisórios de forma mais assertiva, certamente será visível o avanço na consolidação do SNA e conseqüentemente do SUS. Salienta-se que no campo da saúde, a ausência de mecanismos de controle, assim como não agir de forma oportuna, pode significar perdas de vidas, o que acumula um prejuízo inestimável, ultrapassando o financeiro e culminando no dano social.

Todos esses achados remetem à importância do fortalecimento no nível de organização da Auditoria do SUS, sobretudo dos componentes municipais de auditoria, com estrutura legal e fortalecida da carreira de auditor, a sua independência e autonomia de trabalho garantido pelo seu ingresso por concurso público, à disposição de equipe multidisciplinar capacitada na área de saúde coletiva e/ou auditoria em saúde pública, consoante com as diretrizes recomendadas pela legislação do SUS.

Por fim, em última análise, acredita-se que um dos maiores desafios enfrentados pelo SNA em seus três níveis de atuação seja de caráter político, uma vez que não podem ser resolvidos apenas na esfera técnica, mas sim, solucionados através de esforços conjuntos dos gestores, dos técnicos, dos indivíduos, de toda sociedade.

A pesquisa apresenta como principal limitação o fato de ter sido realizado o estudo de um fenômeno amplo e complexo com base no SNA e seus componentes em especial o municipal como instrumento de controle do SUS. Destaca-se, também, que a pandemia por Coronavírus, que está ocorrendo desde o ano 2020, impactou na aplicação de instrumento avaliativo que foi convertido para questionário on-line via *google form* e na realização das entrevistas, pois foi necessário o uso de aplicativo de chamada de vídeo, reduzindo a interação interpessoal. Além disso, identifica-se a ausência de dados sobre a percepção de alguns secretários de saúde e auditores municipais que não foram ouvidos por estarem indisponíveis.

Tais limitações podem ser superadas com a realização de estudos futuros do CMA comparativos com outras regiões do estado, assim como com outros componentes estaduais de auditoria e suas experiências de cooperação técnica,

apoiando os municípios no exercício do controle do SUS, buscando aprofundar os conhecimentos sobre o tema em outros contextos práticos.

Sugerem-se, também, pesquisas, tomando-se por base os resultados apresentados, mas com desdobramentos, a exemplo do mapeamento das competências organizacionais da Auditoria SUS Bahia como apoio para a implantação do CMA nos municípios do estado, por meio da cooperação técnica; identificação das competências essenciais dos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema; levantamento de competências dos municípios, referente aos mecanismos de controle do SUS.

Finaliza-se esta dissertação, pontuando os problemas identificados relativos ao funcionamento do Componente Municipal de Auditoria do SUS, como instrumento de controle institucional, as proposições para mitigá-los e as contribuições com vistas de como podem colaborar, enquanto ferramenta de gestão. Dessa forma, intenta-se contribuir para o processo decisório de gestão do SUS, bem como subsidiar a SESAB a contribuir para o fortalecimento da dimensão do controle institucional do Sistema Nacional de Auditoria no Estado da Bahia.

## REFERÊNCIAS

- AITH, F. **Curso de Direito Sanitário: A Proteção do Direito à Saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- ALEXANDRINO, M; PAULO, V. **Direito Administrativo**. 8 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2005.
- ALMEIDA PAULA, M. G. M. **Auditoria interna: embasamento conceitual e tecnológico**. São Paulo: Atlas, 1999.
- ANDRADE, A. de. **Auditoria como estratégia para o fortalecimento do controle interno do SUS**. 2013. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ARAÚJO, A.C.M.de; GOUVEIA, L.B. Uma Revisão sobre os Princípios da Teoria Geral dos Sistemas. **Revista Estação Científica - Juiz de Fora**, nº 16, julho – dezembro /2016.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Decreto nº 7.884, de 27 de dezembro de 2000. **Salvador**, Bahia, 27 dez. 2000.
- BAHIA. **Resolução CIB nº 275/2012, de 15 de agosto de ano**. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. SESAB: Salvador, 2012.
- BARBOSA, A. P.; TARDIVO, C. R. F.; BARBOSA, E. C. Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. **Administração Pública e Gestão Social**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 66-74, 2016.
- BARDIN, L.(2016). **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70.
- BARZELAY, M. Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE. **Revista do Serviço Público**, abr./jun. 2002, ano 53, n. 2, p. 5-35.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.
- BRANDÃO, A. C. S.; SILVA, J. R. A. A contribuição dos sistemas de informação em saúde (SIS) para o processo de auditoria do sus. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015.
- BRASIL. Lei 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Brasília**, DF, 04 maio. 1964. Disponível em: <http://www.interlegis.gov>. Acesso em: 01 set. 2020.



BRASIL. Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967. **Brasília**. Disponível em: <http://www.interlegis.gov.br>. Acesso em: 02 set. 2020.

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

BRASIL. 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**, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Nova política de financiamento do SUS para 1991. Norma Operacional Básica – SUS 01/1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/1992. Portaria 234, de 07 de fevereiro de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1992.

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

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

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. 292p.

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

BRASIL. Decreto nº 3.774, de 15 de março de 2001. **Diário Oficial União**, Brasília, DF. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma de Assistência à Saúde, SUS 01/2001. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma de Assistência à Saúde, SUS 01/2002. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 384, de 04 de abril de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003.

BRASIL. 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**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.027, de 26 de Novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Municipal de Auditoria do SUS: análise da importância e relato da experiência no município de Camaçari/BA.** EXPOGEP, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html). Brasília, DF, 2015. Acesso em: 28 fev. 2021.

BRASIL. Lei n. 13.328 de 29 de julho de 2016. Cria, transforma e extingue cargos e funções; reestrutura cargos e carreiras; altera a remuneração de servidores; altera a remuneração de militares de ex-Territórios Federais; altera disposições sobre gratificações de desempenho; dispõe sobre a incidência de contribuição previdenciária facultativa sobre parcelas remuneratórias; e modifica regras sobre requisição e cessão de servidores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jul. 2016.

BRASIL. Instrução Normativa nº 3, de 9 de junho de 2017. Aprova o Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal. **Diário Oficial União**. Seção: 1 Brasília, DR, p. 50, 12 jun. 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **ISSAI 100: princípios fundamentais de Auditoria do setor público (INTOSAI 100).** Brasília, 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), Vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep) do Ministério da Saúde (Ms). Relatório de Auditoria (Operacional) nº RA 02404320168. Relator: Bruno Dantas. [https://portal.Tcu.Gov.Br/](https://portal.tcu.gov.br/). Brasília, 2017.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Relatório de Gestão: Exercício 2018**. Brasília, DF, 2018.

CALEMAN, G.; MOREIRA, M. L.; SANCHEZ, M. C. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. 145 p.

CAMPEDELLI, M. C. A Teoria de Sistemas aplicada à Saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 72, n. 2, p. 109-116, 1978.

CARVALHO, G. Financiamento Público da Saúde no Bloco de Constitucionalidade. *In*: ARANHA, M. I. (org.) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARVALHO NETO, S.; TAKAOKA, H. Visão sistêmica para a implantação de ambientes virtuais de aprendizagem. **Anais [...]** Franca: Uni-FACEF, 2008.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

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.

CAVALHEIRO, J. B; FLORES, P. C. **A organização do sistema de controle interno do municipal**. 4. ed. Porto Alegre: Conselho Regional de Contabilidade do Rio Grande do Sul, 2007.

CHAVES, F. D.P.; ALBUQUERQUE, I. P. R. Conceitos sobre a Administração Pública e suas contribuições para a sociedade. Caderno de Administração. **Revista do Departamento de Administração da FEA**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. vol. 13, n.1. Jan - Jul., p. 93-104, 2019. ISSN 1414-7394.

CHAVES, E. N. A. S. S.; JUNIOR, M. M. F.; JUNIOR, J. E. L. Limitações da Administração Pública na gestão de saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 08, p. 58-71, 2019.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo : Makron Books, 1993.

CHIAVENATO, I. **Administração**: teoria, processo e prática. 4. ed. São Paulo: Campus, 2006.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CHURCHMAN, C. W. **Introdução à Teoria dos Sistemas**. 1. ed. Petrópolis: Vozes, 1971.

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

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Resolução CFC nº 781/95, de 24 de março de 1995**. Dispõe sobre as normas profissionais do auditor interno. Brasília/DF. 9 p. Disponível em: <http://www.cfc.org.br>. Acesso em: 01 mar. 2021.

COSTA, J. I., SANTOS, J. D.; TRAVASSOS, S. K. Análise de conformidade nos gastos públicos dos entes federativos: aplicação da lei de newcomb-benford para o primeiro e segundo dígitos dos gastos em dois estados brasileiros. **Rev. contab. finanç.** v. 23 n. 60, 2012.

CREPALDI, S. A. **Auditoria Contábil**: Teoria e Prática. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

DENIS, J. L.; CHAMPANGE, F. Análise de Implantação. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 23. ed., São Paulo, Atlas, 2010.

ELIAS, J. T Q; LEITE, M. V.; SILVA, J. M. F. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma evolução histórica do Sistema Nacional de Auditoria para a qualidade, eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. **Revista da CGU**, Brasília, v. 9, n. 14, p. 561-572, 2017.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. **Cien Saude Colet.** v.11, n.3, p. 553-563, 2006.

FONSECA, A. S. *et al.* Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 161-169, 2005.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. **Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão [online]**. 2012, v.11, n. 2-3, p. 74-83.

FLORENTINO, A. M. **Auditoria contábil**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1988.

GARCIA R. C. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2001.

GONZÁLEZ, A. M. **Teoría de sistemas**: pioneros del enfoque sistémico-cibernético y el pensamiento complejo. 2017. Disponível em: <https://blogs.sld.cu/cibernetica/tag/teoria-de-sistemas/>. Acesso em: 01 mar. 2021.

GUIDO O. S. *et al.* Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. **Rev. Méd. Chile**, v. 130, n. 2, p. 1-7, fev., 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama**: Saubara. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/saubara/panorama>. Acesso em: 16 fev. 2021.

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DA BAHIA. Bahia, 2021. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/consolidada>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SECRETARIA DA FAZENDA DO ESTADO DA BAHIA. Bahia, 2021. Disponível em: <http://www.transparencia.ba.gov.br/Pagamentos/Visualizar>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Bahia, 2021. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/ppi/comandoUnico>. Acesso em: 06 jan. 2021.

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

JUHÁS, R. **Utilização de indicadores para avaliação da estrutura, dos processos internos e dos resultados em assistência à saúde bucal**. 2002. 160 f. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

JUND, S. Auditoria. **Administração, orçamento e contabilidade pública**: teoria e 830 questões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2006.

LIKERT, R. **A organização humana**. São Paulo: Atlas, 1975. 266 p.

LIEBER, R. R. **Teoria dos Sistemas**. Guaratinguetá. UNESP, 2001.

- LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In*: LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra-capa, 2011. p. 39-63.
- MACHADO, C. V. Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências. *In*: NEGRI, B. D.; ÁVILA, O. **Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. Campinas: Sobravime, 2002.
- MACIEL, J. **Elementos de teoria geral dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1974.
- MARÇOLA, C. Auditoria interna como instrumento de controle social na administração pública. **Revista do Serviço Público**, [S.L.], v. 62, n. 1, p. 75-87, 27 jan. 2011.
- MARQUES, M.C.C.; ALMEIDA, J.J.M. Auditoria no sector público: um instrumento para a melhoria da gestão pública. **Rev. contab. Finanç.**, v. 15, n. 35, p. 84-95, 2004.
- MARTINELLI, D. P.; VENTURA, C. A. A. **Visão Sistêmica e Administração**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- MEGGINSON, L. C.; MOSLEY, D. C.; PIETRI JÚNIOR, P. H. **Administração: conceitos e aplicações**. São Paulo: Haper & How do Brasil, 1986.
- MEJÍA, J. M. M. Es antiética la auditoría de la calidad em salud? **MEDUNAB**, v. 4, n. 11, p. 107-10, mai./ago., 2001.
- MELO, M. B. **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho**. Rio de Janeiro, 2007.
- METER, G. Como elaborar um plano de ação utilizando o 5W1H. **Administradores.com**, 2014. Disponível em: <https://administradores.com.br/artigos/comoelaborar-um-plano-de-acao-utilizando-o-5w1h>. Acesso em: 02 abr. 2021.
- MILESKI, H. S. **O Controle da Gestão Pública**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.
- MORENO, J.C. **Manual de iniciação pedagógica ao pensamento complexo**. 2017. Disponível em: <https://blogs.sld.cu/cibernetica/tag/teoria-de-sistemas/>. Acesso em: 01 mar. 2021.
- PERES JUNIOR, J. H. **Auditoria de demonstrações contábeis: normas e procedimentos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 136 p.
- PERON, C. Auditoria e Pacto de Gestão: Perspectivas e Desafios. **Revista Rede de Cuidado em Saúde**. v. 3. n. 3, p. 1-16, 2009.

PINA, V.; TORRES, L. **La contabilidad del sector público**. 2001. Disponível em: [www.ciberconta.unizar.es](http://www.ciberconta.unizar.es). Acesso em: 27 fev. 2021.

PISCO, L. A. Avaliação como instrumento de mudança. **Cien Saude Colet**. v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

POLLITT, C. **Managerialism and the public service**. Oxford, Blackwell, 1993.

PRADA, L. T. RESUMEN. *In*: **La auditoría operativa**: un instrumento para la mejora de la gestión. Madrid: Ed. AECA, 2002. p.1. Disponível em: [www.aeca.es](http://www.aeca.es). Acesso em: 27 fev. 2021.

REIS, M.T.; JUNIOR, J.G.P. Auditoria SUS Camaçari: avanços e desafios. **Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS**, v. 04, n 04, p. 141-149. 2016. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=experienciasexitosas&page=article&op=view&path%5B%5D=1600>. Acesso em: 28 abr. 2021.

REMOR, L. C. Auditoria do SUS em Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, p. 71-83, 2008.

RIBEIRO, C. D. E. **Saúde como um direito**: as interrelações da auditoria em saúde com o Ministério Público na garantia da integralidade da atenção. 2005. 129f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

SACRAMENTO, A. R. S.; PINHO, J. A. G. de. Importância dos controles da administração pública brasileira: uma reflexão compartilhando pressupostos da teoria de agência e da teoria da cultura política. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 19, n. 1, p. 95-107, abr./jun. 2009.

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

SANTOS, E. M. *et al.* Avaliadores in Situ(ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. *In*: ONOCKO, R. C.; FURTADO, J. F. (org.) **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora Unicamp, 2011, p. 205-222.

SEABRA, S.N. **A nova administração pública e mudanças organizacionais**. Rio de Janeiro, 2001.

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

SILVA, F. C. C. Controle social: reformando a administração para a sociedade. **Organ. Soc.**, Salvador, v. 9, n. 24, p. 115-137, 2002.

SILVA, P. G. K. O papel do controle interno na administração pública. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 1-16, 2002. ISSN 1676-6016.

SILVA, R. G.; FISCHER, F. M. Auditorias internas do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v. 11, n. 4, p.1-12, out./dez. 2004.

SILVA, V. D. **O Sistema Nacional de Auditoria no Sistema Único de Saúde**: um estudo das auditorias realizadas nos serviços de saúde em Recife, no período de 2008 a 2013. 2014. 80 f. Dissertação (mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães– Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

SOUZA, C. **Federalismo e gasto social no Brasil**: Tensões e tendências. Lua Nova, São Paulo, 2002.

SOUZA, N. M. O. **Estudo sobre a implantação do componente municipal do sistema nacional de auditoria do SUS nos municípios da região de Santo Antônio de Jesus, Bahia**. 2015. 54 f. Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SOUZA, C. E. de. **Auditoria no sistema único de saúde**: uma análise do estadiamento do componente municipal de auditoria no estado de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, 2018.

TAKEDA, S.; YVES, T. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006.

TAJRA, F. S. *et al.* Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 157-169, 2014.

TEXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Rev. bras. enferm.** v. 44, n.1, p. 10-15, 1991.

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

TILLMANN, C. A. C. Modelo de Sistema Integrado de Gestão da Qualidade para a Implantação nas Unidades de Beneficiamento de Sementes. *In: Trabalho de Pós-Graduação* - Universidade Federal de Pelotas, 2006. Disponível em: [www.ufpel.edu.br](http://www.ufpel.edu.br). Acesso em: 30 mar. 2021.

TSZESNIOSKI, L.; SÁ, R.F. Interpretando as relações de poder no pós-auditoria do sus à luz dos conceitos da análise estratégia de Crozier e Friedberg. **REAd**. v. 24, n. 2, p. 83-105, 2018.

VENTURA, C. A. A.; MARTINELLI, D. P. O setor de telecomunicações no Brasil: uma análise da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) com base na teoria de



sistemas. *In: Congresso Brasileiro de Sistemas, 2006, Ribeirão Preto, 2006. Anais [...].* Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <http://legacy.unifacef.com.br/quartocbs/arquivos/37.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

VENTURA, C. A. A.; FERREIRA, B.S.; TELINI, F.G. A Teoria dos Sistemas e o Sistema Único de Saúde. *In: 7º Congresso Brasileiro de Sistemas. Franca, 2011. Anais [...].* Franca, 2011. Disponível em: [http://eventos.unifacef.com.br/cbs/2011/artigos/H\\_01\\_Ventura\\_Ferreira\\_Telini.pdf](http://eventos.unifacef.com.br/cbs/2011/artigos/H_01_Ventura_Ferreira_Telini.pdf) . Acesso em: 06 dez. 2020.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração** - 16ª Ed. São Paulo: Atlas, 2016.

VERRI, C. M. P. **Auditoria odontológica**: aplicações atuais. 31 f. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Planos de Saúde) – Universidade Anhanguera-Uniderp, Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes, Rio de Janeiro, 2010.

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

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982, 530 p.

WEBER, C. A. T.; BORDIN, R. O papel da auditoria no sistema único de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 6, n. 1-3, p. 119-131, 18 out. 2005.

WORTHEN, R.B.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas. Concepções e Práticas**. 2004.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### **A IMPORTÂNCIA DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA PARA O CONTROLE INSTITUCIONAL DO SUS: UM ESTUDO NA REGIÃO DE SAÚDE DE SALVADOR**

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “A importância do componente municipal de auditoria para o controle institucional do SUS: um estudo na região de saúde de salvador”, orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Rita Silva Sacramento, do Núcleo de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia. A pesquisa tem como objetivo geral: propor estrutura de funcionamento do Componente Municipal de Auditoria do SUS nos municípios da Região de Saúde de Salvador-Bahia, à luz do Sistema Nacional de Auditoria.

O convite para a sua participação nesta pesquisa é porque você é secretário (a) de saúde ou coordenador (a)/auditor do componente municipal de auditoria do município. As perguntas da pesquisa estão relacionadas à implantação do Componente Municipal de Auditoria no município, bem como aspectos legais, estruturais e organizacionais. Deste modo, acreditamos que a participação neste estudo contribuirá para discussão quanto ao planejamento e a estruturação do Componente Municipal de Auditoria, bem como no fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria. Caso aceite colaborar com a pesquisa, sua participação consiste em responder ao questionário eletrônico *on-line* que será aplicado agora.

Destacamos que não haverá compensação financeira relacionada à participação. Contudo, o participante terá como benefício a possibilidade de utilizar os resultados para avaliar a gestão da auditoria e aperfeiçoar a implantação do componente municipal de auditoria em saúde do município, fortalecendo uma das áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde. Relatórios finais individualizados da pesquisa serão enviados aos municípios participantes e, caso os municípios desejem, será realizada uma apresentação dos resultados da pesquisa aos usuários, trabalhadores e gestores da SMS. Cada participante poderá receber seus próprios resultados a qualquer momento, mesmo antes do relatório final, caso solicite.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, como a possibilidade de desconforto ou medo. Todas as precauções serão tomadas para que o participante não se sinta coagido a responder o questionário *on-line*. Apenas os pesquisadores terão acesso aos resultados da pesquisa. As informações a serem divulgadas serão de caráter geral, eventos ou publicações científicas, porém, preservando a identidade de cada participante e município, conforme os aspectos éticos e de sigilo da Resolução nº 466/12. Esclareceremos que a qualquer momento, durante todo o período de pesquisa, o participante tem o direito de recusar ou retirar seu consentimento, sem que haja qualquer penalidade ou prejuízo devido a sua decisão. A sua identificação, assim como a dos demais voluntários que dela participarem permanecerá em sigilo.

Os nomes dos municípios e dos (as) participantes que responderem aos questionários eletrônicos *on-line* serão mantidos em sigilo. As informações armazenadas no arquivo do Formulário Google são privadas, deste modo, a pesquisadora principal, proprietária dos questionários eletrônicos *on-line*, detém o controle do conteúdo das informações e decide como ele será usado, o que reforça as medidas de proteção previstas para a preservação das informações e dos sujeitos da pesquisa no contexto virtual.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido a você o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, sob o parecer de nº 4.455.076.

Caso você ainda tenha dúvidas relativas à pesquisa, você deve entrar em contato com a pesquisadora responsável: Juliana Santana Santos, pelo telefone (71) 99926-8085, e-mail: [julisantp@hotmail.com](mailto:julisantp@hotmail.com). Para maiores esclarecimentos, reclamação ou denúncia sobre sua participação no estudo, você deve entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, localizada no Centro de Atenção à Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA) - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n, Iguatemi, Salvador, Bahia. CEP: 40.275-350. Telefone (71) 3116-0236, ou através do e-mail: [sesab.cep@saude.ba.gov.br](mailto:sesab.cep@saude.ba.gov.br).

Por favor, informe o seu nome completo, e-mail e/ou telefone/*WhatsApp* no campo abaixo para recebimento de cópia do seu TCLE\* e lembre-se de guardar uma cópia. Ao clicar no botão abaixo, o (a) Sr (a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Li e concordo em participar da pesquisa

E-mail\* (inserir campo OBRIGATÓRIO para preenchimento)

Telefone ou *WhtasApp* (inserir campo OPCIONAL para preenchimento)

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES

MUNICÍPIO -----

NOME DO SECRETÁRIO DE SAÚDE -----

E-MAIL/TELEFONE -----

1. OCUPA O CARGO DE SECRETARIO DE SAÚDE HÁ QUANTO TEMPO?
2. TEM CIÊNCIA DA OBRIGATORIEDADE LEGAL DO CMA FUNCIONANDO PARA O MUNICÍPIO QUE É HABILITADO NO COMANDO ÚNICO?
3. POR QUAL MOTIVO O CMA AINDA NÃO FOI IMPLANTADO, OU NÃO FUNCIONA NO MUNICÍPIO?
4. EXISTE PLANEJAMENTO PARA QUE O CMA SEJA IMPLANTADO NO MUNICÍPIO?
5. EXISTE UMA PREVISÃO DE EM QUANTO TEMPO O CMA ESTEJA FUNCIONANDO NO MUNICÍPIO?
6. A IMPLANTAÇÃO DO CMA ESTÁ PREVISTO NO PMS 2018-2021? SE NÃO, ESTÁ PREVISTO PARA ENTRAR NO PMS 2022-2025?
7. QUAL A MAIOR DIFICULDADE ENCONTRADA PELO MUNICÍPIO PARA IMPLANTAR E FAZER FUNCIONAR O CMA NO MUNICÍPIO?
8. JÁ HOVE ALGUMA TRATATIVA DO MUNICÍPIO COM A AUDITORIA SUS/BA OU COM O DENASUS BUSCANDO APOIO NA IMPLANTAÇÃO DO CMA?
9. DE QUE FORMA O MUNICÍPIO PODERIA RECEBER APOIO DO ESTADO (AUDITORIA SUS/BA) NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CMA?
10. COMO SE DÁ O CONTROLE DOS RECURSOS E DA REDE ASISTENCIAL DO MUNICÍPIO?

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA AUDITORES SUS/BA

NOME DO AUDITOR SUS/BA -----

E-MAIL/TELEFONE -----

1. OCUPA O CARGO DE AUDITOR SUS/BA HÁ QUANTO TEMPO?
2. VOCÊ É AUDITOR FINANCEIRO FINANCEIRO OU ASSISTENCIAL?
3. QUAL A SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL?
4. NOS MUNICÍPIOS COM COMANDO ÚNICO QUE VOCÊ AUDITOU IDENTIFICOU A IMPLANTAÇÃO DO CMA?
5. NOS MUNICÍPIOS COM COMANDO ÚNICO QUE VOCÊ IDENTIFICOU A PRESENÇA DO CMA, COMO ELE FUNCIONA?
6. NOS MUNICÍPIOS QUE NÃO TEM O CMA FUNCIONANDO VOCÊ IDENTIFICOU ALGUM MECANISMO DE CONTROLE?
7. COMO ESSE CONTROLE FUNCIONA?
8. ESSES ACHADOS REFERENTES À IMPLANTAÇÃO DO CMA E MECANISMOS DE CONTROLE SÃO DESCRITOS NO RELATÓRIO DE AUDITORIA?
9. VOCÊ ACHA QUE A SESAB ATRAVÉS DA (AUDITORIA SUS/BA) PODERIA APOIAR OS MUNICÍPIOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CMA?
10. DE QUE FORMA A AUDITORIA SUS/BA PODERIA APOIAR OS MUNICÍPIOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CMA?

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS – AUDITOR

### Questionário para Auditor Municipal de Saúde

1. Nome do município \*
2. Nome do auditor \*
3. Tempo que desempenha a função: \*
4. Data da Criação do Componente Municipal: \*

### NÍVEL 1. POLÍTICO-GERENCIAL

#### DIMENSÃO: OBJETIVOS

5. Fale sobre os objetivos (missão) do componente municipal de Auditoria do SUS. \*
6. Você considera que os objetivos desse componente municipal de Auditoria estão bem definidos no âmbito da SMS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

7. Por quê? \*
8. Existem claramente os objetivos nos documentos legais/oficiais da SMS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

9. Em quais documentos legais/oficiais?

#### DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS

10. Quais as competências da Auditoria? \*

11. As competências estão definidas formalmente no âmbito da SMS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

#### DIMENSÃO: POSIÇÃO NO ORGANOGRAMA

12. O componente municipal de auditoria está inserido no organograma da Secretaria Municipal de Saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

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

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

14. Você considera que a Auditoria mantém uma relação de independência para emitir julgamentos de não-conformidades de outros setores da SMS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não



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

15. Existem fluxos de informações de rotina entre Auditoria e os setores de planejamento, regulação, controle e avaliação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

16. Como é realizado?

(Responda caso a tenha marcado "SIM" na questão anterior)

17. Existem documentos que definem esse fluxo?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

18. Quais documentos?

19. A Auditoria sempre está representada nas reuniões estratégicas da SMS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

20. Você considera que a auditoria possui conhecimento permanente das atividades desempenhadas por outros setores da SMS? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

Parcialmente

**DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE O COMPONENTE MUNICIPAL DE**

## AUDITORIA E OS OUTROS COMPONENTES DO SNA

21. Existe relação entre o Componente Municipal de Auditoria e outros componentes do SNA? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

22. Como se dá essa relação entre o Componente Municipal de Auditoria e outros componentes do SNA?

23. Essa relação ocorre no âmbito dos objetivos, técnicas, instrumentos e outros? Por favor, descreva.

24. Existe um intercâmbio de informações entre esses componentes no que diz respeito às auditorias realizadas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

25. Existe ou já existiu técnica entre o componente municipal e os outros componentes (estadual e/ou federal)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

26. A cooperação ocorre ou ocorreu com o componente estadual e/ou federal?

(Responda caso tenha marcado "SIM" na questão anterior)

*Marcar apenas uma oval.*

Estadual, somente

Federal, somente

Estadual e federal

## DIMENSÃO: RECONHECIMENTO DO PAPEL DE AUDITORIA

27. Na sua percepção, qual o impacto do trabalho da Auditoria na gestão municipal? \*
28. Você, enquanto auditor se sente participante do processo da gestão municipal? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

29. Existe autonomia do setor para o desenvolvimento de auditorias programadas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

30. Existe autonomia do setor para realizar avaliações e emitir recomendações? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

31. Os produtos da Auditoria são utilizados para a tomada de decisões pelo gestor? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

32. Você acha que os outros setores da SMS também utilizam os resultados para a correção de eventuais não-conformidades e replanejamento das ações? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

#### DIMENSÃO: PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

33. Existe elaboração de programações? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

34. Qual a frequência da elaboração de programações?

35. Existem relatórios das atividades realizadas pela auditoria? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

36. Qual o prazo de elaboração e entrega dos relatórios das atividades?

37. Existe algum instrumento de avaliação das atividades desenvolvidas?

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

38. Qual?

## DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

39. Quais categorias profissionais formam a equipe de Auditoria? \*

Informe o quantitativo por categoria profissional

40. Você considera suficiente o quadro de auditores da SMS atender às demandas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

41. Por qual/quais motivo(s) você não considera o quadro suficiente? \*

(Responda caso tenha marcado "NÃO" na questão anterior)

42. Você passou por algum tipo de formação ou treinamento durante a sua permanência no quadro de auditores do município? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

43. Você identifica alguma necessidade de treinamento e/ou aperfeiçoamento da equipe de auditoria? \*
- Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

44. Qual(quais) treinamento(s) e/ou aperfeiçoamento(s) você identifica como necessário(s)?
- (Responda caso tenha marcado "SIM" na questão anterior)

45. De que forma você foi contratado? \*

46. Como é realizada a contratação da equipe? \*

## NÍVEL 2. TÉCNICO-OPERACIONAL

### DIMENSÃO: INSUMOS

47. Existe disponibilidade de utilização de dados do Sistema de Informação, roteiros, manuais, portarias, etc. da SESAB e do Ministério da Saúde? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

48. Existe disponibilidade de informações da própria SMS, tais como Instrumentos de Gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão), Agenda Municipal, PPI, gastos com a saúde, etc.? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

## DIMENSÃO: ATIVIDADES

49. Qual o volume de denúncias que chegam para o setor de Auditoria? \*  
(Descreva uma média por período)

50. Todas as denúncias que chegam para o setor de Auditoria são apuradas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

51. Quais os motivos que levam a não apuração de denúncias recebidas pelo setor de Auditoria?

(Responda caso tenha marcado "NÃO" na questão anterior)

52. Qual a média de tempo para a conclusão da apuração? \*

53. Existe um fluxo detalhado legalmente para apuração de denúncias? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

54. Quais serviços são auditados pela equipe do componente municipal? \*

55. Você trabalha utilizando metodologias distintas conforme os tipos de auditorias realizadas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

56. Quais metodologias você utiliza?

57. As auditorias operativas realizadas são sempre precedidas de auditorias analíticas?

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

#### DIMENSÃO: PRODUTOS

58. Por favor, escreva sobre a dinâmica do processo de execução das auditorias. \*

59. Toda auditoria realizada possui um relatório específico e um processo formalizado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

60. Existe encaminhamento regular de relatórios, notificação ou parecer conclusivo das auditorias realizadas para as unidades de saúde auditadas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

61. Existe encaminhamento regular de relatórios, notificação ou parecer conclusivo das auditorias realizadas para outros órgãos de controle? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

62. Para quais?

(Responda caso tenha marcado "SIM" na questão anterior)



ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS – GESTOR DE SAÚDE

1. Li e concordo em participar da pesquisa \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

DIMENSÃO: RELAÇÃO ENTRE O COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA E OS OUTROS COMPONENTES DO SNA

2. 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? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Existe solicitação de trabalho em conjunto entre o componente municipal de auditoria e os outros componentes? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

4. São realizados trabalhos em conjunto entre o componente municipal auditoria e os outros componentes? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

DIMENSÃO: RECONHECIMENTO DO PAPEL DE AUDITORIA

5. O que você acha do trabalho do componente municipal de auditoria na sua gestão? \*

6. Existe autonomia do setor para o desenvolvimento das auditorias programadas? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Existe autonomia do setor para realizar avaliações e emitir recomendações? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Os produtos da auditoria são utilizados para a tomada de decisões? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Você acha que os outros setores da SMS também utilizam os resultados para a correção de eventuais não-conformidades e replanejamento das ações? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

#### DIMENSÃO: PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

9. Você recebe a programação das atividades da auditoria? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Qual a frequência de recebimento da programação das atividades da auditoria?

(Responda caso tenha marcado "SIM" na questão anterior)

O setor encaminha relatórios? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Com que frequência o setor encaminha relatórios?  
(Responda caso tenha marcado "SIM" na questão anterior)

## DIMENSÃO: ADEQUAÇÃO DO QUADRO TÉCNICO

12. Quais categorias profissionais compõem o quadro do componente municipal de auditoria? \*

13. Você considera suficiente o quadro de auditores da SMS? \*  
Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. Por qual/ quais motivo(s) você não considera o quadro suficiente?  
(Responda caso tenha marcado "NÃO" na questão anterior)

15. Você identifica alguma necessidade de treinamento e/ou aperfeiçoamento da sua equipe de auditoria? \*  
Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. Qual( quais) treinamento( s) e/ou aperfeiçoamento( s) você identifica como necessário( s)?  
(Responda caso tenha marcado "SIM" na questão anterior)

17. Como é realizada a seleção dessa equipe? \*

18. Qual a forma de contratação dessa equipe? \*

## DIMENSÃO: DISPONIBILIDADE DE RECURSOS FÍSICOS E EQUIPAMENTOS

19. O setor encaminhou alguma reclamação no que diz respeito a recursos físicos ou equipamentos? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

20. Qual/quais?

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

22. Qual/quais?

## NÍVEL 2. TÉCNICO-OPERACIONAL

### DIMENSÃO: ATIVIDADES

23. Todas as denúncias que chegam à SMS são apuradas? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

24. Qual a média de tempo para a conclusão da apuração? \*

25. Quais serviços são auditados pela equipe do componente municipal? \*

### DIMENSÃO: PRODUTOS

26. Toda auditoria realizada possui um processo formalizado? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

27. Por favor, descreva o fluxo de encaminhamento de processos pela auditoria. \*

28. Existe encaminhamento regular de relatórios, notificação ou parecer conclusivo das auditorias realizadas aos órgãos auditados? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

29. Existe encaminhamento regular de relatórios, notificação ou parecer conclusivo das auditorias realizadas para outros setores da SMS? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

30. Existe encaminhamento para outros órgãos de controle? \*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

31. Para quais? (Responda caso tenha marcado "SIM" na questão anterior)

**ANEXO C – QUADRO DE ANÁLISE DE VIABILIDADE PARA IMPLANTAÇÃO DO  
COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS**

DIMENSÕES	FO		FA	
	AMBIENTE INTERNO FACILIDADES	AMBIENTE EXTERNO OPORTUNIDADES	AMBIENTE INTERNO FRAGILIDADES	AMBIENTE EXTERNO AMEAÇAS
Política				
Administrativa				
Técnica				
Financeira				

Fonte: CASTRO (2014).

## ANEXO D – MATRIZ DE DIMENSÕES E CRITÉRIOS DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS

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

<p><b>3. Competências do Componente Municipal de Auditoria</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 10</b></p>		<p><b>a) Avaliar as ações e serviços de saúde públicos sob sua gestão (3 ptos);</b></p> <p><b>b) Avaliar os serviços de saúde privados sob sua gestão (3 ptos);</b></p> <p><b>c) Verificar a conformidade da aplicação dos recursos destinados à saúde avaliando os resultados alcançados (2 ptos);</b></p> <p><b>d) Verificar o cumprimento das diretrizes, objetivos e metas estabelecidos nos planos municipais de saúde (2 ptos);</b></p>	<p>( ) avançado: (a+ b+c + d)</p> <p>( ) intermediário: (a + b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Atos legais da SMS</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Relatórios de auditorias realizadas</p>
<p><b>4. Auditoria no organograma da SMS</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 5</b></p>		<p>a) Auditoria está ligada diretamente ao gestor <b>(3 ptos);</b></p> <p>b) Auditoria constitui-se num setor independente <b>(2 ptos);</b></p>	<p>( ) avançado: (a + b)</p> <p>( ) intermediário: (a)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Organograma da SMS</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p>
<p><b>5. Relação entre a Auditoria e outros setores da Gestão Municipal</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 5</b></p>		<p>Existência de fluxos de informações de rotina entre a Auditoria e setores correlatos – regulação, controle e avaliação e setor de Planejamento <b>(2 ptos) ;</b></p> <p><b>b) Participação regular da Auditoria em reuniões estratégicas (2 ptos);</b></p> <p><b>c) Conhecimento permanente das atividades desenvolvidas por outros setores da SMS (1 pto);</b></p>	<p>( ) avançado: (a + b + c)</p> <p>( ) intermediário: a + b</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Documentos oficiais</p> <p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Entrevistas com técnicos dos setores de Regulação,</p>



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

<p><b>8. Planejamento e Avaliação</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 10</b></p>		<p>a) Planejamento das Atividades da Auditoria: elaboração de programação mensal e/ou anual <b>(4 ptos)</b>;</p> <p>b) Existência de relatórios das atividades realizadas <b>(4 ptos)</b>;</p> <p>c) Existência de instrumento de avaliação das atividades desenvolvidas <b>(2 ptos)</b>;</p>	<p>( ) avançado : (a+ b + c)</p> <p>( ) intermediário: (a + b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Documentos do setor</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p>
<p><b>9. Adequação do quadro técnico às necessidades do componente municipal de Auditoria</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 14</b></p>		<p><b>a) Auditores contratados através de concurso público</b> (3 ptos);</p> <p><b>b) A atual equipe é multiprofissional</b> (3 ptos);</p> <p><b>c) Equipe com todos os técnicos capacitados em Auditoria (curso de curta duração</b> (3 pts);</p> <p><b>d) A equipe é quantitativamente adequada para atingir os objetivos propostos e atribuições estabelecidas</b> (3 ptos);</p> <p>e) Equipe com técnicos capacitados através de cursos de pós-graduação em Auditoria ou Saúde Coletiva <b>(2 ptos)</b></p>	<p>( ) avançado : (a + b+c+d + e)</p> <p>( ) intermediário: (a+ b) + c ou d</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Documentos oficiais</p> <p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Entrevistas com os auditores/coordenação</p>
<p><b>10. Disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 15</b></p>		<p>a) Sala própria da Auditoria <b>(3 ptos)</b>;</p> <p>b) Equip. Informática: computador e impressora <b>(3 ptos)</b>;</p> <p>c) Linha telefônica e acesso à Internet <b>(3 ptos)</b>;</p> <p>d) Apoio de informática <b>(2 ptos)</b>;</p> <p>e) Apoio administrativo <b>(2 pto)</b>;</p> <p>f) Carro próprio <b>(1 pto)</b></p> <p>g) Máquina fotográfica e outros <b>(1 pto)</b>;</p>	<p>( ) avançado: (a+b+ c+d+e+f+g)</p> <p>( ) intermediário: (a + b + c + d)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>Observação do setor</p>

NÍVEL 2: TÉCNICO-OPERACIONAL <sup>1</sup>				
Dimensões	Subdimensões	Critérios de Avaliação	Gradação	Fonte de Evidências
<b>1. Insumos</b> <b>Pontos Máximos: 25</b>	<b>Informações utilizadas na realização das atividades de Auditoria</b>	a) Disponibilidade de utilização dos dados dos sistemas de informações nacionais <b>(10 pts)</b> ; b) Utilização de manuais, roteiros, leis, portarias e normas do MS <b>(10 pts)</b> ; b) Disponibilidade de utilização das informações da gestão, tais como Plano Municipal, Agenda Municipal, PPI da Atenção Básica e de Média Complexidade, gastos com a saúde (EC 29), etc. <b>(5 pts)</b> ;	( ) avançado : (a+ b + c) ( ) intermediário: (a + b) ( ) incipiente	- Observação do setor - Entrevistas com auditores/coordenação
<b>2. Atividades</b> <b>Pontos Máximos: 45</b>	<b>Apuração de Denúncias (Auditorias Especiais)</b> <b>Pontos: 15</b>	a) Apuração de 100% das denúncias <b>(8 pts)</b> ; b) Denúncias apuradas em tempo hábil <sup>67</sup> <b>(7 pts)</b> ;	<b>( ) avançado :</b> (a + b) ( ) intermediário: (a) ( ) incipiente	- Entrevistas com gestor - Entrevistas com auditores/coordenação - Relatórios de auditorias realizadas
	<b>Auditorias Programadas</b> (Auditoria Regular) <b>Pontos: 15</b>	a) Auditorias dos serviços públicos sob sua gestão <b>(5 pts)</b> ; b) Auditoria dos serviços de saúde privados - contratados ou conveniados ao SUS <b>(5 pts)</b> ; c) Auditoria do Sistema Municipal de Saúde <sup>68</sup> <b>(5 pts)</b> ;	( ) avançado : (a +b+c) ( ) intermediário: <b>(a + b)</b> ( ) incipiente	- Entrevistas com gestor - Entrevistas com auditores/coordenação - Relatórios de auditorias realizadas

	<p><b>Métodos de Atuação</b></p> <p><b>Pontos: 15</b></p>	<p>a) Realização de auditorias operativas precedidas de auditorias analíticas <b>(8 ptos)</b>;</p> <p>b) Utilização de metodologias padronizadas de acordo com os diversos tipos de auditorias (denúncias, serviços, gestão) <b>(7 ptos)</b>;</p>	<p>( ) avançado : (a+ b)</p> <p>( ) intermediário: (a ou b)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p> <p>- Relatórios de auditoria realizadas</p> <p>- Instrumentos utilizados</p>
<p><b>3. PRODUTOS</b></p> <p><b>Pontos Máximos: 30</b></p>		<p>a) Existência de relatórios específicos <b>(6 ptos)</b>;</p> <p>b) Existência de formalização de todas as auditorias realizadas através de aberturas de processos <b>(6 ptos)</b>;</p> <p>c) Encaminhamento regular de notificação aos órgãos auditados sobre as conclusões da auditoria para apresentação de defesa ou justificativa, se for o caso <b>(6 ptos)</b>;</p> <p>d) Elaboração regular de parecer conclusivo após análise da defesa ou justificativa <b>(6 ptos)</b>;</p> <p>e) Comunicado ao auditado e denunciante (se houver) das conclusões e recomendações finais da auditoria, inclusive das penalidades a serem aplicadas, se for o caso <b>(6 ptos)</b>.</p>	<p>( ) avançado : (a+b+c+d+e)</p> <p>( ) intermediário: (a+ c + e)</p> <p>( ) incipiente</p>	<p>- Entrevistas com gestor</p> <p>- Relatórios de auditorias realizadas</p> <p>- Comunicados/notificações/ parecer encaminhados</p> <p>- Entrevistas com auditores/coordenação</p>

<sup>1</sup>Os níveis *político-gerencial* e *técnico operacional* totalizam 100 pontos, separadamente. A pontuação corresponde ao somatório de pontos de suas dimensões relacionadas as respectivas subdimensões e critérios. O resultado final está correlacionado a um escore de 0 a 100%.

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

\*\*O critério só será considerado se o componente municipal de Auditoria for um setor independente dos setores de planejamento, regulação, controle e avaliação. (100 pontos). Fonte: Castro (2004).

**ANEXO E – QUADRO DE ESTRATIFICAÇÃO DA PONTUAÇÃO OBTIDA NAS DIMENSÕES E CRITÉRIOS ESCORE FINAL (%) RELACIONADO À APRECIÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS E DIFICULDADES ENCONTRADAS**

Dimensões	Pontos Máximos	Pontos obtidos		Dificuldades
		N	%	
Base legal do componente	12			
Objetivos	06			
Competências	12			
Posição no organograma	05			
Posição no organograma	05			
Relação entre Auditoria e outros setores da SMS	05			
Relação entre Auditoria municipal e outros componentes do SNA	05			
Reconhecimento do papel da Auditoria na Gestão	15			
Planejamento e Avaliação	10			
Adequação do quadro técnico	15			
Disponibilidade de recursos físicos e equipamentos	15			
<b>Total do nível político gerencial</b>	100			
Dimensões	Pontos Máximos	Pontos obtidos		Dificuldades
		Nº	%	
<b>Insumos</b>	<b>25</b>			

<b>Atividades</b>	<b>45</b>			
<b>Produtos *</b>	<b>30</b>			
<b>Total do nível técnico-operacional</b>	<b>100</b>			
<b>Total geral **</b>	<b>200</b>			

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

\*\* Diante do escore de 60,0 % alcançado para a apreciação do grau de implantação, consideramos que o componente municipal de Auditoria está implantado de forma **intermediária** no município-caso; nos dois níveis analisados - político-gerencial e técnico-operacional-, o município apresentou os escores intermediários (64% e 56%).

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

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