

AMELIA DE ANDRADE

**AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA PARA O  
FORTALECIMENTO DO CONTROLE INTERNO DO SUS**

Brasília

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMELIA DE ANDRADE

**AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA PARA O  
FORTALECIMENTO DO CONTROLE INTERNO DO SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Anadergh Barbosa-Branco

Brasília

2013

AMELIA DE ANDRADE

**AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA PARA O  
FORTALECIMENTO DO CONTROLE INTERNO DO SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em 25 de janeiro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anadergh Barbosa-Branco – presidente  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Antônio Iturri de La Mata  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso  
Universidade de Brasília

## **AGRADECIMENTOS**

Este mestrado e esta dissertação em particular foram viabilizados sem solução de continuidade da supervisão das ações de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - Denasus. Em outras palavras, trocamos os pneus, inclusive o estepe, com o carro em movimento. Isso somente foi possível graças à compreensão e ao espírito público dos amigos e competentes companheiros de trabalho com os quais compartilhamos a coordenação geral das ações de auditoria.

Ao diretor do Denasus à equipe de auditores, nossos sinceros agradecimentos.

Nosso reconhecimento à professora Anadergh Branco, que nos orientou na concepção e no desenvolvimento desta dissertação, superando distâncias físicas e a aridez peculiar às ações de auditoria, inclusive o respaldo legal que a norteia. Transmitiu-nos sua proficiência acadêmica e orientação metodológica que não esqueceremos.

Às professoras Fatima Sousa e Ana Valeria, pela motivação e pelo ânimo oferecidos para que extraíssemos o maior proveito possível deste mestrado.

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

Esperamos retribuir essas provas de dedicação e competência pondo em prática a abertura de horizontes que o mestrado nos ofereceu.

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

*Não existe nada mais difícil de fazer, nada mais perigoso de conduzir, ou de êxito mais incerto do que tomar a iniciativa de introduzir uma nova ordem de coisas, porque a inovação tem inimigos em todos aqueles que se têm saído bem sob as condições antigas e defensores não muito entusiásticos entre aqueles que poderiam sair-se bem na nova ordem de coisas. (Maquiavel)*

## RESUMO

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. A Constituição Federal previu que o SUS deveria ser regulamentado, fiscalizado e controlado. A responsabilidade de controle e fiscalização do SUS é do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, organizado de forma descentralizada com atribuições definidas para os três entes federativos. Passados 20 anos desde a criação do SNA, em 1993, temos o componente federal – Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus estruturado e funcionando; os componentes estaduais com a informação de estruturação; e os municipais com somente 64 dos 5.565 municípios informando ter componente municipal estruturado e funcionando. Dessa forma, podemos afirmar a inexistência do controle interno no SUS. Identificamos mediante resultados de auditorias realizadas pelo Denasus que as conseqüências da inexistência do controle interno podem contribuir para fragilidades em ações estruturantes para o SUS. Foram identificadas não conformidades no planejamento, na utilização de recursos financeiros, na Estratégia de Saúde da Família, na atuação do Conselho de Saúde e na avaliação dos resultados que se consubstanciam nos Relatórios Anuais de Gestão. Essas constatações sedimentam o entendimento de que a auditoria precisa ser fortalecida e constituir instrumento capaz de subsidiar o processo decisório do gestor da saúde, contribuindo assim para a contínua construção e fortalecimento do SUS.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva; Gestão do SUS; Informação em Saúde.

## **ABSTRACT**

The systemic conception of the Unified Health System - SUS assumes that it is permanently evaluated and therefore the results of these assessments provide feedback for its improvement. The Constitution foresaw that the SUS should be regulated, monitored and controlled. The National Audit System – SNA has the responsibility for controlling and monitoring the SUS. It is organized in a decentralized manner with defined attributions for the three federative entities. After 20 years of the creation of the SNA, in 1993, we now have the federal component - National Audit Department of SUS – Denasus, structured and functioning; state components with the structuring information, and the municipal components with only 64 of the 5,565 municipalities, informing to be structured and functioning. Thus, we can assert the lack of internal control in the SUS. Through audits conducted by Denasus we identified results evidencing that the consequences of the lack of internal control may contribute to weaken structuring actions for SUS. Nonconformities were identified in the planning, the use of resources, the Family Health Strategy, the actions of the Health Council and in the assessment of results which embody Annual Reports Management. These findings settle the understanding that the audit needs to be strengthened as well as constructing an instrument able to subsidize the decision making process of health managers, thus contributing to the ongoing construction and strengthening of the SUS.

**Keywords:** Public Health; Management of SUS; Health Information

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos Grupos, Subgrupos e Itens.....	52
Tabela 2 – Distribuição dos Grupos, segundo a situação de conformidade dos relatórios das auditorias.....	57
Tabela 3 – Distribuição dos Grupos segundo a situação da justificativa.....	58
Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades por Grupo de constatações.....	59
Tabela 5 – Itens do relatório de auditoria por Subgrupo objeto de análise.	60
Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Itens do Subgrupo Fundo de Saúde.....	64
Tabelas 7 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Itens do Subgrupo Atenção Básica.....	65
Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Subgrupos do Grupo Controle Social.....	70
Tabela 9 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Subgrupos do Grupo Regionalização, Planejamento e Programação...	78
Tabela 10 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Itens do Subgrupo Plano de Saúde.....	78
Tabela 11 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Itens do Subgrupo Relatório Anual de Gestão.....	80



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Dataprev	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAE	Fração Assistencial Especializada
FMS	Fundo Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOA	Lei Orçamentária Anual
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
Paba	Piso de Atenção Básica Ampliada
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS
PID	Programa de Inclusão Digital

Plano CONASP	Plano de Reorientação da Assistência no âmbito da Previdência Social
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIAB	Sistema Informatizado da Atenção Básica
SISAUD/SUS	Sistema de Auditoria do SUS
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tomada de Contas Especial
TCU	Tribunal de Contas da União
TFGM	Teto Financeiro Global do Município
UBASF	Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 OBJETIVOS</b> .....	15
1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO</b> .....	16
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
<b>2.1.1 Primórdios da Administração</b> .....	18
<b>2.1.2 Controle Interno e Externo</b> .....	22
<b>2.1.3 Conceito de Auditoria</b> .....	23
2.2 REFERENCIAL NORMATIVO DA AUDITORIA DO SUS.....	25
<b>2.2.1 Parâmetro constitucional</b> .....	25
<b>2.2.2 Auditoria na Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90</b> .....	25
<b>2.2.3 Criação da auditoria no Sistema Único de Saúde</b> .....	26
<b>2.2.4 Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria</b> .....	27
<b>2.2.5 Auditoria e as Normas Operacionais Básicas – NOBs</b> .....	29
2.2.5.1 Norma Operacional Básica – NOB/91.....	30
2.2.5.2 Norma Operacional Básica – NOB/92.....	31
2.2.5.3 Norma Operacional Básica – NOB/93.....	31
2.2.5.4 Norma Operacional Básica – NOB/96.....	33
2.2.5.5 Norma Operacional de Assistência a Saúde – Noas-SUS 01/2001.....	36
2.2.5.6 Norma Operacional de Assistência a Saúde – Noas-SUS 01/2002.....	38
<b>2.2.6 Auditoria e o Pacto pela Saúde</b> .....	39
<b>2.2.7 Contexto atual</b> .....	42
2.2.7.1 Auditoria e o Contrato Organizativo da Ação Pública.....	42

2.2.7.2 Auditoria e a Lei Federal n. 141/2012.....	43
2.2.7.3 Auditoria no âmbito do Ministério da Saúde.....	45
2.2.7.4 Sistema Nacional de Auditoria: contexto atual segundo pesquisa realizada pelo Denasus.....	46
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>50</b>
3.1 CENÁRIO.....	51
3.2 O SISTEMA INFORMATIZADO DE AUDITORIA DO SUS – SISAUD/SUS.....	51
3.3 TIPO DE ESTUDO.....	53
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	53
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	54
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
4.1 ASPECTOS GERAIS.....	57
4.2 GRUPO RECURSOS FINANCEIROS.....	61
4.3 GRUPO ATENÇÃO BÁSICA.....	65
4.4 GRUPO CONTROLE SOCIAL.....	70
4.5 GRUPO REGIONALIZAÇÃO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO.....	77
<b>4.5.1 Plano de Saúde.....</b>	<b>78</b>
<b>4.5.2 Relatório de Gestão.....</b>	<b>79</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, definido no Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), é um processo em permanente construção. Decorridos vinte e quatro anos de sua institucionalização, os desafios têm sido imensos no sentido de buscar a consolidação de um autêntico sistema de saúde, que viabilize os princípios doutrinários de universalização, equidade e integralidade, para 193.946.886 habitantes (IBGE, 2012).

A propósito, a concepção sistêmica escolhida pelo legislador constituinte ao institucionalizar o SUS, considerou a relevância do ambiente externo para a análise das organizações. Essa teoria reconheceu que as empresas não atuam de forma isolada de seu meio; pelo contrário, trocam com ele energia constantemente, influenciando-o e sendo por ele influenciada. (VIEIRA, 2012, p. 109-116).

O processo de construção do SUS avançou nos últimos 24 anos, embora não acompanhado do crescimento necessário dos instrumentos de controle, avaliação e auditoria que possibilitassem a identificação dos erros e acertos desse processo, contribuindo para o equilíbrio e efetiva consolidação do sistema de saúde.

O objeto desta dissertação se constitui especificamente num dos instrumentos de controle, a auditoria.

A literatura não registra o início da auditoria em saúde pública no Brasil. Historicamente é importante destacar a década de 70. Nela foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS com ênfase no modelo de assistência à saúde, mediante a compra de serviços de prestadores privados. Naquela época, a falta de controle sobre o faturamento dos serviços prestados facilitou a corrupção, que atingiu níveis que ameaçaram o equilíbrio financeiro da Previdência Social. Para coibir essas irregularidades foram concebidas e implantadas providências de controle tais como: a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev); a ampliação de convênios com prestadores públicos, sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais, entre outros, e, a normatização da relação entre entes públicos e privados.

Em 1982 foi implementado o Plano de Reorientação da Assistência no âmbito da Previdência Social – Plano CONASP, marcado por medidas racionalizadoras nas áreas ambulatorial e hospitalar, destacando-se: a) a criação das AIHs – Autorização de Internação Hospitalar; b) alterada a forma dos prestadores privados registrarem e

cobrarem pelas internações hospitalares realizadas; e, c) instituído o sistema de pagamento por procedimentos.

As primeiras atividades de auditoria foram realizadas tendo por objeto a análise das Autorizações de Internações Hospitalares - AIHs, que consistia na verificação da consistência entre os procedimentos cobrados e os efetivamente realizados. Essas atividades eram realizadas por supervisores médicos, por meio de apurações em prontuários de pacientes e em contas hospitalares. À época, não havia auditorias diretamente em hospitais.

A preocupação na realização de ações de auditoria era coibir fraudes e superfaturamentos, principalmente em relação aos prestadores de serviços de saúde privados. Nessa época, todos os serviços de saúde no Brasil eram pagos de forma centralizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

O planejamento das internações e os atendimentos ambulatoriais deveriam seguir os parâmetros definidos pela Portaria MPAS n. 3.046/82. Esses mecanismos de auditoria em procedimentos hospitalares e definição de parâmetros de atendimento, constituíram tentativa inicial de implementar na área pública de saúde uma cultura de avaliação, controle e auditoria.

A década de 1990 é considerada o período em que efetivamente ocorreu a descentralização das ações de saúde. Essa medida permitiu aos estados e municípios relativa autonomia no gerenciamento dos recursos financeiros com a finalidade de oferecer à população melhoria na qualidade da assistência. A descentralização trouxe a ideia de que num país com dimensões continentais, quanto mais próxima a decisão do fato, maiores as oportunidades de acerto.

Essa descentralização das ações de saúde não foi acompanhada na mesma velocidade pelo crescimento de mecanismos de controle, capazes de contribuir para a verificação dos resultados alcançados e a correção na aplicação dos recursos públicos transferidos diretamente para os estados e municípios.

A Constituição Federal preceituou o controle no SUS. O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, que tem a responsabilidade de operacionalizar de forma descentralizada esse controle, foi criado em 1993. Hoje, os dados existentes referentes à estruturação e implantação do SNA, evidenciam que esse sistema de controle ainda não se efetivou, nos estados e municípios.

Esse contexto que não contemplou adequadamente a execução do controle no Sistema Único de Saúde, bem como a trajetória da mestrandia, desde 1995,

atuando inicialmente em instâncias de controle, avaliação e auditoria da gestão municipal até 1998, seguido do exercício na Coordenação Geral de Auditoria do SUS do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE, do Ministério da Saúde, motivaram a realização deste estudo.

Diariamente chegam ao Denasus denúncias de irregularidades na saúde, procedentes de cidadãos, do Ministério Público, da Polícia Federal, entre outros demandantes. Essas solicitações poderiam inexistir se o gestor da saúde tivesse à sua disposição uma estrutura que lhe proporcionasse regularmente *feedback* da operacionalização das ações decorrentes de suas decisões no exercício da gestão do sistema de saúde.

A pergunta norteadora desta pesquisa, que fundamentará a concepção da relevância do controle interno do SUS, é a seguinte: Quais as evidências que permitem afirmar que a auditoria possa se constituir numa ferramenta de gestão e contribuir para o fortalecimento do processo decisório do gestor do SUS?

O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico, com a identificação dos normativos legais que tratam da auditoria na saúde, desde a criação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde, a criação do Sistema Nacional de Auditoria, passando pelas Normas Operacionais, o Pacto pela Saúde, o COAP, a Lei Federal n. 141/2012 e o contexto atual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Procura-se demonstrar com esse levantamento como as orientações elaboradas, a partir de 1993, para nortear a descentralização da saúde proposta na Constituição Federal, contribuíram ou não para a situação que hoje se constata como de inexistência do sistema de controle descentralizado, tal qual prescrito na legislação que criou o SUS.

O objetivo geral e os objetivos específicos encontram-se identificados no Capítulo 2.

O terceiro capítulo explicita a metodologia utilizada.

No capítulo quatro são apresentados os resultados decorrentes das análises feitas na base de dados do Sistema Informatizado de Auditoria do SUS – SISAUD/SUS, sistema que registra as auditorias realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus. As constatações registradas nesse sistema fundamentam este trabalho, ou seja, constituem-se nas evidências, a partir das quais se pretende fundamentar que a tese que as ações de auditoria possam contribuir para o fortalecimento do processo decisório do gestor do SUS.

No capítulo cinco a discussão procura evidenciar como as não conformidades interferem na gestão do SUS.

O último capítulo consubstancia as conclusões do estudo. Procura apontar as contribuições da auditoria como ferramenta de gestão para a segurança e fortalecimento do processo decisório do gestor do SUS.



## 1 OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as constatações de não conformidades, registradas nos relatórios de auditoria realizadas pelo Denasus, visando corroborar a tese da relevância do controle interno no SUS.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais fatores de inconformidade das constatações, que interferem na gestão do SUS.
- Estabelecer evidências com base na análise dos resultados, visando consubstanciar a tese da relevância do controle interno no SUS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

### 2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A decisão do legislador constituinte de instituir na Constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde – SUS pode ser conceituada como um marco contemporâneo do futuro, devido ao acerto e abrangência dessa opção, conforme adiante demonstraremos.

Igual referência merecem os preceitos que garantem ao cidadão o direito à saúde e a obrigação do Estado de assegurá-la. Mais ainda: inovou a Constituição ao estabelecer pacto federativo para o cumprimento dos princípios básicos de universalidade, integralidade e equidade. Condizente com essa dimensão e responsabilidade, União, Estados e Municípios tiveram suas autonomias asseguradas na Carta Magna, conduzindo esses entes federados a atuarem de forma harmoniosa e pactuada, tendo como parâmetro os princípios constitucionais citados.

Depreende-se desses preceitos que os entes federados assumem compulsoriamente as seguintes obrigações legais e organizacionais: (1) as decorrentes do texto constitucional e legislação complementar; (2) as ações que assegurem aos cidadãos, usuários do SUS, a integralidade à saúde; e, (3) as decisões inerentes à funcionalidade e ao equilíbrio do próprio sistema, ressaltando o controle e a realimentação como funções do seu equilíbrio.

Os requisitos básicos para viabilizar essas obrigações e encargos administrativos são de natureza estruturalizante: o não cumprimento dessas responsabilidades resultará em desequilíbrio para o sistema, cujo equilíbrio (homeostase) requer diálogo e interação permanentes e o exercício de ações básicas que podem ser assim sumariadas:

- a) Pacto federativo harmonioso, capaz de cumprir a legislação vigente, incorporando o conhecimento e a criatividade regional, indispensáveis para assegurar contexto e clima organizacionais compatíveis à assunção das obrigações e responsabilidades de cada ente federado e seus respectivos subsistemas. As obrigações legais e organizacionais convertidas em acordos para que o sistema tenha vitalidade capaz de superar diferentes demandas;

- b) Níveis eficazes de controle, assegurados por informações recuperadas e atualizadas de forma sistemática e capazes de gerar avaliações gerenciais periódicas;
- c) Avaliação e realimentação de cada subsistema, fonte de oxigenação e transparência do desempenho de cada região de saúde; e,
- d) Análise comparativa dos Relatórios das Gestões: resultados esperados e os alcançados, a fim de oxigenar o processo decisório do SUS.

A natureza e a complexidade desses encargos e responsabilidades, compulsoriamente assumidos pelos entes federados, decorrem não só dos parâmetros constitucionais e legislação complementar como da natureza intrínseca do sistema. A teoria sistêmica, onde o legislador constituinte abeberou conhecimentos e firmou convicção para essa escolha, 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.

Indispensável ressaltar que chegar à Teoria dos Sistemas foi resultado de gradual processo evolutivo. Desde 4.000 a.C. há referência na literatura sobre os primórdios dos princípios da administração, embora ainda não reconhecida como ramo de conhecimento. Essa evolução evidencia quão pertinente à lógica desta dissertação é o conhecimento ainda que sumário desse processo, porque permite avaliar a relevância do controle como exercício contínuo, função vital para o equilíbrio organizacional e a consecução dos resultados almejados por qualquer empreendimento.

Por essa razão, baseados no magistério de Chiavenato (2011), passaremos a referir à evolução histórica das abordagens que precederam à Teoria dos Sistemas. O conhecimento dessa síntese é pedagógico porque demonstra o desafio e as soluções que os administradores se depararam desde o início do século XX. Merece reiterar que o controle permeia essas sucessivas concepções, evidenciando constituir-se requisito essencial.

Restasse alguma dúvida sobre esses desafios e a busca de soluções em contextos organizacionais complexos, como se acontecer com a administração do SUS, à guisa de motivação prévia à leitura dos primórdios da administração, transcrevemos o seguinte texto de Contandriopoulos (2012, p.268) sobre as lógicas conflitantes do Sistema Único de Saúde:

[...] nem todos os atores dão o mesmo peso aos grandes valores do sistema de cuidados. Para alguns, a equidade é dominante. Para outros, o valor essencial é o respeito à liberdade, e mesmo quando concordam sobre a importância de melhorar a eficiência eles atribuem sentidos diferentes a este conceito. O que interessa ao governo é a eficiência alocativa, isto é, a repartição dos recursos que permita encontrar a melhor arbitragem possível, em termos de bem-estar coletivo, entre os grandes valores da sociedade (equidade, solidariedade, respeito às liberdades individuais e promoção da saúde da população). Para os administradores e planejadores, a distribuição eficiente dos recursos é aquela que permite maximizar os ganhos de saúde para uma determinada despesa. Segundo a lógica econômica, só a repartição dos recursos que resulta do livre funcionamento do mercado é eficiente. Finalmente, para os profissionais, agir de modo eficiente é prestar todos os serviços clinicamente requeridos, em função do estado de saúde do paciente e dos conhecimentos médicos.

Quantos labirintos opcionais não se depararam os empreendedores de um passado relativamente recente, diante da necessidade de planejar com margens de segurança previsíveis ou decidir exaurindo alternativas para escolher a mais efetiva? Vejamos concretamente para a solução desses desafios a contribuição dos que conduziram a administração a constituir-se ciência.

### **2.1.1 Primórdios da Administração**

Baseados no magistério de Chiavenato, somente em 1911 a administração mereceu sistematização com Frederick W. Taylor, com a apresentação à Academia de Ciências de Nova York de um conjunto de experimentos que tornou possível o reconhecimento da administração como ramo de conhecimento. Esses estudos inauguraram a Escola Clássica de Administração e versaram sobre administração científica; estudos de tempo e movimento; racionalização do trabalho e ênfase no planejamento e controle. A esse conjunto de abordagens se denominou visão microssomática.

Seguidor de Taylor, Henri Fayol, partiu do todo organizacional (visão macrossomática) concebendo as funções básicas de administração: previsão, organização, comando, coordenação e controle, explicitados em quatorze princípios gerais de administração: divisão do trabalho; autoridade e responsabilidade; disciplina; unidade de comando; unidade de direção; subordinação dos interesses individuais aos gerais; remuneração do pessoal; centralização; cadeia escalar; ordem; equidade; estabilidade do pessoal; iniciativa e espírito de equipe.

Alguns desses princípios nos nossos dias soam ausentes e razão de não conformidade, apesar de concebidos nas duas primeiras décadas do século passado.

Essas abordagens de Taylor e Fayol, ambos engenheiros, o primeiro cidadão americano e Fayol francês, foram implementadas por Urwick que ressaltou a importância da investigação, previsão, planejamento, organização, coordenação, comando e controle. Também Gulick ressaltou as funções: planejamento (*planning*); organização (*organizing*); assessoria (*staffing*); coordenação (*coordinating*); informação (*reporting*) e orçamento (*budgeting*).

A esse conjunto de abordagens dá-se o nome de Teoria Clássica, cuja ênfase normativa e prescritiva foi criticada por constituir-se numa espécie de receituário, indicando ao administrador como proceder em todas as situações organizacionais.

A Teoria das Relações Humanas sucedeu essas abordagens, a partir da segunda década do século XX, incorporando o ingrediente da humanização à concepção organizacional da empresa; ressaltando a influência da motivação humana; a liderança; a comunicação; a organização informal; e, a dinâmica de grupo.

A apreciação crítica da Teoria das Relações Humanas a classifica como estratégia sub-reptícia ao transmitir a ideologia dos donos de negócio para alcançar maior produtividade por intermédio de uma rede de serviços sociais na empresa...

Não obstante essa crítica, Kleber Nascimento afirma: *de qualquer modo foi a Escola das Relações Humanas que marcou o início do reenfoque hoje definitivo, da Administração como ciência social aplicada*. Concluindo: Em suma, a ênfase deixou de ser colocada nas técnicas administrativas para ser colocada nas pessoas.

Na década de 1950, ainda segundo Chiavenato, o mundo das organizações ingressou em uma etapa de grandes mudanças e transformações. Os postulados da Teoria Clássica subsistiram, devidamente atualizados e redimensionados, segundo o tamanho das organizações de hoje. Dentre as inovações a de que a Teoria da Administração não precisa abarcar todo o conhecimento para servir de fundamentação científica aos princípios de administração. Esse período de evolução da administração recebeu o título de Teoria Neoclássica da Administração, centrada na definição do papel do administrador como dirigente de pessoas. A crítica a essa abordagem reside na ênfase em objetivos e resultados (fins) no lugar dos métodos

(meios). Embora fosse uma revolução na maneira de conduzir as organizações, não levou em consideração a mudança que se desenvolvia no ambiente de negócios.

Antes de chegarmos à abordagem sistêmica da administração, duas contribuições subsequentes enriqueceram-na a partir da administração por objetivo (APO), focada em resultados; e na concepção dos estruturalistas da administração, compreendendo: a) o modelo burocrático, que busca a administração ideal; b) a Teoria Estruturalista da Administração, que amplia os horizontes da empresa. Essa concepção trouxe a conhecida contribuição de Max Weber que estudou as organizações sob um ponto de vista estruturalista, preocupando-se com sua racionalidade, isto é, com a relação entre os meios, recursos utilizados e os objetivos a serem alcançados pelas organizações burocráticas. Essa aceção foi retomada pelo Modelo Burocrático de Organização em busca da organização ideal. Em outras palavras: a burocracia como forma de organização, inclusive como produto do Estado moderno.

Há críticas ao Modelo Burocrático por constituir sistema fechado sem interagir com o ambiente que o circunda. Não obstante há 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.

A partir de 1962, segundo Chiavenato, surgiu a Teoria do Desenvolvimento Organizacional (DO), propondo empreender a mudança e a renovação empresarial. Trata-se de um desdobramento prático e operacional da Teoria Comportamental em direção à abordagem sistêmica. O conceito de Desenvolvimento Organizacional (DO) está relacionado com os conceitos de mudança e de capacidade adaptativa da organização à mudança que ocorre no meio ambiente.

Finalmente chegamos à abordagem sistêmica da administração, escolhida pelo legislador constituinte como estrutura organizacional para a viabilização do SUS. Esse enfoque teve origem em 1950, ocasião em que o biólogo Ludwig von Bertalanffy elaborou 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.

Na esteira do magistério de Chiavenato, a Teoria Geral de Sistemas (TGS) proporcionou o surgimento da Cibernética e desaguou na Teoria Geral da Administração, redimensionando-a, uma vez que passou a pensar sistemicamente. E facilidades advieram da Tecnologia da Informação (TI), principal produto da Cibernética.

Resultante do aporte dessas contribuições, o Sistema é assim conceituado:

O sistema é um conjunto de elementos dinamicamente relacionados, formando uma atividade para atingir um objetivo, operando sobre dados/energia/matéria para fornecer informação/energia/matéria.

Ao sumariarmos os prós e contra das teorias organizacionais até chegarmos à Teoria Sistêmica, escolhida e inscrita na Constituição vigente para viabilizar o SUS, o fizemos com o propósito de evidenciar que a opção escolhida é contemporânea do futuro pelas seguintes e principais razões:

- a) Trata-se de um modelo organizacional de excelência, capaz de corresponder às demandas de uma organização complexa, como soe acontecer com o SUS;
- b) Integra as teorias precedentes que lidavam com poucas variáveis;
- c) Agrega tecnologia que amplia sua capacidade de processamento, aliada à velocidade na identificação de não conformidades, propiciando sua solução objetiva e participativa;
- d) É absolutamente amigável ao processar e desenvolver alternativas sobre temas não físicos do conhecimento científico, como as ciências sociais.

Finalmente, os requisitos essenciais à sustentação de uma organização sistêmica, como ocorre 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.

Emerge desta constatação que, a exemplo de um sistema vivo, o sistema aberto SUS, deveria estar em constante interação com o ambiente, buscando seu equilíbrio (homeostase).

Em suma, o sistema aberto pode ser 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

(comportamento tecnológico orientado para fins) e em permanente relação de independência com o ambiente (entendida como a dupla capacidade de influenciar o meio externo e ser por ele influenciado) (JOSEPH M. 1989)

### **2.1.2 Controle Interno e Externo**

Controle é a função administrativa que verifica para que tudo ocorra de acordo com as regras estabelecidas (CHIAVENATO 2011. p 91) .

O controle no âmbito da administração pública é definido no Art. 70 da Constituição Federal:

A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

A fiscalização contábil consiste na verificação dos registros e demonstrativos contábeis; a financeira aos fluxos financeiros; a orçamentária à execução orçamentária da receita e da despesa; e, a operacional ao impacto da ação governamental, ou seja, à eficiência, a eficácia, a efetividade dos gastos.

No âmbito da administração federal o controle externo é exercido pelo Congresso Nacional e pelo Tribunal de Contas da União (TCU); nos estados essa responsabilidade é das Assembleias Legislativas auxiliadas pelos Tribunais de Contas dos Estados (TCE); e, nos municípios pelas Câmaras Municipais auxiliadas pelos TCEs aos quais pertencem. Naqueles municípios que possuem Tribunais de Contas esses se constituem no órgão auxiliar do legislativo, como é o caso dos Municípios do Rio de Janeiro e São Paulo que possuem seus Tribunais de Contas Municipais.

O Controle Interno tem a responsabilidade de avaliar o cumprimento das metas previstas no Plano Plurianual, a execução dos programas de governo e a gestão dos administradores públicos. Suas responsabilidades são definidas no Art. 74 da Constituição Federal.

Art. 74. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de:



I – avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;

II – comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado;

III – exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União;

IV – apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional.

Podemos depreender a partir do que preceitua a Constituição Federal que, no âmbito do poder executivo, 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.

### **2.1.3 Conceitos de auditoria**

A Auditoria aplicada à organização complexa SUS na sua acepção ampla, transcende a função controle e abrange a eficiência, eficácia e efetividade da gestão.

Depreende-se dessa dimensão que a auditoria vincula-se à vitalidade da gestão do SUS. Nesta dissertação a auditoria é trabalhada em três dimensões:

- a) Recuperação de informações *in loco*;
- b) Identificação e análise das conformidades; e,
- c) Tradução desses achados, conformidades ou não conformidades, em ações corretivas e de realimentação do processo decisório.

No âmbito do Ministério da Saúde e Tribunal de Contas da União, as abordagens da auditoria compreendem a acepção ampla supra-referida.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde – SGEP/MS, na qual o Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus está vinculado, conceitua auditoria como um instrumento preventivo de avaliação da gestão pública, conforme conceito inserido na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS, a saber:

Auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, 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, 2007)

O Denasus conceitua auditoria de forma operacional, seguindo a lógica da Gestão Participativa, acrescentando sua contribuição para o planejamento e a qualidade dos processos.

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

O Tribunal de Contas da União – TCU destaca em seu conceito de auditoria o caráter sistemático e um destinatário para os resultados, pressupondo realimentação.

Auditoria é o processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado. (BRASIL, 2011)

Os três conceitos descritos destacam a relevância da auditoria como instrumento que oferece informações e contribui para o processo decisório do gestor.

A partir desses conceitos, é importante entender como foram orientadas as ações do SUS desde a sua criação, buscando subsidiar a estruturação de um possível sistema de controle. Para alcançar esse objetivo, identificamos toda a legislação e os atos normativos que tratam de auditoria no Sistema Único de Saúde, desde a sua criação na Constituição Federal de 1988 até os dias de hoje. Essa trajetória perpassa: criação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, sua regulamentação, as Normas Operacionais de Saúde de 1991 a 2002, o Pacto pela

Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP e a Lei Federal n. 141/2012.

## 2.2 REFERENCIAL NORMATIVO DA AUDITORIA DO SUS

### 2.2.1 Parâmetro constitucional

A Constituição Federal de 1988 preceitua direitos do cidadão à saúde, controle e organização do sistema, fazendo-o de forma inequívoca e nos seguintes termos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade

Sob esses parâmetros é criado o Sistema Único de Saúde – SUS com a atribuição e responsabilidade do Poder Público exercer o controle e fiscalização, buscando sua racionalidade em termos de qualidade, acesso às ações e serviços de saúde e utilização correta dos recursos financeiros na busca da integralidade das ações e serviços de saúde.

### 2.2.2 Auditoria na Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90

Como consequência da criação do SUS na Constituição Federal de 1988 foi publicada em 19 de setembro de 1990 a Lei n. 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Título V – Financiamento, Capítulo II da Gestão Financeira, § 4.º define que:

O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei. (BRASIL, 1990)

Em síntese, a Constituição preceituou a fiscalização, regulamentação e controle e a Lei Orgânica n. 8.080/90 atribui ao Ministério da Saúde a responsabilidade de acompanhar a aplicação dos recursos através de seu Sistema de Auditoria. Esse sistema de controle, representado pelo Sistema Nacional de Auditoria – SNA foi criado em 1993.

### **2.2.3 Criação da auditoria no Sistema Único de Saúde**

A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps. No seu Art. 6.º instituiu o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto na Lei 8.080/90, *in verbis*:

Art. 6.º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4.º do art. 33 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§1.º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§2.º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal. (BrasilBRASIL,1993)

No § 4.º, a Lei n. 8.689/93 define que o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.

A auditoria no SUS é criada preservando a estrutura existente no Inamps. Importante ressaltar neste registro histórico, que a Lei n. 8.689/93 preceituou a descentralização das ações de auditoria, cuja regulamentação foi definida posteriormente no Decreto Federal n. 1.651/95, que organizou o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, nas três esferas de governo. Na lógica do SUS o seu controle, conforme previsto no Art. 197 da Constituição Federal de 1988, também deveria ser descentralizado.

### 2.2.4 Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA

O Sistema Nacional de Auditoria – SNA foi regulamentado pelo Decreto Federal n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Esse decreto preceitua no Art. 1.º:

Art. 1.º O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6.º da Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo. (BRASIL,1995)

Merece apreciação a subordinação do órgão de auditoria diretamente à direção do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os níveis de governo, sinalizando a desejada autonomia e isenção desse órgão em relação às demais instâncias, passíveis de serem auditadas. No Art. 2.º define-se os objetivos do SNA, destacando no seu Parágrafo Único a auditoria como ferramenta de gestão, tendo em vista que os resultados dessa ação deverão realimentar a formulação do planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, *in verbis*:

Art. 2.º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

- I – controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
- II – avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;
- III – auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

No artigo 5.º, o Decreto Federal n. 1.651/95 caracteriza a atuação descentralizada do SNA, e define a competência e forma de atuação dos componentes desse sistema, em cada um dos três níveis de governo, a saber:

#### **I – no plano federal:**

- a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, 1º inciso IV, da Lei n.

- 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5.º do Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994;
- b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde;
  - c) os serviços de saúde sob sua gestão;
  - d) os sistemas estaduais de saúde;
  - e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;
- II – no plano estadual:**
- a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;
  - b) as ações e serviço previstos no plano estadual de saúde;
  - c) os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
  - d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;
  - e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;
- III – no plano municipal:**
- a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
  - b) os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;
  - c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

O Decreto Federal n. 1.651/95, no § 2.º do Art. 4.º define o funcionamento junto ao Denasus de uma Comissão Corregedora Tripartite da qual participam representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e da direção nacional do SUS. Significa que as decisões em relação à auditoria no SUS deveriam ser harmonizadas por esse Colegiado.

O Decreto Federal n. 1.651/95 define com clareza o papel do SNA em cada esfera de governo. À época da elaboração desse Decreto houve preocupação com a verificação da aplicação dos recursos financeiros em função da descentralização de responsabilidades para os estados e municípios e com a estruturação das ações de controle, avaliação e auditoria. Além de regulamentar o sistema de controle houve, também, a previsão de que se verificassem as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos de controle, avaliação e auditoria, ou seja, se estavam sendo implementadas e executadas, e de que forma ocorriam as ações de controle no SUS. Esse item reflete a intenção do legislador, à época, com o efetivo controle a ser desenvolvido pelos entes federados, estabelecendo as competências de acordo com a complexidade das ações e serviços sob suas respectivas responsabilidades. Outra questão importante a ressaltar nesse Decreto é a auditoria de sistemas de saúde que podemos entender como auditoria na gestão do sistema, ou seja, se a

gestão está cumprindo com suas funções essenciais de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Releva destacar que Lenir Santos e Luiz Odorico Andrade, referindo-se às origens do Decreto que regulamentou o SNA afirmam:

Após alguns esforços de especialistas e secretários de saúde da corrente municipalista, foi editado o Decreto n. 1651 de 28 de setembro de 1995, que regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS, definindo que este seria composto pelas esferas federal, estadual e municipal. A competência de cada ente seria compatível com o nível de complexidade de seus serviços. (SANTOS, 2007, p. 39-40)

O Decreto Federal n. 1.651/95 cria no Ministério da Saúde um Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria. As atividades de controle, avaliação e auditoria foram separadas com a publicação do Decreto Federal n. 3.496/2000, a saber:

### **2.2.5 Auditoria e as Normas Operacionais Básicas – NOBs**

Com a finalidade de regulamentar a situação transitória entre o antigo modelo organizacional operacionalizado pelo Inamps e o proposto pelo SUS, foram utilizadas Normas Operacionais Básicas – NOBs para orientar a descentralização e regular as transferências dos recursos financeiros da União para os estados e municípios. Essas NOBs, publicadas mediante portarias, inicialmente do ex-Inamps e, posteriormente, do Ministério da Saúde, constituíram os mecanismos de regulação dos requisitos básicos dessas transferências de recursos, vinculando-os ao planejamento das ações de saúde e aos mecanismos de controle social.

A contribuição das NOBs na construção do SUS pode ser avaliada em relação aos seguintes aspectos essenciais:

- a) a transferência dos recursos financeiros a estados e municípios, que era feita mediante a prestação de serviços na vigência da NOB/91, avançou com o processo de descentralização via repasse dos recursos fundo a fundo, que teve início com a NOB/93 e foi aperfeiçoado com a NOB/96;
- b) a inversão do modelo assistencialista privatista para o modelo de atenção à saúde coletiva, implantado pela NOB/96 com início das atividades dos

programas de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e de Saúde da Família – PSF.

Forçoso reconhecer, no entanto, que as orientações contidas nessas NOBs pouco enfatizaram em relação à auditoria, a sua importância como instrumento de gestão, capaz de contribuir, efetivamente, para o processo decisório do gestor, especialmente em relação à correta aplicação dos recursos públicos e a efetividade dos resultados. Para melhor entendimento deste processo, sintetizaremos, a seguir, as referências à auditoria contidas nessas Normas Operacionais.

#### 2.2.5.1 Norma Operacional Básica – NOB 91

Foi editada pela Presidência do Inamps a Resolução n. 258, de 7 de janeiro de 1991. Esse documento possuía as seguintes características: o Inamps continuava como único gestor e as secretarias estaduais e municipais prestadores de serviços do Ministério da Saúde à semelhança dos prestadores privados de serviços de saúde.

O controle e acompanhamento da aplicação dos recursos é definido na Parte II, item 3, dessa norma operacional:

3.1 – A avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional será efetuada e coordenada pelo Ministério da Saúde e Inamps, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.

3.2 – O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas em lei quando constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

3.3 – O controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira compreenderá a verificação:

3.3.1 – da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;

3.3.2 – da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo efetuarem despesas, administrem ou guardem bens e valores públicos;

3.3.3 – do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços. (BRASIL, 1991)

Percebe-se clara tendência à centralização das ações de controle em decorrência da descentralização de recursos a estados e municípios, mediante convênios. O Inamps era o órgão repassador de recursos e estava sob sua responsabilidade a instância responsável pelo controle e fiscalização da execução



orçamentária e financeira do SUS. A ênfase para a atuação da estrutura de controle era na verificação dos recursos financeiros.

#### 2.2.5.2 Norma Operacional Básica – NOB/92

Esta norma foi editada também pela presidência do Inamps, por meio da Portaria MS/SNAS n. 234, de 7 de fevereiro de 1992 (BRASIL, 1992), com o intuito de estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do SUS, tal qual definido constitucionalmente, mas possuía ainda uma forte conotação centralizadora no Inamps.

A NOB/92 foi editada em substituição a NOB/91, em decorrência da polêmica causada pelas portarias que compunham a NOB/91, que tratavam do repasse de recursos mediante convênios, situação esta que colidia com as diretrizes da Lei Federal n. 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde.

Essa NOB, em relação à auditoria, reproduz a mesma orientação da norma operacional anterior. A perspectiva era de as ações de auditoria continuassem sendo ações contábeis, coordenadas pelo Ministério da Saúde, através do Inamps, em cooperação técnica com estados, Distrito Federal e municípios.

#### 2.2.5.3 Norma Operacional Básica – NOB/ 93

A NOB 93 e a primeira Norma Operacional editada pelo Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM/MS n. 545, de 20 de maio de 1993 (BRASIL, 1993) e tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão da saúde na perspectiva da construção do SUS.

Introduziu as seguintes condições de gestão para os municípios: Incipiente, Parcial e Semi-plena. A definição de responsabilidades para o repasse dos recursos financeiros era estabelecida de acordo com as condições gerenciais apresentadas pelos municípios.

Com a NOB/93 tem início a transferência de recursos fundo a fundo para os municípios. Para recebê-los os municípios deveriam atender os seguintes requisitos básicos: Fundo Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal

de Saúde, Relatórios de Gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e, Comissão de Elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários. Estes requisitos decorrem do cumprimento do Art. 4.º da Lei Federal n. 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Na NOB/93 não há referência às ações de auditoria, enquanto atividade a ser desenvolvida com a finalidade de verificar a implementação das ações de saúde pelos municípios em decorrência da transferência de recursos financeiros pelo governo federal. São inseridas nesta norma operacional as responsabilidades e requisitos referentes ao controle e avaliação para os estados e municípios de acordo com a condição de gestão as quais eles se habilitariam.

Para os municípios habilitados nas condições de gestão Incipiente e Parcial são definidas as responsabilidades de controle e avaliação do SUS, a saber: condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços; e, como requisito, dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado.

Para os municípios em gestão Semi-plena a ênfase era para a responsabilidade na gestão da prestação dos serviços, tendo como requisito manter atualizados os registros nos bancos de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar e produção ambulatorial.

Em relação aos estados, que também poderiam se habilitar nas condições de gestão Parcial e Semi-plena, os requisitos eram os mesmos em ambas as condições de gestão, ou seja, a manutenção de banco de dados atualizados e a disponibilidade de médico para autorizar AIH.

No capítulo 3, item 3.1.2, da NOB/93, que trata da transferência de recursos financeiros aos estados, Distrito Federal e municípios, mediante a Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA, considerado como um dos requisitos para a classificação dos estados para fins de recebimento desses recursos o desempenho da auditoria estadual no ano anterior. Esta é a única referência feita à auditoria na NOB/93.

Interessante que não há nas normas operacionais anteriores referência à estruturação descentralizada de auditoria no SUS. Portanto, fica a dúvida sobre qual auditoria estadual esta norma operacional estava se referindo no item 3.1.2.

No ano em que foi publicada a NOB/93, precisamente no dia 27 de julho de 1993, o Inamps é extinto com a vigência da Lei n. 8.689/93. Nesta Lei foi criado o SNA com a competência da avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, realizada de forma descentralizada.

O SNA foi instituído na concepção definida pelo SUS da descentralização com responsabilidades nas três esferas de governo, o que é ratificado posteriormente, com a regulamentação do SNA por meio do Decreto Federal n. 1.651/95.

#### 2.2.5.4 Norma Operacional Básica NOB/96

Essa norma foi publicada por meio da Portaria MS/GM n. 2.203, de seis de novembro de 1996 (BRASIL, 1996), com a finalidade de consolidar o pleno exercício, por parte dos poderes públicos municipal, estadual e do Distrito Federal, na função de gestor da atenção à saúde, definindo-se a responsabilidade de cada esfera de gestão. Esta NOB estabeleceu a diferença entre gestão e gerência, fixando os seguintes conceitos:

**gestão** é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; e,

**gerência** é a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema. (BRASIL, 1996)

Esta norma alterou as condições de gestão dos municípios para Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal e introduziu a condição de gestão do estado em Gestão Avançada e Gestão Plena do Sistema Estadual. Em relação ao controle definiu que os gestores municipais seriam responsáveis pelo controle, avaliação e auditoria dos prestadores de serviços.

Ao Gestor Estadual é definida a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria.

Ao Gestor Federal é atribuída a responsabilidade de incentivar os gestores estaduais e municipais ao exercício das funções gestão, a saber: controle, avaliação e auditoria e, a construção efetiva do SNA.

Para as gestões municipais, em relação à auditoria, estabeleceu as seguintes responsabilidades e requisitos:

### Gestão Plena da Atenção Básica

Responsabilidade: Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.

Requisito: Comprovar a capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

Para os municípios na condição de Gestão Plena da Atenção Básica não há referência à necessidade da existência do Componente Municipal do SNA. Em relação a esses municípios a NOB/96 fez referência à necessidade de desenvolver ações de controle e auditoria nos procedimentos referentes ao Piso da Atenção Básica – PAB. Persiste a ênfase na verificação de procedimentos.

### Gestão Plena do Sistema Municipal

Responsabilidade: Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo Teto Financeiro Global do Município (TFGM).

Requisitos: Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados; e,

Comprovar a estruturação do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria.

Os municípios na condição de Gestão Plena do Sistema teriam que implantar o Componente do SNA. É importante destacar que, ao mesmo tempo em que é estabelecido o requisito de comprovação de estruturação do componente do SNA,

também é incluída a disponibilidade de médico para a autorização dos procedimentos. Podemos depreender que está reproduzida a lógica do ex-Inamps. A ação de controle definida para os municípios no Decreto Federal n. 1.651/95, é auditoria em serviços de saúde sobre a sua gestão. Portanto, não deveria se restringir somente à verificação de procedimentos, ou seja, autorização de AIH.

Nessa ocasião, o Componente Federal do SNA iniciava a sua organização, evoluindo de uma estrutura centralizada, que atuava junto ao Inamps, para assumir nova forma de atuação descentralizada em parceria com estados e municípios. Possivelmente a inexistência de orientações sobre auditoria em saúde, que deveriam partir do Componente Federal do SNA, pode ter contribuído para a criação nos municípios dos Componentes do SNA, desenvolvendo somente ações de controle e avaliação e não ações de auditoria.

Para as condições de Gestão Estadual, Avançada e Plena do Sistema, em relação à auditoria, a NOB/96 estabeleceu como requisito comprovar a estruturação do Componente Estadual do SNA.

Ao definir as responsabilidades específicas para cada condição de gestão estadual, identifica-se:

#### Gestão Avançada do Sistema Estadual:

Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual contidos na Fração Assistencial Especializada (FAE);

Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no Piso da Atenção Básica (PAB) dos municípios não habilitados.

#### Gestão Plena do Sistema Estadual:

Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Ao contrário das normas operacionais anteriores, pela primeira vez é feita referência à auditoria na perspectiva da descentralização, ou seja, a existência dos Componentes Estaduais e Municipais do SNA. Essa NOB, que representou um grande avanço na descentralização do SUS, manteve em relação à auditoria a

orientação do ex-Inamps, focada na verificação dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços. O estado deveria, conforme previsto no Decreto Federal n. 1.651/95, verificar a aplicação dos recursos estaduais; os sistemas municipais; e, as estruturas de controle, avaliação e auditoria.

#### 2.2.5.5 Norma Operacional de Assistência a Saúde – Noas-SUS 01/2001

Publicada pela Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001, (BRASIL, 2001), representou um grande avanço no processo de descentralização da gestão do SUS. Recursos e responsabilidades que antes eram concentrados no nível federal foram transferidos para estados e, principalmente, para os municípios. Outra questão relevante é a consolidação da Estratégia da Saúde da Família como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde. Instituiu, também, os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu as redes de assistência.

A condição de gestão dos municípios e estados é alterada, mais uma vez, com a Publicação da Noas-SUS 01/2001. É fortalecida a posição do estado enquanto instância responsável pelo acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas nos municípios.

Em relação às ações de auditoria nos municípios, que agora poderão se habilitar às condições de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal, mantém a orientação da norma operacional anterior, NOB/96, estabelecendo somente para os municípios que se habilitarem à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, o requisito de comprovar a estruturação do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria. Em relação às duas condições de gestão municipal define-se:

#### Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

Responsabilidades: a) Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no Paba, localizados em seu território e vinculados ao SUS; b) Disponer de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades.

Requisitos: Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

### Gestão Plena do Sistema Municipal

Responsabilidades: Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS.

Requisitos: Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA.

Em relação aos estados, permanecem as condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. Estabelece os atributos que são comuns às duas condições de gestão. Em relação à auditoria identificamos, no item que trata das Responsabilidades: estruturação e operação do Componente Estadual do SNA; e, no item que trata dos Requisitos: comprovar a estrutura do Componente Estadual do SNA.

Esta Norma Operacional, além de determinar a existência dos Componentes do SNA, de acordo com as condições de gestão, define responsabilidades para o SNA na identificação de situações que poderiam determinar a desabilitação ou a suspensão do repasse dos recursos fundo a fundo aos municípios e, a desabilitação dos estados nas seguintes situações:

nos municípios: Indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

nos estados: indicação de suspensão por auditoria realizada pelo componente nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

Na análise deste processo, é possível afirmar que as NOBs 1991,1992 e 1993 contribuíram pouco para o desenvolvimento das ações de auditoria. As referências nesses documentos norteadores da organização do SUS ao estabelecimento da auditoria como ação relevante para que os estados e municípios se habilitassem a alguma condição de gestão teve ênfase a partir da Noas 2001, que, efetivamente, estabelece o SNA como instância responsável por avaliar os resultados das ações e

interferir diretamente na reversão da condição de gestão e na transferência de recursos fundo a fundo de acordo com a irregularidade identificada.

#### 2.2.5.6 Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2002

A Noas 01/2002 foi publicada pela Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), tendo como finalidade principal estabelecer maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção. As condições de gestão da Noas-SUS 01/2001 são mantidas para os municípios com as seguintes responsabilidades e requisitos em relação à controle, avaliação e auditoria:

##### Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – Paba

Responsabilidades: Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no Piso da Atenção Básica Ampliada (Paba), localizados em seu território e vinculados ao SUS.

##### Gestão Plena do Sistema Municipal

Responsabilidades: Desenvolver as 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.

Requisitos: Comprovar a estruturação do componente municipal do SNA.

Em relação ao controle avaliação e auditoria nos estados a Noas-SUS 01/2002 estabelece:

##### Gestão Avançada do Sistema Estadual

Responsabilidades: Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA.

Requisitos: Comprovar a estruturação do Componente Estadual do SNA.



## Gestão Plena do Sistema Estadual

O estado na condição de Gestão Plena possui as responsabilidades pertinentes à Gestão Avançada, acrescido de cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

A Noas-SUS 01/2002 define ainda que o gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo: controle, avaliação e auditoria de serviços. Essa Norma Operacional reproduz, ainda, as condições de desabilitação e suspensão de recursos decorrentes de ações do SNA definidas na Noas-SUS 01/ 2001.

A fragilidade nas orientações sobre a estruturação e implantação das ações de auditoria nas Normas Operacionais, que foram os instrumentos que efetivamente conduziram o desenvolvimento do SUS até 2002, possivelmente contribuiu para que não se alcançasse a conformação do indispensável Sistema Nacional de Auditoria, descentralizado, conforme previsto na Lei Federal n. 8.689/93 (BRASIL, 1993) e Decreto Federal n. 1.651/95 (BRASIL, 1995).

### **2.2.6 Auditoria e o Pacto pela Saúde**

Esse pacto foi publicado pela Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, (BRASIL, 2006), consiste num acordo interfederativo, articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto é um novo modelo de gestão compartilhada do SUS. Nesse contexto deixam de existir as habilitações dos entes federados nas condições de gestão, após assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. As responsabilidades são assumidas mediante assinatura do referido Termo de Compromisso, que formaliza os acordos e os pactos entre os gestores da saúde.

No Pacto de Gestão a auditoria é inserida na Regulação, como Auditoria Assistencial. Esta denominação inexistente na legislação que define a auditoria no âmbito do SUS.

Regulação da Atenção à Saúde – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalhos normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades. (BRASIL, 2006)

O Pacto pela Saúde possui um item que trata exclusivamente das ações de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, no qual define as responsabilidades para Municípios, Estados, Distrito Federal e União.

#### Responsabilidades dos Municípios:

Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

#### Responsabilidades dos Estados:

Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos Planos de Saúde, dos Relatórios de Gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços.

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

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

## Responsabilidades do Distrito Federal

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial

## Responsabilidade da União

Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos Planos de Saúde, dos Relatórios de Gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.

No entanto a auditoria prevista no Decreto Federal n. 1.651/95 (BRASIL, 1995), que deveria verificar os sistemas de saúde, nunca foi referida nos documentos que nortearam a estruturação do SUS.

Através dos anos as normas operacionais estabeleceram para o SUS controles formais com ênfase na verificação dos procedimentos realizados nos prestadores de serviços. Fica clara essa assertiva quando verificamos as responsabilidades dos entes federados de possuir em sua estrutura médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados; ou, cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Essa orientação introduzida nas normas operacionais reproduziu durante todo tempo a lógica do ex-Inamps, que enfatizava a verificação dos procedimentos realizados. Em nenhum momento se atribuiu nessas normas a responsabilidade aos entes federados de realizar auditoria de sistemas, conforme definido no Decreto Federal n. 1.651/95. Essa auditoria de sistemas deveria verificar o exercício das funções da gestão, ou seja, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação: se o planejamento acontece, a partir da identificação das necessidades de saúde da população; se foram monitoradas as ações e serviços executados de acordo com as necessidades identificadas no planejamento; e, se os resultados estão sendo alcançados, conforme previsto no planejamento. As orientações emitidas pelas

normas não permitiram a efetiva implantação de um sistema de controle que priorizasse a verificação dos resultados, ou seja, o cumprimento dos objetivos, diretrizes e metas estabelecidas nos Planos de Saúde.

## **2.2.7 Contexto atual**

### **2.2.7.1 Auditoria e o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP**

O COAP é novo modelo de relação interfederativa que visa fundamentalmente à integralidade da assistência mediante estabelecimento de consensos no âmbito da Região de Saúde. Esse contrato foi instituído pelo Decreto Federal n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). Decreto este que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Esse novo modelo de organização do SUS em Regiões de Saúde reitera a autonomia dos entes e estabelece que não há autoridade de um sobre o outro e sim articulações no âmbito desses espaços interfederativos, garantindo a integralidade e o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde. O fortalecimento do planejamento é vital para a sua viabilização. O acesso às informações gerenciais de auditoria é relevante nesse modelo de relação interfederativa, que pretende garantir segurança administrativa, transparência e publicidade nas articulações entre os entes federados, norteado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública. Esse novo modelo de gestão tem como referência o planejamento integrado no âmbito das Comissões Intergestores Regionais – CIR, a partir do planejamento de cada município que compõe a Região de Saúde. Nessa organização é vital a utilização de estratégias e ferramentas de controle que permitam informações gerenciais para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores da saúde.

No Art. 40 do Decreto Federal n. 7.508/2011, que instituiu o COAP, é assim definida a responsabilidade do Sistema Nacional de Auditoria:

O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

O referido Decreto não estabelece como deverá acontecer esse controle e fiscalização. A norma que regulamenta a atuação do SNA continua sendo o Decreto Federal n. 1.651/95. Importante ainda destacar que o órgão responsável pela operacionalização das auditorias no SUS é Sistema Nacional de Auditoria do SUS, criado pela Lei Federal N. 8.689/93 e regulamentado pelo Decreto Federal n. 1.651/95.

#### 2.2.7.2 Auditoria e a Lei Federal n. 141/2012

A Lei Federal n. 141/2012, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 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 três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”.

É relevante destacar algumas questões previstas nessa Lei, essenciais para atuação da auditoria como função gestora do SUS. Entre essas destacam-se as despesas consideradas como ações e serviços públicos de saúde; a definição da aplicação dos recursos públicos com os percentuais sob a responsabilidade da União, Distrito Federal, Estados e Municípios; e, a verificação dos resultados alcançados decorrentes de objetivos e metas definidos nos Planos de Saúde que são consubstanciadas nos Relatórios Anuais de Gestão. No Art. 42 dessa Lei está definida a responsabilidade do Sistema Nacional de Auditoria, a saber:

Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação. (BRASIL, 2012)

A Lei Federal n. 141/2012 confere ao SNA a responsabilidade de verificar os recursos utilizados e os resultados alcançados, mediante análise do Relatório de Gestão, ao contrário do Decreto Federal n. 1.651/95 no subitem b, item I do Art.6.º que centralizava essa responsabilidade no Ministério da Saúde. Esta Lei define, ainda, que cabe ao SNA a verificação de resultados. Para essa identificação é pré-requisito verificar o que foi planejado e o que foi programado anualmente. Nesse contexto vale questionar: Um sistema de controle, que ao longo dos anos foi conduzido a verificar a realização de procedimentos e autorização de AIH, estaria preparado para assumir essa responsabilidade?

A nova visão de estruturação da atenção à saúde, instituída pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), e a conseqüente reversão do modelo assistencial, que vai ao encontro do cidadão para lhe proporcionar os direitos constitucionais, de universalidade, integralidade e equidade na saúde, necessita de uma ação de auditoria que não objetive somente identificar onde foi aplicado recurso financeiro, e, se ele foi realmente gasto de acordo com a legislação vigente. A auditoria no SUS precisa identificar e responder os seguintes questionamentos: o cidadão está efetivamente recebendo atenção à saúde de forma integral, conforme determina a Constituição Federal? Os recursos financeiros investidos na saúde estão contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos? O planejamento está sendo feito a partir das necessidades de saúde? E os resultados previstos no planejamento, estão sendo alcançados?

Pelo histórico levantado é possível depreender que ainda não foi possível instituir um sistema de controle que possa contribuir para o permanente aperfeiçoamento do SUS. As denúncias de irregularidades crescem exponencialmente; diferentes órgãos federais, Controladoria Geral da União, Ministério Público Federal e Tribunal de Contas da União atuam na perspectiva de identificar a origem das falhas e propor correções. As conseqüências dessas demandas são os sistemas de controle atuarem “apagando incêndios” em detrimento de ações inteligentes para desestimular a impunibilidade e fechar possíveis atalhos propícios a benefícios ilícitos, bem como ações estimuladoras da produtividade identificando se objetivos e metas estão sendo alcançados. Em síntese, são necessárias ações corretivas e proativas que permitam qualificar a atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

### 2.2.7.3 A auditoria no âmbito do Ministério da Saúde

O Denasus, órgão central do SNA, tem sua competência definida no Decreto Federal n. 7797, de 30 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012).

Hoje o Denasus faz parte da estrutura administrativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE. São competências dessa Secretaria do Ministério da Saúde em relação à auditoria, definidas no Decreto supra citado:

- coordenar as ações do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; e
- fomentar o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS nas três esferas de gestão;

As competências do Denasus estão definidas no Art. 35 do referido Decreto, e são as seguintes:

I – promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS no território nacional;

II – auditar por amostragem a adequação, a qualidade e a efetividade das ações e serviços públicos de saúde, e a regularidade técnico-financeira da aplicação dos recursos do SUS, em todo o território nacional;

III – estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS;

IV – promover a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

V – apoiar iniciativas de interlocução entre os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, os órgãos de controle interno e externo e os Conselhos de Saúde;

VI – informar à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde sobre resultados de auditoria que indiquem a adoção de procedimentos visando a devolução de recursos ao Ministério da Saúde;

VII – informar os resultados e as recomendações das atividades de auditoria aos interessados, aos órgãos e às áreas técnicas do MS correlatos ao objeto da apuração, para fins de adoção de providências cabíveis;

VIII – orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades integrantes do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; e,

IX – promover a gestão da informação e a produção do conhecimento no campo da auditoria do SUS.

O Denasus possui estrutura desconcentrada com representação em todos os estados da federação. O nível central em Brasília estabelece a atuação de suas

Unidades Desconcentradas de acordo com as prioridades definidas no Planejamento Anual do Ministério da Saúde.

Na perspectiva da auditoria como ferramenta de gestão, ou seja, oferecer ao gestor subsídios para o aperfeiçoamento das Políticas de Saúde, em 2012 foram estabelecidas como prioridades as Marcas de Governo, a saber: Atenção às urgências – Saúde toda Hora; Atenção à Saúde da Mulher; Saúde mais perto de você – Atenção Básica; e, Saúde não tem preço – Farmácia Popular.

O Denasus também atua atendendo às demandas provenientes de cidadãos e órgãos de controle interno e externo para apuração de denúncias. Esse órgão compartilha o planejamento e a operacionalização de ações de auditoria com a Controladoria Geral da União e Tribunal de Contas da União na perspectiva de potencializar a atuação dos órgãos de controle na saúde.

O Decreto Federal n. 7797/2011 destaca a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do Componente Federal do SNA – Denasus, de fortalecer o Sistema Nacional de Auditoria e oferecer diretrizes para o funcionamento desse sistema de controle. Neste sentido disponibiliza ao SNA Sistema Informatizado de Auditoria SISAUD/SUS e realiza fóruns onde são discutidas as responsabilidades e competências dos entes federados na operacionalização das ações de auditorias. Atualmente o Denasus está desenvolvendo ações de capacitação dos auditores de estados e municípios para a atuação na Alta Complexidade.

#### 2.2.7.4 Sistema Nacional de Auditoria: contexto atual segundo pesquisa realizada pelo Denasus

Desde 1993, com a promulgação da Lei Federal n. 8689/93 (BRASIL, 1993), foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria, que deveria ser descentralizado por meio dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

O Denasus realizou em 2012 o Diagnóstico Situacional do Sistema Nacional de Auditoria como o objetivo de conhecer a sua capacidade instalada, identificar a força de trabalho e permitir o diálogo interfederativo.



Esse diagnóstico, utilizou a aplicação de questionário na plataforma do FormSUS, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS, disponibilizado no sítio do Conass, Conasems, COSEMS, SGEF/SNA.

Os resultados evidenciaram:

- **Componente Federal do SNA:** estrutura central em Brasília e Unidades Desconcentradas atuando em todos os estados da federação.
- **Componente Estadual do SNA:** vinte e seis componentes implantados e um não implantado.
- **Componente Municipal do SNA:** responderam ao questionário disponível na Internet 913 municípios, sendo possível identificar:
  - a) Componentes municipais implantados: 262
    - Com necessidade de implementação: 198
    - Com efetividade: 64
  - b) Componente municipais não implantados: 651
    - Sem previsão de implantação 469
    - Com previsão de implantação 182

Depreende-se desses resultados que inexistente implantado o Sistema Nacional de Auditoria, que atua de forma descentralizada. Do total de 5.565 municípios somente 64 possuem componente do SNA implantado e atuando, o que representa 1,15% dos municípios.

Considerando que o SUS é um sistema descentralizado, atuar no controle de forma centralizada contraria seus princípios básicos. Fernando Antônio Dorna faz uma afirmação em relação ao Controle Externo que podemos aplicar ao Controle Interno do SUS. Ele declara:

Atualmente, ao entender que os fundos de saúde estaduais e municipais são constituídos, ao menos em parte, por recursos federais, o TCU tem realizado fiscalizações que se aprofundam na análise do mérito de decisões e procedimentos operacionais de secretarias de saúde estaduais e municipais. Ao proceder dessa maneira, o TCU traz para a esfera federal situações e problemas que deveriam ser tratados regional ou localmente, tutelando, de certa forma, a aplicação do recurso que foi constitucionalmente descentralizado.

Ao não considerar as instâncias de controle externo do poder executivo estadual ou municipal, o TCU prejudica o debate local, pois o desenrolar do processo passa a se dar em Brasília. Isso prejudica o amadurecimento das instituições locais e dificulta o desenvolvimento do controle social e da

cidadania, pois ambos preferencialmente florescem da atuação comunitária. (DORNA, 2006, p.177-178)

O SUS é um sistema único que deve ser operacionalizado por entes federativos autônomos. As decisões no SUS são tripartites e carecem permanentemente de consensos para que haja respeito à autonomia interfederativa e ao exercício da cidadania, assegurados pela Constituição.

Lenir Santos (2007, p.111-113) registra que o modelo organizacional do SUS requer a administração concertada. Essa administração deverá realizar-se mediante permanente interação e articulação, por meio de consensos interfederativos. Entendemos que esses consensos devem ser praticados considerando também o fortalecimento das ações de controle, que devem ser desenvolvidas pelos entes federativos, que são autônomos, conforme previsto no Art. 18 da Constituição Federal de 1988.

Na saúde a auditoria adquire um caráter diferenciado. Sempre que possível, deve acontecer prévia ou simultaneamente à ocorrência do fato, apesar de não podermos desconsiderar o pós fato naqueles casos de apuração de denúncias, principalmente na aplicação dos recursos financeiros.

Agir de forma preventiva minimiza os problemas que possivelmente seriam causados aos cidadãos, sem falar no comprometimento econômico, uma vez que ao falhar a prevenção propicia-se a instalação de patologias cujo tratamento inadequado ou tardio importa na involução do problema, requerendo tecnologia complexa e de custo exponencial. Auditoria na saúde deve atuar junto ao gestor, como controle interno.

Mario Spinelli (2008, p.576) afirma que:

As atividades de controle interno devem ocorrer prioritariamente de forma preventiva, buscando identificar pontos críticos no fluxo das ações desempenhadas, de modo a evitar a ocorrência de possíveis desvios na execução dos atos praticados.

Na medida em que as fragilidades são identificadas e o poder de intervenção está próximo, mais ágeis se tornam as decisões e, conseqüentemente, são minimizados os prejuízos na qualidade da atenção à saúde ao usuário do SUS.

Odete Medauar (2012) ressalta a importância do controle interno como atividade que pode assegurar os direitos individuais. A partir desse entendimento

pode-se caracterizar a importância dessa ação para os gestores do SUS no respaldo técnico, legal e nos resultados de suas decisões.

Há necessidade de qualificação dos profissionais que atuam na auditoria em saúde pública com a finalidade de fortalecer esse instrumento de controle na perspectiva de evoluir da lógica antiga e ultrapassada do ex-Inamps para a verificação do alcance de resultados. Nessa perspectiva é interessante citar a Profa. Maria Arlete Duarte de Araujo, que, no livro *Responsabilização na reforma do sistema de saúde, decorrente do estudo comparativo entre os sistemas de saúde da Catalunha e (Espanha) e Brasil*, destaca:

A responsabilização pelo controle de resultados implica que os gestores públicos prestem contas aos cidadãos das ações públicas implantadas, com base nos resultados alcançados. Isso significa que o foco da gestão, deixa de priorizar os aspectos burocráticos centrados no processo, para valorizar os aspectos vinculados a resultados, alterando todo um conjunto de atitudes e práticas de gestão. Não basta apenas atender à legalidade dos processos, mas evidenciar o alcance de resultados que atendam às necessidades dos cidadãos e que tenham sido definidos a partir de suas intervenções no processo de tomada das decisões. (ARAUJO, 2012)

Releva acrescentar que, rigorosamente, não há sistema sem seus mecanismos endócrinos essenciais: informação para avaliação, realimentação e controle. Mas essa carência precisa ser avaliada à luz da cultura organizacional vigente nas três esferas federativas. Controlar é servir à cidadania, razão de ser do SUS. Também é segurança para o gestor da saúde, sujeito ao exercício da tomada de decisão sob variadas pressões, em especial nas situações em que há risco de sobrevivência para as pessoas. Ademais, inexistindo ou sendo precários os sistemas de controle, estarão comprometidas as prestações de contas, uma vez que a exação dos números é posta em dúvida; os Relatórios Anuais de Gestão, podem não traduzir com fidedignidade a realidade e, finalmente, colocar em risco a própria gestão. Por todas essas razões é que esta dissertação sugere à reflexão o uso da auditoria como ferramenta de gestão, contribuindo para o processo decisório do gestor do SUS.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 CENÁRIO

Para melhor compreender e precisar o objetivo deste trabalho, consideramos relevante sintetizar o processo de auditoria praticado pelo Denasus.

A partir de uma solicitação para realização de uma atividade, que no Denasus é identificada como demanda, iniciam-se os procedimentos para desencadear uma auditoria. São realizados: a) estudos da demanda; e, b) planejamento da auditoria.

A auditoria é operacionalizada em três fases: a primeira fase da auditoria é denominada Fase Analítica, quando são analisadas as informações que deram origem a demanda e realizadas pesquisas nas bases de dados do Ministério da Saúde, que possam subsidiar o trabalho das equipes de auditoria na fase seguinte; a segunda fase se constitui na Fase *in loco*. Nela a equipe se desloca para operacionalizar a ação em campo. A terceira fase é a de Elaboração do Relatório da Auditoria.

Antes de ultimar o relatório final, a equipe elabora relatório preliminar contendo os fatos evidenciados, ou seja, as constatações que podem constituir conformidades ou não conformidades. Esse relatório é enviado ao auditado, mediante notificação para que exerça o direito ao contraditório e apresente as justificativas em relação às não conformidades identificadas. Essa conduta de notificação está normatizada pela Portaria MS/GM n. 743, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012). Importante destacar que uma constatação de não conformidade pode, após a análise pela equipe de auditoria, ter a justificativa apresentada pelo auditado acatada integral ou parcialmente. Após a análise desse contraditório apresentado pelo auditado, o relatório é finalizado e a auditoria concluída.

A seguir são realizados os seguintes encaminhamentos do Relatório Final de Auditoria: ao auditado, aos gestores e aos Conselhos de Saúde para cumprimento e/ou acompanhamento das recomendações em decorrência das não conformidades constatadas. Em situações específicas o relatório final também é enviado aos órgãos de Controle Externo e ao Ministério Público conforme previsto no Item III do Art. 3.º do Decreto Federal n. 1.651/95 (BRASIL, 1995).

Os relatórios de auditorias são registrados no Sistema Informatizado de Auditoria – SISAUD/SUS.

### 3.2 O SISTEMA INFORMATIZADO DE AUDITORIA DO SUS – SISAUD/SUS

O SISAUD/SUS é um sistema informatizado, via internet, disponível para utilização no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria. Foi instituído pela Portaria MS/GM n. 1.467, de 10 de julho de 2006 e tem como objetivo geral:

A sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria do componente federal do SNA e dos componentes estaduais e municipais em todo o território nacional que se habilitarem ao uso do Sistema. (BRASIL, 2006)

Nesse sistema são registrados em módulos individualizados todos os achados e dados de identificação pertinentes a uma ação de auditoria. Esse procedimento permite classificar, tabular os resultados e identificar individualmente todas as constatações de auditoria. São 10 os módulos que permitem registrar os achados e dados, que constituem partes do relatório de auditoria, a saber:

Módulo I – Dados Básicos: identificação da unidade auditada;

Módulo II – Identificação dos dirigentes: gerentes e gestores da unidade auditada;

Módulo III – Introdução: descreve o escopo da atividade realizada;

Módulo IV – Metodologia; métodos e técnicas adotados pela equipe para a operacionalização da auditoria;

Módulo V – Constatação: descreve de forma objetiva o fato constatado. Esse módulo se constitui na essência de uma ação de auditoria, pois possui os registros dos achados. Neste módulo são inseridos: o fato constatado; as evidências que permitiram constatar o fato; a caracterização, isto é, se o fato constatado configura uma conformidade ou não conformidade; a justificativa apresentada pelo auditado no caso de constatação de uma não conformidade; a análise da justificativa elaborada pela equipe de auditoria; se a justificativa, após a análise, foi acatada ou não pela equipe de auditoria; o responsável pelo fato constatado, ou seja, aquele que será responsabilizado no caso de uma não conformidade; a recomendação para a correção da não conformidade; e, o destinatário da recomendação, aquele que deverá tomar providências para a correção da não conformidade. No caso de constatação de conformidade são registrados somente o fato constatado e as evidências;

Módulo VI – Cadastro da Notificação: certifica que o auditado foi notificado para apresentar justificativa;

Módulo VII – Registro Final de Notificação: identifica se o auditado apresentou ou não a justificativa;

Módulo VIII – Conclusão: o que a equipe depreendeu após a análise dos fatos constatados;

Módulo IX – Proposição de Ressarcimento: neste módulo são registrados os procedimentos resultantes das constatações de não conformidades que darão origem a proposição de ressarcimento de recursos financeiros ao Erário; e,

Módulo X – Folha de assinatura: identificação da equipe e assinatura do coordenador.

Após o registro nos módulos individualizados, o sistema processa e elabora o relatório de auditoria que possui todos esses registros exatamente na sequência dos módulos anteriormente apresentados. Neste estudo foi trabalhado o Módulo V, pelo fato de conter a essência do relatório da auditoria, ou seja, as constatações cujo conteúdo pode se caracterizar numa conformidade ou não conformidade. Essas constatações por ocasião dos registros no Módulo V do SISAUD/SUS são classificadas em Grupos, Subgrupos e Itens o que permite posteriormente identificá-las de forma macro (pelos Grupos) ou detalhadas (pelos Itens).

O SISAUD/SUS possui para o registro de constatações, 21 Grupos. Estes podem ser detalhados em 67 Subgrupos que, por sua vez, podem ser especificados em 335 Itens, conforme discriminado na Tabela a seguir:

**Tabela 1 – Distribuição dos Grupos, Subgrupos e Itens**

Grupos	Subgrupos	Itens
Assistência Farmacêutica	3	13
Assistência Média e Alta Complexidade	4	26
Atenção Básica	6	34
Cadastramento de Serviços	1	9
Consórcio	1	2
Controle Social	3	21
Controles Internos	3	8
Engenharia/Arquitetura	2	23
Equipamentos	1	1
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	2	9
Gestão Municipal	2	2
Programa Farmácia Popular do Brasil	2	12
Programas Estratégicos	3	15
Recursos Financeiros	7	46
Recursos Humanos	2	23

Regionalização, Planejamento e Programação	6	17
Regulação	2	17
Saúde Bucal CEO (media e alta complexidade)	3	14
Saúde do Trabalhador	8	24
Sistema Nacional de Auditoria	3	9
Vigilância em Saúde	3	10
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>335</b>

Fonte: SISAUD/SUS

Os Subgrupos e Itens permitem detalhar a identificação da constatação de conformidade ou não conformidade.

Exemplo: podemos citar a possibilidade de classificar uma constatação no Grupo Controle Social, Subgrupo Conselho de Saúde e Item Deliberações e Resoluções. São classificadas com esse detalhamento todas as constatações de conformidade ou não conformidade, referentes às Deliberações e Resoluções dos Conselhos de Saúde. É possível, portanto, identificar em um determinado quantitativo de auditorias, registradas no SISAUD/SUS, em quantas foram verificadas a atuação do Conselho de Saúde no que diz respeito às Deliberações e Resoluções, bem como analisar a atuação do Conselho no que diz respeito a essa prerrogativa legal.

### 3.3 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo considerou aleatoriamente para análise 1.916 auditorias concluídas no período de 1.º janeiro a 31 de dezembro de 2010. Foram analisados os dados decorrentes dos registros dessas auditorias extraídos da base do SISAUD/SUS do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus do Ministério da Saúde.

Foi realizada uma pesquisa descritiva com a finalidade de apresentar evidências que permitem afirmar que auditoria possa se constituir numa ferramenta de gestão e contribuir para o fortalecimento do processo decisório do gestor do SUS.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram extraídos da Base de Dados do SISAUD/SUS registros referentes às auditorias concluídas no período de 1.º de janeiro a 30 de dezembro de 2010. Esses

dados foram transferidos para uma planilha do Excel e trabalhados considerando as variáveis a seguir identificadas:

- a) UF e município do prestador onde aconteceu a auditoria: permite identificar cada local onde o fato foi constatado;
- b) Número da Auditoria: cada ação recebe uma identificação numérica que a individualiza e permite sua localização no sistema;
- c) Constatação: o campo objeto de estudo dessa pesquisa que contém o fato verificado pela equipe de auditoria;
- d) Conformidade: que permite selecionar as constatações de conformidade ou não conformidade. No caso dessa pesquisa trabalhamos somente com as não conformidades;
- e) Acatamento da Conformidade: que permite identificar se uma constatação de Não conformidade teve a sua justificativa apresentada pelo auditado acatada pela equipe de auditoria. A seleção desse campo foi necessária para que pudéssemos excluir da análise as não conformidades com justificativas acatadas ou parcialmente acatadas; e, as conformidades;
- f) Grupo, Subgrupo e Item: permite identificar as constatações de forma macro, pelos Grupos ou com detalhamento, por Subgrupo e Item.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise inicial geral de todos os 20 Grupos de constatações, com aprofundamento nos Grupos que apresentaram registros referentes a Atenção Básica, Controle Social, Recursos Financeiros e, Regionalização, Planejamento e Programação.

A escolha para análise do Grupo da Atenção Básica decorre de sua relevância na descentralização, capilaridade e por acontecer próxima à vida das pessoas. É a principal estratégia para o fortalecimento do SUS, conforme definido na Política Nacional de Atenção Básica – Portaria MS/GM 2.488/2011 (BRASIL, 2011).

Essa opção é ratificada pelo Decreto Federal n. 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que dispõe sobre a organização do SUS por meio das Regiões de Saúde. Estas para se constituírem necessitam que os municípios no mínimo possam oferecer ações e serviços de Atenção Básica. Dessa forma essa organização proposta sinaliza para a necessidade de fortalecimento da Atenção Básica.



Os demais Grupos selecionados para o estudo, a saber: Controle Social, Recursos financeiros, Regionalização, Planejamento e Programação apresentam registros referentes às responsabilidades tripartites, definidas na Portaria MS/GM n. 2.488/2011 (BRASIL, 2011) e são requisitos essenciais para o fortalecimento da Atenção Básica e, conseqüentemente do SUS, a saber:

- a) Infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS;
- b) Financiamento;
- c) Prioridades, estratégias e metas estabelecidas no Plano de Saúde; e
- d) Estimular participação e Controle Social.

Após a seleção dos quatro Grupos que se constituíram em objeto de análise realizamos os seguintes procedimentos:

- a) Seleção das constatações de não conformidades excluindo da amostra aquelas que tiveram a justificativa do auditado acatada ou parcialmente acatada.
- b) Seleção dos Subgrupos a partir dos quatro Grupos selecionados. Foram considerados os seguintes critérios:

No Grupo Atenção Básica. Esse Grupo possui seis subgrupos. Foram considerados para análise os três com percentual acima de 20% de não conformidades em relação ao total do Grupo e que guardavam relação com o critério definido de selecionar procedimentos referentes à Política Nacional de Atenção Básica. Selecionados os Subgrupos Estratégia de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Processo de Trabalho.

No Grupo Controle Social. Esse Grupo possui três Subgrupos, entretanto o referente a Conselho de Saúde representou 95,1% do total de constatações de não conformidades do Grupo.

No Grupo Recursos Financeiros. Esse Grupo possui sete Subgrupos. Foi selecionado o Subgrupo Fundo de Saúde com 32,2% do total de 4.444 não conformidades do Grupo. Dois outros subgrupos tiveram registro significativo de não conformidades: Emenda Constitucional 29 e Execução Orçamentária.

Ambos não foram inseridos por apresentar registros referentes a recursos financeiros da saúde como um todo e definimos trabalhar com foco na Atenção Básica.

No Grupo Regionalização, Planejamento e Programação. Esse Grupo possui seis Subgrupos. Plano de Saúde e Relatório de Gestão apresentaram respectivamente 46,8% e 41,5% do total de 1.329 não conformidades do Grupo.

- c) Identificação dos Itens em cada subgrupo, que efetivamente permitem conhecer de forma detalhada as não conformidades.

Foram identificados nos sete subgrupos 10.452 registros de constatações de não conformidades classificadas em 101 Itens.

Esses 101 Itens foram estratificados, resultando numa amostra de 5.516 Itens, que representou 27,9% do total de 19.726 não conformidades constatadas nas 1.721 auditorias analisadas.

Após a identificação dos Itens que se constituíram objetos de análise foram selecionadas em relação a cada um deles algumas constatações, registradas nos relatórios de auditoria, que permitem ao leitor conhecer os fatos, conforme registrados pelos auditores, transformados em informações gerenciais, considerando a sua relevância e a frequência com a qual eles acontecem.

Essas informações gerenciais podem ser consubstanciadas em relatórios de abrangência nacional, estadual, municipal e, atualmente, no âmbito da região de saúde, sinalizando para o gestor onde estão as não conformidades que carecem de atuação da gestão.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ASPECTOS GERAIS

Foram analisados os Grupos Recursos Financeiros, Atenção Básica, Controle Social e Regionalização, Planejamento e Programação, a partir das auditorias que compõem a amostra expressiva, selecionada para os objetivos desta dissertação.

Na Tabela 2 identificamos o universo inicialmente selecionado para análise que se constituiu em 1.916 auditorias concluídas no período de 1.º de janeiro a 30 de dezembro de 2010, detalhando o quantitativo de conformidades e não conformidades constatadas nessas auditorias.

**Tabela 2 – Distribuição dos Grupos, segundo a situação de conformidade dos relatórios das auditorias**

Grupos	Conformidades	Não conformidades	Total
Recursos Financeiros	5366	5854	11220
Assistência Média e Alta Complexidade	4209	4980	9189
Controle Social	2675	3532	6207
Atenção Básica	2298	3455	5753
Assistência Farmacêutica	1575	2176	3751
Regionalização, Planejamento e Programação	1281	1801	3082
Programa Farmácia Popular do Brasil	119	2311	2430
Vigilância em Saúde	876	764	1640
Regulação	375	472	847
Programas Estratégicos	309	399	708
Saúde Bucal CEO (media e alta complexidade)	335	307	642
Controles Internos	138	325	463
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	193	248	441
Engenharia/Arquitetura	75	273	348
Saúde do Trabalhador	109	111	220
Sistema Nacional de Auditoria	85	130	215
Gestão Municipal	51	113	164
Recursos Humanos	57	83	140
Cadastramento de Serviços	2	6	8
<b>Total Geral</b>	<b>20128</b>	<b>27340</b>	<b>47468</b>

Fonte: SISAUD/SUS

Desse total inicial de 1.916 auditorias, selecionamos aquelas que possuíam registro de não conformidade, considerando que após a realização da Fase in loco e elaboração do Relatório Preliminar o auditado é notificado e após a análise da justificativa apresentada uma não conformidade pode ter sua justificativa acatada integralmente, parcialmente ou não acatada. Existem aquelas situações nas quais

os auditados não apresentam as justificativas. Dessa forma podemos identificar as seguintes situações:

Situação 1 – Sem justificativa

Situação 2 – Justificativa não acatada

Situação 3 – Justificativa parcialmente acatada

Situação 4 – Justificativa acatada

Dessa forma consideramos efetivamente como não conformidade aquelas situações onde não aconteceram as justificativas e aquelas onde as justificativas não foram acatadas.

A Tabela 3 apresenta detalhamento quanto o acatamento da justificativa que permitiu chegar ao quantitativo de não conformidades, que se constituíram em objeto de análise.

Depreende-se que efetivamente foram constatadas 19.726 não conformidades, ou seja, a soma das constatações das Situações 1 e 2.

**Tabela 3 – Distribuição dos Grupos segundo a situação da justificativa**

Grupos	Situação 1	Situação 2	Situação 3	Situação 4	Total
Recursos Financeiros	1769	2675	633	777	5854
Assistência Média e Alta Complexidade	1608	2095	552	725	4980
Controle Social	1001	1473	489	569	3532
Atenção Básica	891	1314	656	594	3455
Programa Farmácia Popular do Brasil	189	1653	242	227	2311
Assistência Farmacêutica Regionalização, Planejamento e Programação	621	939	292	324	2176
Vigilância em Saúde	482	847	263	209	1801
Regulação	263	261	110	130	764
Programas Estratégicos	132	223	56	61	472
Controles Internos	59	157	81	102	399
Saúde Bucal CEO (media e alta complexidade)	140	116	36	33	325
Engenharia/Arquitetura	57	99	62	89	307
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	54	135	69	15	273
Sistema Nacional de Auditoria	61	100	50	37	248
Gestão Municipal	23	56	33	18	130
Saúde do Trabalhador	39	54	9	11	113
Recursos Humanos	36	36	16	23	111
Cadastramento de Serviços	20	42	9	12	83
	4	2			6
<b>Total Geral</b>	<b>7449</b>	<b>12277</b>	<b>3658</b>	<b>3956</b>	<b>27340</b>

Fonte: SISAUD/SUS

Dessa forma chegamos aos 1.721 relatórios de auditorias concluídas no período de 1.º de janeiro a 31 de dezembro de 2010, que apresentaram registro de 19.726 não conformidades, distribuídas em 20 Grupos de constatações. Sete Grupos apresentaram percentual de não conformidade acima de 5 % em relação ao total.

**Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades por grupo de constatações**

Grupo	Não conformidade N	%	*Total relatórios
Recursos Financeiros	4444	22,5	823
Assistência Média e Alta Complexidade	3703	18,8	549
Controle Social	2474	12,5	621
Atenção Básica	2205	11,2	412
Programa Farmácia Popular do Brasil	1842	9,3	160
Assistência Farmacêutica	1560	7,9	287
Regionalização, Planejamento e Programação	1329	6,7	487
Vigilância em Saúde	524	2,7	154
Regulação	355	1,8	135
Controles Internos	256	1,3	117
Programas Estratégicos	216	1,1	66
Engenharia/Arquitetura	189	1,0	42
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	161	0,8	147
Saúde Bucal CEO (media e alta complexidade)	156	0,8	43
Gestão Municipal	93	0,5	46
Sistema Nacional de Auditoria	79	0,4	62
Saúde do Trabalhador	72	0,4	9
Recursos Humanos	62	0,3	43
Cadastramento de Serviços	6	0,0	5
<b>Total geral</b>	<b>19.726</b>	<b>100,0</b>	<b>1.721</b>

Fonte: SISAUD/SUS

\* Total de relatórios nos quais foram verificadas constatações de não conformidades em relação ao grupo de constatações

Conforme previsto no Método foram selecionados para análise quatro Grupos de constatações: Recursos Financeiros, Controle Social, Atenção Básica e Regionalização, Planejamento e Programação.

Foram identificados nesses quatro Grupos 10.452 constatações de não conformidades, classificadas em 101 Itens, que permitiram o conhecimento

detalhado das não conformidades. Esses Itens foram categorizados nos seguintes intervalos de frequência:

- a) 50 Itens apresentaram de 1 a 49 registros de 911 não conformidades representando 10,5 % do total;
- b) 14 Itens apresentaram de 50 a 99 registros de 1057 não conformidades representando 12,1% do total;
- c) 15 Itens apresentaram de 100 a 149 registros 1929 não conformidades representando 22,1% do total; e,
- d) 22 Itens apresentaram de 150 a 536 registros de 4.182 não conformidades representando 55,3 % do total.

A seguir foram também selecionados aqueles Itens que pertenciam aos quatro Grupos selecionados e que individualmente apresentaram frequência de registros acima de 134, resultando nos 5.516 Itens, identificados na Tabela 5 que foram objeto de análise. Esses itens foram inseridos por serem considerados relevantes para análise dos Grupos e Subgrupos selecionados.

A amostra de 5.516 Itens de não conformidades, que foi objeto de análise representa 27,9% do total de 19.726 não conformidades constatadas no período selecionado.

**Tabela 5 – Itens do relatório de auditoria por Subgrupo objeto de análise**

Item/ subgrupo	Não conformidades N
Sistemática de Elaboração/Conteúdo – Plano de Saúde	536
Sistemática de Elaboração/Conteúdo – Relatório de Gestão	356
Comprovação de despesas – Fundo de Saúde	225
Utilização de Recursos Vinculados – PAB – Fundo de Saúde	356
Movimentação financeira – Fundo de Saúde	157
Gerenciamento – Fundo de Saúde	291
Deliberações/Resoluções – Conselho de Saúde	311
Recursos de Informática – Conselho de Saúde	316
Composição/Eleição Conselheiros – Conselho de Saúde	273
Capacitação dos Conselheiros – Conselho de Saúde	258
Estrutura física – Unidades Básicas de Saúde	242
Infraestrutura – Conselho de Saúde	249
Documentação/Registros – Conselho de Saúde	197
Reuniões/Periodicidade – Conselho de Saúde	200
Recursos Financeiros – Conselho de Saúde	186
Fiscalização de Recursos Financeiros – Conselho de Saúde	184

Estruturação/Fundamentação Legal – Fundo de Saúde	147
Carga Horária – Estratégia de Saúde da Família	170
Recursos Materiais – Unidades Básicas de Saúde	158
Contratação/Vínculo/Remuneração – Estratégia de Saúde da Família	147
Implantação/Estruturação – Estratégia de Saúde da Família	146
Registros/Cadastro – Processo de Trabalho	142
Fundamentação Legal – Conselho de Saúde	135
Composição Equipes – Estratégia de Saúde da Família	134
<b>Total</b>	<b>5.516</b>

Fonte; SISAUD/SUS

A análise dos 5.516 Itens foi feita mediante leitura de cada uma das constatações de não conformidades registradas em cada um dos Itens, o que permitiu chegar aos resultados que enumeramos a seguir.

#### 4.2 GRUPO RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde são regulamentados pela Portaria MS/GM n. 204 de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007). Esses recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Estaduais e Municipais, depositados em conta específica, para seis Blocos de Financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e, Investimento na Rede Serviços de Saúde. Os gestores estaduais e municipais da saúde devem aplicar esses recursos nas ações e serviços relacionados nos respectivos blocos.

No Grupo Recurso Financeiro foi selecionado para análise o Subgrupo Fundo de Saúde, considerando a sua relevância e o registro de 1.431 não conformidades, que representou 32,2% do total de 4.444 registros do Grupo.

No Subgrupo Fundo de Saúde foram considerados para análise os Itens identificados na Tabela 6 que representaram juntos 60,9% do total de 1.176 constatações de não conformidades do Subgrupo, a saber: Utilização de Recursos vinculados a Atenção Básica, Gerenciamento, Comprovação de Despesas, Movimentação Financeira e Estrutura/ Fundamentação Legal.

A leitura das constatações registradas nos Itens selecionados para análise, no Subgrupo Fundo de Saúde, permitiu evidenciar os seguintes resultados:

a) Utilização de Recursos vinculados ao Piso da Atenção Básica – PAB

A análise registrou 329 não conformidades, identificando despesas fora do bloco de financiamento num total de 356 não conformidades, ou seja, 92,4%. Essa constatação foi verificada em 113 municípios, 10,9% do total de 1036. Os auditores assim relataram esses registros:

Foi verificado nos processos de liquidação da despesa, pagamentos no valor de R\$ 3.406,95 (três mil, quatrocentos e seis reais e noventa e cinco centavos) com transporte de animais, de viagens utilizando moto-táxi, de transporte de carnes e de transporte de lixo, utilizando recursos do Piso da Atenção Básica (PAB), c/c BB 58.042-2, para pagamento de atividade não definidas como ação básica de saúde para fins de utilização dos recursos do PAB, em desacordo com a Decisão TCU n. 600/2000. (Auditoria n. 7242 – constatação n. 15109)

Transferências de recursos do PAB para as contas n. 73.207 9 (conta movimento da Prefeitura) e n. 73.009 2 (conta Fundo de Participação dos Municípios) e conta n. 7.782 2 (conta salário) e que foram utilizados para pagamentos de fornecedores, para empréstimos consignados em Folha de Pagamento e para pagamento da Folha de Pessoal, cujas despesas totalizam R\$ 170.000,00 (cento e setenta mil reais) conforme demonstramos nos anexos na Tabela 4. O pagamento dessas despesas deveria ser realizado com recursos do Tesouro Municipal. Auditoria n. 8828 – constatação n. 61615

Utilização de recursos da Atenção Básica (PAB Fixo) para pagamento de despesas com INSS retido sobre nota fiscal de serviços prestados por terceiros, em desacordo com a Portaria MS/GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007, no valor total de R\$ 1.360,00 (hum mil trezentos e sessenta reais). (Auditoria n. 9055 – constatação n. 89209)

b) Gerenciamento

As constatações registradas pelos auditores neste Item demonstraram que o secretário de saúde não gerencia o Fundo de Saúde. Foram 219 (82,4%) registros específicos para essa não conformidade num total de 240 referentes a esse Item, em 213 municípios, que os auditores assim registraram:

O gestor do Fundo Municipal de Saúde é o Prefeito, o mesmo assina as notas de empenhos como ordenador das despesas, autoriza os pagamentos e assina os cheques juntamente com o Secretário de Finanças da Prefeitura, contrariando o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o artigo 9.º da Lei n. 8.080/1990 e a Lei n. 55/91 de criação do FMS, que definem o Secretário de Saúde como responsável por essa atribuição (Auditoria n. 7265 – constatação n.12409).

O gerenciamento dos recursos da saúde é realizado pelo Secretário da Fazenda, em desacordo com as atribuições estabelecidas no inciso III, do



artigo 9.º combinado com o § 2.º do artigo 32 da Lei 8.080/90. (Auditoria n. 7479 – constatação n. 12591).

#### c) Comprovação de despesas

Fatos expressivos são registrados nas 160 (71,1%) não conformidades identificadas em 225 não conformidades referentes a despesas não comprovadas, em 125 municípios. Destacamos a constatação que revela a inexistência de comprovantes de despesas referentes a quatro exercícios financeiros e a tentativa de justificar o extravio com Boletim de Ocorrência, sem especificar quais documentos foram extraviados. Também ocorreu a não apresentação de processos de pagamentos. Os auditores assim relataram a ocorrência desses fatos:

A Secretaria Municipal de Saúde, não apresentou documentos contábeis de 2005 a 2008, no valor de R\$ 5.161.659,57 (cinco milhões, cento e sessenta e um mil, seiscentos e cinquenta e nove reais e cinquenta e sete centavos), solicitados nos Comunicados de Auditoria 01 e 02/8488/2009. Para justificar a omissão, foi apresentado um Boletim de Ocorrência n.º 00126/2009.000685-1, registrado às 17:49:01h, datado de 20 de agosto do corrente ano, data e hora esta, em que a equipe de auditoria se encontrava no município, solicitando as justificativas para o fato. O referido BO não identifica quais os documentos não foram encontrados na Prefeitura desde o dia 01.01.09. (Auditoria n. 8488 – constatação n. 42547)

No período de janeiro a dezembro de 2003 a Secretaria Municipal de Saúde realizou pagamento no total de R\$980.809,82 (novecentos e oitenta mil, oitocentos e nove reais e oitenta e dois centavos), com recursos do PAB fixo, Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, creditados na conta n. 58.046-5 e de Vigilância em Saúde, conta n. 7.231-1, da agência n. 2771-5 do Banco do Brasil, entretanto, não apresentou à equipe de auditoria os processos de pagamentos pertinentes, com os respectivos comprovantes de despesas, tais como: recibos, notas fiscais, notas de empenho, etc., em desacordo com os art. 62 e 63 da Lei n. 4.320/1964 e Decreto n. 93.872/1986. (Auditoria 9046 – constatação n. 66371)

#### d) Movimentação financeira

Foram registradas 61 não conformidades identificando recursos movimentados irregularmente num total de 157 não conformidades (38%), em 85 municípios. Essa movimentação dificulta a realização de ações de controle, uma vez que há mistura de recursos procedentes de múltiplas fontes com destinação específica. Os auditores assim relataram os fatos constatados:

O fluxo de caixa apresentado é demonstrado em conjunto com a movimentação financeira da Prefeitura Municipal, em desacordo com a Lei n. 4.320/64. (Auditoria n. 8200 constatação n. 41257)

Mediante análise dos extratos bancários do exercício de 2009, contatou-se que os recursos creditados nas novas contas com o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde, foram transferidos para as contas antigas do CNPJ da Prefeitura Municipal. Esclareça-se que as contas PAB (58048-1), FAE (58049-X), Epidemiologia (14321-9) e Média Complexidade (17400-9) deveriam ter seus saldos transferidos para as novas contas, criadas a partir de setembro de 2009, ou então deveriam ter sido utilizados os saldos das antigas contas para encerrá-las. A movimentação financeira é caracterizada como inversão dos fatos, ou seja, recursos das novas contas sendo transferidas para as que deveriam estar encerradas, estando em desacordo com a PT/GM/MS n. 1.497/2009 revogada pela PT/GM/MS n. 2.485/2009. (Auditoria n. 8169 constatação, n. 81013).

#### e) Estruturação/Fundamentação Legal

Foram registradas 110 (74,8%) não conformidades na estruturação do Fundo de Saúde num total de 147, em 108 municípios. Registraram os auditores:

O FMS não possui orçamento e contabilidade próprios, em desacordo com as Leis n. 4.320/64 (art. 71 a 74), n. 8.080/90 (art. 33) e n. 8.142/90 (I a V do art. 4.º), bem como a inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) conforme determina a Instrução Normativa SRF n. 748/07. Os recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde são creditados nas contas correntes da Prefeitura, CNPJ n. 19.875.020/0001-34, onde são contabilizados. (Auditoria n. 7556 constatação n. 15683).

**Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Itens do Subgrupo Fundo de Saúde**

<b>Fundo de Saúde</b>	<b>Não conformidade</b>	<b>%</b>
Utilização de Recursos Vinculados – PAB	356	24,9
Gerenciamento	291	20,3
Comprovação de despesas	225	15,7
Movimentação financeira	157	11,0
Estruturação/Fundamentação Legal	147	10,3
Prestação de Contas ao Conselho	85	5,9
Utilização de Recursos Vinculados – Média e Alta Complexidade	53	3,7
Registros Contábeis	50	3,5
Utilização de Recursos Vinculados – Vigilância à Saúde	35	2,4
Utilização de Recursos Vinculados – Assistência Farmacêutica	16	1,1
Utilização de Recursos Vinculados – Gestão do SUS	16	1,1
<b>Total</b>	<b>1431</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SISAUD/SUS

### 4.3 GRUPO ATENÇÃO BÁSICA

O Decreto Federal n. 7.508/2011 (BRASIL, 2011) estabelece a Atenção Básica como porta de entrada para a assistência. A estratégia para viabilização da Atenção Básica é a Saúde da Família.

A Saúde da Família é a estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e reorientadora do modelo assistencial. Seu desempenho requer a atuação de equipes multiprofissionais responsáveis por um número definido de famílias domiciliadas em uma determinada área geográfica. Essas equipes interagem com as famílias desenvolvendo ações que permitam a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos. Característica singular e fundamental que diferencia essa estratégia, e constitui fator de sucesso para sua operacionalização, é a relação que se estabelece ao longo do tempo entre o indivíduo, o profissional e a equipe de Saúde da Família. Esse vínculo essencial nessa estratégia pressupõe equipes permanentes e estáveis. A rotatividade de profissionais é fator recidivo, que compromete o alcance dos resultados essenciais à integralidade da atenção básica.

No Grupo Atenção Básica foram identificadas 2.205 constatações de não conformidades, o que representou 11,2% do total das 19.726 identificadas no período analisado. Foram selecionados para análise os Subgrupos Estratégia de Saúde da Família; Unidades Básicas de Saúde; e, Processo de Trabalho (Tabela 7).

Esses três Subgrupos representaram 78,9 % do total de 2.205 não conformidades do Grupo Atenção Básica.

**Tabelas 7 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Subgrupos do Grupo Atenção Básica**

Atenção Básica	Não conformidade N	%
Estratégia de Saúde da Família	775	35,1
Unidades Básicas de Saúde	500	22,7
Processo de Trabalho	466	21,1
ESF Saúde Bucal	330	15,0
Resultado	115	5,2
Unidade hospitalar	19	0,9
Total geral	2205	100,0

Fonte: SISAUD/SUS

A leitura das constatações registradas nos Itens selecionados para análise, nos Subgrupos do Grupo Atenção Básica, permitiu evidenciar os seguintes resultados:

## a) Estratégia de Saúde da Família

### a.1) Carga horária

Foram identificados 121 (70,5%) registros de descumprimento de carga horária num total de 170 não conformidades referentes a esse Item, em 135 municípios. A ausência do profissional reduz a força de trabalho e sobrecarrega outros profissionais com prejuízo para a qualidade da assistência. Os auditores assim registraram os fatos:

Médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família do município não cumprem a carga horária de 40 horas semanais. Visita às Unidades de Saúde da Família do Município de Redenção nos dias 09 e 10 de março de 2010; entrevistas com os médicos I. A. S. (USF IV) e D. C. C. L. (USF VII), com as enfermeiras P. C. M. S. (USF I) e A. L. L. N. (USF II), com outros profissionais da saúde (USF III, V e VI) e com usuários do serviço, por ocasião das visitas às Unidades. (Auditoria n. 9399 – constatação n. 78381)

Os profissionais médicos das Equipes de Saúde da Família não estão cumprindo a carga horária semanal de 40 horas. Foi constatado através de visitas às unidades de saúde, registro da produção individual dos profissionais e entrevista com a comunidade, que os mesmos realizam atendimento duas vezes por semana, cumprindo uma carga horária média de 16 horas semanais. Atualmente, no Posto de Saúde o médico está realizando atendimento somente um dia por semana. (Auditoria n. 9871 – constatação n. 92376)

Em verificação in loco na Unidade Básica de Saúde, na análise dos registros de atendimento odontológico e no livro de marcação de consultas, constatou-se que os profissionais odontólogos, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde das Equipes de Saúde Bucal e Saúde da Família, não cumprem a carga horária de 40 horas semanais. (Auditoria n. 10539 – constatação n. 116393).

### a.2) Contratação/Vínculo

Foram contabilizados 92 (62,5%) registros de precarização de vínculo de trabalho num total de 147 não conformidades, em 103 municípios. Essa precarização estimula a rotatividade e compromete a característica diferenciada da Estratégia de Saúde da Família de assegurar a confiança e a empatia dos usuários com os profissionais, interferindo ainda, na continuidade da assistência. Registraram os auditores:

Os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que atualmente trabalham na Estratégia Saúde da Família – ESF e Saúde Bucal – ESB foram admitidos mediante indicação informal, por contrato temporário de serviço, não sendo cumprido o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal, que preconiza contratação mediante concurso público ou prova de títulos. Foram apresentados somente contratos de 12 médicos da Estratégia Saúde da Família, caracterizando que os demais não possuem qualquer tipo de

vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo, portanto, uma relação precária de trabalho. (Auditoria n. 10398 – constatação n. 109662)

### a.3) Composição/Equipes

Foram registradas 59 (44%) não conformidades identificando equipes incompletas, sem o profissional médico, num total de 134 não conformidades, em 96 municípios. A ausência do profissional médico compromete a atuação da equipe multiprofissional, gerando a necessidade de referenciar os usuários para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, em situações que poderiam ser de fácil e imediata resolatividade, frustrando os objetivos do programa. Os auditores assim traduziram os fatos constatados:

Nos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, o cadastramento de 32 equipes de Saúde da Família com profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Entretanto, na relação das equipes de Saúde da Família apresentada pela Secretária Municipal de Saúde, e em verificação in loco realizada nas Unidades Básicas de Saúde, constatou-se a inexistência do profissional médico em 14 equipes de Saúde da Família. (Auditoria n. 7533 – constatação n. 17688).

Durante as visitas nas Unidades de Saúde da Família foi constatada a inexistência do médico para compor a equipe do PSF, causando sobrecarga para os enfermeiros nas visitas domiciliares. (Auditoria n. 8240 – constatação n. 31267).

Conforme análise dos contratos da Secretaria Municipal de Saúde, os profissionais da Estratégia Saúde da Família: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem são admitidos em regime de credenciamento, sem nenhum direito trabalhista como: férias, décimo terceiro salário e outros; cujos contratos estão sendo renovados desde 2006. (Auditoria n. 9351 – constatação n. 71406).

### a.4) Implantação estruturação

Em relação à implantação e a estruturação da Estratégia de Saúde da Família foram identificadas 88 (60,2%) registros apontando uma infraestrutura inadequada para atendimento à população, num total de 146 não conformidades, em 142 municípios. As equipes constataram: falta de materiais, equipamentos quebrados e sem manutenção, falta de veículos para transporte das equipes entre outros, conforme se verifica nas descrições dos auditores:

Nas Unidades de Saúde da Família faltam insumos necessários para procedimentos médicos e de enfermagem, bem como instrumentais

odontológicos (materiais para sutura, pinças, curativos, luvas etc.) necessários para o elenco das ações desenvolvidas nas USFs. (Auditoria 7848 – constatação 23058).

A esterilização do material odontológico é realizada em estufas, sem o termômetro para controle da temperatura, em desacordo com o Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/MS/Anvisa/1994. (Auditoria n. 9074 – constatação n. 61653)

Entrevistando os profissionais verificamos que não há disponibilidade de veículo para realizarem as visitas domiciliares e/ou atividades do programa. (Auditoria n. 9268 – constatação n. 61563)

## b) Unidades Básicas de Saúde

### b.1) Estrutura Física

Quanto às Unidades Básicas de Saúde registraram-se 199 (82,3%) não conformidades, identificando condições de funcionamento, estrutura/manutenção das unidades básicas de saúde, que foram desde espaços físicos insuficientes até condições sanitárias inadequadas, num total de 242 registros referentes a esse Item, em 142 municípios. Essas inadequações foram assim registradas pelos auditores:

Verificou-se que a Unidade de Saúde não oferece condições para o atendimento das ações de 03 Equipes de Saúde da Família e de 02 de Saúde Bucal. Há apenas 01 consultório de enfermagem e 01 consultório odontológico com 01 equipo (quebrado).

Há infiltrações em toda Unidade principalmente no consultório da assistente social. Nos consultórios médico e odontológico encontramos pias com vazamento. A sala de espera e reunião está com ventilador quebrado e possui pouca ventilação. O outro espaço destinado a palestras pouco ventilado, cozinha sem janela ou ventilação. Não há acesso adequado para pessoas deficientes ou com dificuldade de locomoção.

A fiação elétrica é antiga. Segundo relato dos profissionais foram perdidas vacinas por duas vezes no prazo de três meses. (Auditoria n. 7295 – constatação n. 7970)

Em visita ao PSF, na zona rural, encontramos um reservatório de água (tanque), descoberto e em desuso, com água estagnada na área externa. Além disso, verificamos também um reservatório de lixo descoberto e transbordando, com vários focos potenciais para a reprodução do mosquito da Dengue. Verificamos ainda que a unidade apresenta fios de energia elétrica instalados inapropriadamente, em baixa altura, fora das normas de segurança; caixas de papelão contendo medicamentos vencidos há 06 meses da data desta auditoria, além de inexistência de sala de vacinação, em desacordo com o item III c e V do parágrafo 3 (DA INFRAESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS) da Portaria MS/GM n. 648 de 28/03/2006. (Auditoria 7983 – constatação n. 27599).

## b.2) Recursos Materiais

Cento e cinquenta e oito não conformidades foram registradas neste Item, permitindo identificar falta de recursos materiais em 71 registros (44%), em 91 municípios. Nos registros dos auditores constam que:

Em visita às Unidades de Saúde e, segundo informação prestada pelo Secretário de Saúde, o município não dispõe de glicosímetro para o monitoramento da glicemia capilar dos usuários do SUS, portadores de Diabetes Mellitus, bem como os insumos lancetas para punção digital e tiras reagentes de medida de glicemia capilar, contrariando o que preconiza a Portaria MS/GM n. 2.583 de 10 de outubro de 2007. (Auditoria n. 9283 - constatação n. 75570).

As Unidades de Saúde da Família não dispõem de todos os equipamentos preconizados para o atendimento às urgências/emergências de baixa gravidade/complexidade tais como: oxigênio,ambu adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel adulto e infantil, aspirador portátil, material para imobilizações, contrariando o recomendado no subitem 1.3, item 1, Capítulo III da Portaria MS/GM n. 2.048, de 05/11/2002. (Auditoria - n.10085 constatação n. 103640).

## c) Processo de Trabalho

### c.1) Registros/Cadastro

Dentre as 142 não conformidades registradas identificaram-se: 32 referentes a registros de atendimentos e 67 a cadastro desatualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, representando respectivamente 22,5% e 47,1% do total, em 96 municípios. Os auditores fizeram a seguinte análise e descrição quanto ao prontuário familiar:

Os registros dos atendimentos dos profissionais são realizados em fichas e prontuários individualizados, não havendo a implantação do Prontuário Familiar, em discordância aos princípios e características da estratégia Saúde da Família. O Prontuário Familiar é uma característica específica, prioritária e fundamental no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e sua implantação deve ser garantida pelos gestores para utilização pelas equipes, conforme o recomendado no Manual de Atenção Básica do SIAB – Ministério da Saúde. (Auditoria n. 8209 – constatação n. 37174)

Seguimentos clínicos inconsistentes. Nas patologias tais como: tuberculose e hanseníase o acompanhamento clínico (prontuários) se faz de maneira inconsistente, qual seja: anotações sem conteúdo técnico (quando existem). Verificamos, ainda, a periodicidade elástica no comparecimento dos pacientes para revisão. Faltam exames complementares em alguns prontuários/fichas. (Auditoria n. 7374 – constatação n. 12755)

Falta comprovação do atendimento ao usuário. Não há arquivo em nenhuma das UBASF da zona rural, documentos comprobatórios de

atendimento ao usuário, nem prontuários das famílias atendidas. (Auditoria n. 7477 – constatação n. 19890)

#### 4.4 GRUPO CONTROLE SOCIAL

As constatações de não conformidades, registradas no Grupo Controle Social, num total de 2.274 representaram 12,5% do total de 19.726 não conformidades neste Grupo. Os outros três Subgrupos apresentaram poucos registros, conforme evidenciamos na Tabela 8. Conforme definido no Método foi selecionado para análise o Subgrupo Conselho de Saúde.

**Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Subgrupos do Grupo Controle Social**

Controle Social	Não conformidades	
	N	%
Conselho de Saúde	2355	95,2
Ouvidoria/Central de Atendimento ao Usuário	61	2,5
Conferência de Saúde	58	2,3
Total geral	2474	100,0

Fonte: SISAUD/SUS

O Conselho de Saúde é o órgão colegiado deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação social no planejamento e controle da execução das Políticas de Saúde é um dos pilares na construção do SUS. Esse colegiado conseguiu, nos últimos anos, grandes avanços na participação do processo de formulação e controle das políticas de saúde. Entretanto, por ocasião das ações de auditoria, observa-se imensa fragilidade nessa instância, que ainda não consegue exercer seu poder deliberativo, sequer possui condições operacionais e de infraestrutura, que permita efetivamente interferir e acelerar a construção do SUS. Essas questões podem ser ratificadas pelas constatações evidenciadas nos relatórios de auditoria que enumeramos a seguir:



#### a) Deliberações/Resoluções

A Resolução é a forma do conselho formalizar as suas deliberações, que devem ser homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo. Neste Item foram constatadas 311 não conformidades, em 239 municípios, dentre elas destacam-se: Decisões não consubstanciadas em Resoluções 115 registros, 36,9%; Resoluções não homologadas pelo gestor 55, 17,6%. Esses fatos foram assim descritos pelos auditores:

Analisado o material disponibilizado (atas e as resoluções de n. 01/08 e 02/08) constatou-se que as deliberações que deveriam partir do Conselho na forma de resoluções, moções e outros atos deliberativos foram praticadas pela titular da pasta da Secretaria de Saúde do Município e não constam a homologação do Chefe do Executivo, contrariando a Resolução CNS n. 333/2003. (Auditoria n. 8331 – constatação n. 51878)

O Conselho Municipal de Saúde fiscaliza e controla os gastos, destinação dos recursos, prestação de contas, dentre outros, entretanto, não delibera por meio de resoluções, recomendações, moções ou outros atos deliberativos. As deliberações da plenária constam apenas nas atas, contrariando o item XII da Quarta Diretriz da Resolução CNS n. 333/2003 que estabelece obrigatoriedade de homologação das resoluções, pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 dias, com publicidade oficial. (Auditoria n. 8673 – constatação n. 51305)

A equipe verificou que o CMS delibera por Resoluções, entretanto não são homologadas pelo Poder Executivo. São publicadas no Diário Oficial, na forma do item XII da 4ª Diretriz da Resolução/CNS n. 333/2003 e encaminhadas à CIB junto à Ata. (Auditoria 9007 – constatação n. 58814).

As Resoluções aprovadas pela plenária do Conselho Municipal de Saúde dos exercícios de 2007, 2008 e 2009, não foram homologadas e nem publicadas pelo Secretário Municipal de Saúde o que contraria o estabelecido no item XII, Quarta diretriz da Resolução CNS n. 333 de 04/11/2003. (Auditoria n. 9566 – constatação n. 77541)

#### b) Recursos de Informática

O Programa de Inclusão Digital – PID se constitui numa iniciativa do Conselho Nacional de Saúde com o apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, visando fortalecer a atuação dos conselhos de saúde, mediante a inclusão digital dos conselheiros. Dessa forma foi desenvolvido programa que compreende: disponibilização de equipamentos de informática aos conselhos; desenvolvimento de

programa de educação permanente que permita aos conselheiros a utilização de recursos de informática; e, a viabilização da conectividade e acesso a internet. Em 2010, o Denasus, por solicitação da SGEP, desenvolveu um protocolo para verificar se os resultados do PID estavam sendo alcançados. Entre outras questões foi verificado se o computador doado pelo Ministério da Saúde estava sendo utilizado pelos conselhos. No Item Recursos de Informática foram constatadas, em 221 municípios, 316 não conformidades, sendo 136 (43%) de não uso pelo conselho do computador doado pelo Ministério da Saúde que estava em uso por outras estruturas das Secretarias de Saúde. Em relação à referida avaliação os auditores fizeram as seguintes observações:

Em visita realizada ao Conselho Municipal de Saúde se verificou que os equipamentos (impressora, monitor, teclado e CPU), doados pelo MS/SEGEP, estavam sendo utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e não pelo Conselho. Vale ressaltar que o Conselho Municipal de Saúde não dispõe de local próprio para funcionamento. (Auditoria n. 8217 – constatação n. 31824).

O micro computador doado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SEGEP/MS está instalado na UBS II, localizada no centro da sede do Município. (Auditoria n. 9258 – constatação n. 64597).

Quando dos trabalhos in loco na Secretaria Municipal de Saúde localizamos o computador enviado pelo Ministério da Saúde para o Conselho Municipal de Saúde encontrava-se encostado em um canto, desligado, a informação primeira foi que problema era do estabilizador, depois que tinha sido colocado ali para desocupar a mesa para a equipe trabalhar. O fato é que não constatamos nenhuma evidência que comprovasse que o conselho funcione e muito menos que tenha acesso às informações via internet. (Auditoria n. 8909 – constatação n. 63979)

Em reunião com o CMS, foi relatado pelos Conselheiros o desaparecimento dos equipamentos de informática doados pelo Ministério da Saúde, juntamente com mobiliários e documentação referente à gestão anterior. O CMS tomou conhecimento do fato no dia 08/03/2010 e na mesma data, a sua presidente comunicou o ocorrido a Polícia local, que está tomando as devidas providências para elucidação desse fato. (Auditoria n. 9590 – constatação n. 83091)

### c) Composição/Eleição dos Conselheiros

A composição paritária nos conselhos do segmento de usuários em relação aos demais segmentos é requisito essencial para o cumprimento do exercício da cidadania, e legitimidade desse colegiado. Foram registradas em 207 municípios,

155 não conformidades, identificando conselhos não paritários num total de 273, ou seja, 56,7%. Essas constatações decorreram dos seguintes relatos dos auditores:

O Conselho Municipal de Saúde é constituído por 13 membros, sendo: 04 representantes do governo, 01 representante dos prestadores de serviços, 02 representantes dos profissionais da saúde e 06 representantes dos usuários, em desacordo com o estabelecido na Resolução CNS n. 333/03, Lei n. 8.142/90 e Lei Municipal n. 927/97. (Auditoria n. 9193 – constatação n. 59638)

Analisando a relação dos membros do Conselho Municipal de Saúde – CMS com suas respectivas representações, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS à equipe, constata-se que não é paritária a sua composição. A maioria dos representantes do CMS é servidor municipal, considerando que o CMS é composto de 12 membros. (Auditoria n. 8909 – constatação n. 62374)

#### d) Capacitação dos Conselheiros

A capacitação dos conselheiros é requisito fundamental para que possam exercer suas funções de formular e propor estratégias para a execução das Políticas de Saúde, inclusive avaliando a aplicação dos recursos financeiros. Neste Item foram registradas 198 (86,4%) não conformidades identificando conselhos sem nenhuma atividade que lhes permitisse qualificação num total de 258 não conformidades referentes a esse Item, em 229 municípios. Também foram identificadas outras questões, tais como: sem comprovação da capacitação 10, sem capacitação especificamente em informática 44.

É importante destacar o que preceitua hoje a Lei Federal n. 141/2012

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2.º do art. 1.º da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Os fatos referentes a capacitação de conselheiros foram assim expressos pelos auditores:

De acordo com informações prestadas pelo Presidente e pela Secretária Executiva do Conselho, não houve capacitação dos conselheiros, não atendendo as recomendações contidas na 4ª

Diretriz da Resolução n° 333/2003-CNS, de responsabilidade do gestor. (Auditoria n.7477 – constatação n. 13202).

A Secretária de Saúde informou que os conselheiros não foram capacitados na gestão atual e anterior, em desacordo com a Resolução CNS n. 333/03. (Auditoria n. 9191 - constatação n. 60047)

#### e) Infraestrutura

Neste item o que mais chamou atenção foi a inexistência de espaço físico para o exercício das atividades dos conselhos. Foram registradas 181 não conformidades, em 222 municípios, identificando inexistência de espaço físico ou espaço inadequado para funcionamento do colegiado, num total de 249 não conformidades, ou seja, 72,6%. Foram feitos os seguintes registros pelos auditores:

O Conselho Municipal de Saúde não possui infraestrutura para o seu funcionamento, em visita à Secretaria Municipal de Saúde, verificou-se que os conselheiros se reúnem em um espaço destinado à copa/cozinha da Secretaria Municipal de Saúde. (Auditoria n. 9999 - constatação n. 73531).

O Conselho de Saúde está precariamente instalado no interior do ambiente do setor de DST-AIDS, no corredor interno da Secretaria Municipal de Saúde, sem privacidade, sem visibilidade para os transeuntes (usuários do SUS) e sem condições para acomodar mais de duas pessoas. (Auditoria n. 9409 - constatação n. 73802)

#### f) Documentação/Registro

Os conselheiros são indicados por escrito pelos seus segmentos. O Conselho deve atuar mediante detalhamento de competências definidas em Regimento Interno. No Item Documentação/Registro, foram identificados 36 registros de não conformidades em relação ao Regimento Interno e 18 referentes à nomeação de conselheiros, num total de 197, ou seja, 18,2% e 9,1%, respectivamente. Essas constatações registradas em auditorias referentes a 143 município mereceram dos auditores as seguintes referências:

O Regimento Interno do Conselho não foi aprovado pelos conselheiros e também não foi homologado pelo Poder Executivo. (Auditoria 9289 - constatação n.63385)

O Regimento Interno foi homologado pelo Prefeito Municipal e não está adequado à Resolução n. 333/2003, por coincidir o mandato dos

conselheiros com o mandato do Governo Municipal. (Auditoria 9880 - constatação n. 93295)

O Conselho Municipal de Saúde não elaborou seu Regimento Interno. (Auditoria 10350 - constatação n.111995)

Os conselheiros indicados não foram nomeados pelo Poder Executivo, contrariando a Resolução/CNS nº333 de 04/11/2003, Segunda Diretriz. (Auditoria 9288 - constatação n. 63511)

#### g) Reuniões /Periodicidade

O Conselho deve se reunir pelo menos uma vez por mês. Neste sentido foram registradas 167 não conformidades, identificando a não realização de reuniões mensais num total de 200, ou seja, 83,5%. Constatados esses fatos, em 184 municípios, os auditores assim se expressaram:

Analisado o livro de atas do Conselho Municipal de Saúde, verificou-se que no exercício de 2009 aconteceram três reuniões extraordinárias e uma ordinária, caracterizando falta de cumprimento na regularidade de reuniões conforme determina a Quarta Diretriz do inciso V da Resolução do CNS n. 333/2003. (Auditoria n. 8396 - constatação n. 37442)

Conforme registrado no Livro de Atas, o Conselho Municipal de Saúde – CMS tem calendário de reuniões ordinárias programadas mensalmente, porém não realiza reuniões regularmente por falta de quórum. (Auditoria n. 8333 - constatação n. 41367).

#### h) Recursos Financeiros

Neste Item foram registradas as constatações que permitem verificar a disponibilização de dotação orçamentária para garantir o funcionamento do Conselho. Foram registradas 156 não conformidades, referentes à inexistência de dotação orçamentária, num total de 186, ou seja, 83,8%. O total de não conformidades referentes a esse Item foi verificado em 176 municípios. Os auditores assim formalizaram os fatos constatados:

No orçamento de 2007 para a Secretaria de Saúde não consta disponibilidade orçamentária específica para funcionamento do CMS, contrariando a Resolução CNS n. 333/2003. Segundo informações da secretária do conselho, é disponibilizado em cada reunião R\$300,00 (trezentos reais), para despesas com o transporte e lanche para os conselheiros. (Auditoria n. 7201 - constatação n. 8551)

No orçamento municipal, Leis Orçamentárias n. 650/2007 e n. 673/2008, não há previsão de recursos financeiros para o Conselho,

em desacordo com a Resolução CNS n. 333/2003 e Lei n. 4.320/1964. (Auditoria n. 9893 - constatação n. 99658)

#### i) Fiscalização de Recursos Financeiros

Neste Item foram registradas as constatações que permitiram verificar se o conselho de saúde cumpre com a sua prerrogativa legal de analisar a aplicação dos recursos financeiros na saúde.

Registradas 114 não conformidades identificando a não aprovação da prestação de contas, ou seja, o gestor não fez o encaminhamento ao conselho para análise. Esse quantitativo representou 61,9% do total de 184, em 153 municípios. Os auditores registraram as seguintes questões que fundamentaram as não conformidades nesse Item:

A leitura das atas do CMS não demonstrou que o Conselho tenha feito a fiscalização da aplicação de recursos ou que tenha realizado análise e aprovação de contas. A ata da reunião extraordinária de 22/06/2009 menciona prestação de contas do recurso de incentivo mensal do programa Saúde em Casa, não registrando outras prestações de contas, conforme determina a Resolução CNS n.º. 333/2003. (Auditoria n. 9383 – constatação n. 72266).

O Conselho Municipal de Saúde além de não apresentar autonomia e representatividade social necessária, não acompanha adequadamente a aplicação das verbas federais repassadas, na forma exigida pelo artigo 33 da Lei n. 8.080/1990 e § 1.º da Lei n. 8.142/1990. Em reunião com os membros do Conselho Municipal de Saúde, estes relataram que não são disponibilizadas as prestações de contas relativas as despesas da saúde, mesmo quando solicitadas, não exercendo portanto, o papel de fiscalizadores. (Auditoria n. 9175 – constatação n. 60502).

A análise do Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde demonstrou que não houve fiscalização da movimentação e destinação dos recursos financeiros da Saúde pelo Conselho no exercício de 2008, em desacordo com o art. 3.º do Decreto n. 1.232/94 e Item XIII e XIV da Quinta Diretriz da Resolução CNS n. 333/2003. (Auditoria n. 8798 – constatação n. 45613).

#### j) Fundamentação Legal

Neste Item foram registradas as constatações referentes à existência de Regimento Interno e definição da paridade por ocasião da elaboração da lei que criava o Conselho de Saúde. A criação do conselho de saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei Federal n. 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Num total de 135 registros de constatações de não conformidades, em 109 municípios, 49 (36,2%) foram referentes ao Regimento Interno e 30 (22,2%) à irregularidades, por ocasião da elaboração da Lei que criou o conselho, na definição da paridade, ou seja, 50% de entidades e movimentos representativos de usuários em relação aos demais segmentos representados. Os auditores registraram em relação a este item:

A Lei Municipal nº 091/95, que cria o Conselho Municipal de Saúde – CMS, no seu Art. 3.º, que define a presidência e composição do CMS, no Item IV – Dois representantes da Câmara Municipal de Vereadores, em desacordo com o que determina o Item VII – A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes, conforme definido na Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde. (Auditoria n. 8968 - constatação n. 60609).

O Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, aprovado em janeiro de 2010, não foi homologado pelo Poder Executivo como recomenda a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 333/2003. (Auditoria n. 9634 - constatação n. 69237)

OBS.: Importante registrar que à época da realização das auditorias estava vigente a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 333/2003 (BRASIL, 2003) revogada com a publicação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 453 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012).

#### 4.5 GRUPO REGIONALIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

Foram selecionados para análise em decorrência do Método estabelecido os Subgrupos Plano de Saúde e Relatório de Gestão, explicitados na Tabela 9. Importante destacar que a elevada frequência de registros referentes a esses instrumentos de gestão em relação aos demais Subgrupos, é decorrente da prioridade estabelecida pelo Denasus para, na realização das auditorias verificar o cumprimento do Art. 4 da Lei Federal n. 8.142/90.

**Tabela 9 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Subgrupos do Grupo Regionalização, Planejamento e Programação**

Regionalização, Planejamento e Programação.	Não conformidades N	%
Plano de Saúde	623	46,9
Relatório de Gestão	552	41,5
Termo de Compromisso de Gestão	54	4,1
Estrutura Organizacional	42	3,2
Instrumentos Planejamento PDR/PPI/PDI	42	3,2
Comissão Intergestores Bipartite	16	1,2
Total geral	1329	100,0

Fonte: SISAUD/SUS

#### 4.5.1 Plano de Saúde

Instrumento estratégico do planejamento e gestão dos sistemas de saúde. Deve conter: definição das ações a serem desenvolvidas de acordo com o diagnóstico epidemiológico da população; objetivos e as metas a serem alcançados; estratégias de atuação; e, disponibilidade de recursos financeiros para alcance das metas definidas. As ações de auditoria identificaram que o documento que traduz o planejamento não é elaborado com a periodicidade necessária ou, quando é elaborado, não tem condições de subsidiar precisamente a operacionalização das ações. Foram destacadas constatações relevantes que identificam fragilidades no conteúdo desses planos que deveriam nortear as ações de saúde.

Foi selecionado para análise o Item Sistemática de Elaboração/Conteúdo com 536 registros o que representou 86% do total de 623 não conformidades do Subgrupo Plano de Saúde. Neste Item, do total de 1036 municípios auditados, 328 apresentaram não conformidades, 31,6%.

A análise detalhada do teor das constatações de não conformidades registradas evidenciou a seguinte situação em relação aos Itens selecionados:

**Tabela 10 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Itens do Subgrupo Plano de Saúde**

Não conformidade	Registros	%
Fragilidades na elaboração da Análise Situacional	11	1,8
Fragilidades na definição de Objetivos Diretrizes e Metas	59	9,5
Fragilidades na Programação de Saúde – Recursos Financeiros	20	3,2
Não apresentou Plano de Saúde	205	32,9
Programação anual não elaborada	136	21,8
Outras questões	105	19,6
Total	623	100,0

Fonte: SISAUD/SUS



Os auditores assim descreveram a essas fragilidades:

O Plano Municipal de Saúde contém descrições genéricas que não permitem identificar ações e serviços prioritários voltados a atender ao Perfil Epidemiológico da população do município. (Auditoria n. 8990 constatação - n. 92918)

O Plano Municipal de Saúde 2006/2009 apresenta a divisão geográfica do município, histórico do município, aspectos demográficos, população residente, aspecto socioeconômico, perfil epidemiológico, estrutura e organização da Secretaria, mas não definiu os objetivos, as diretrizes e as metas para o período de quatro anos contemplando todas as áreas da atenção à saúde, de acordo com as normas estabelecidas na PT/GM/MS nº3.332/2006. (Auditoria n. 10294 - constatação n. 12 854)

O Plano Municipal de Saúde do município para o quadriênio 2005/2008, não apresenta objetivos, quadro com detalhamento das metas estabelecidas, ou identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento das ações propostas, bem como a definição dos recursos orçamentários necessários para sua implementação. A não apresentação da Programação Anual de Saúde impede compatibilizá-lo com o Relatório de Gestão. Portanto, o Plano não se constitui um instrumento referencial para nortear as ações de saúde do município, conforme exige a PT/GM/MS nº. 3.332/2006. (Auditoria n. 8575 - constatação n. 42603)

Na análise do Plano Municipal de Saúde, verificamos que o instrumento não apresenta a compatibilização dos objetivos, diretrizes, detalhamento das medidas necessárias à execução, acompanhamento, avaliação, cumprimento das metas pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão, com o orçamento para a saúde definido na LOA, Plano Plurianual/ PPA e Quadro de Detalhamento das Despesas contrariando a PT/GM/MS n. 3.332/2006, § 5.º, inciso II, art. 2.º, e art. 4.º da Lei n. 8142/1990, inciso III. (Auditoria n. 9188 - constatação n. 58845)

As ações e serviços contidos no Plano Municipal de Saúde não estão sendo operacionalizadas por meio de Programação Anual, dificultando a verificação no Relatório de Gestão, dos resultados da apuração do cumprimento das metas e a análise entre o programado e o realizado. (Auditoria 10184 – constatação n. 107280)

Segundo o Ofício SEMSA n. 017/2010 a Secretária Municipal de Saúde informa que não foram elaboradas as Programações Anuais de Saúde do Município nos anos de 2007, 2008 e 2009. (Auditoria n. 9328 – constatação n. 67313)

#### **4.5.2 Relatório de Gestão**

Instrumento de gestão que tem a finalidade de possibilitar o acompanhamento da gestão segundo o enfoque financeiro, o funcionamento dos serviços, a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações de saúde, desenvolvidas no âmbito do SUS. Deve conter as análises comparativas entre o que foi planejado e o efetivamente realizado para subsidiar a realimentação do sistema, corrigindo possíveis falhas no

planejamento e promovendo as readequações necessárias decorrentes da complexidade na operacionalização de ações e serviços de saúde. Importante destacar que esse documento se constitui na prestação de contas da aplicação dos recursos financeiros e dos resultados obtidos, conforme definido no Art. 31 da Lei Federal n. 141/2012 (BRASIL, 2012). Neste Item 251 municípios apresentaram não conformidades, 24% do total de 1036 municípios auditados.

Para apreciação deste Subgrupo Relatório de Gestão foi selecionado para análise o Item Sistemática de Elaboração/Conteúdo com 356 registros representando 64,5% do total de 552 não conformidades.

A análise detalhada do teor das constatações de não conformidades evidenciou a seguinte situação em relação a este Item:

**Tabela 11 – Distribuição absoluta e relativa das não conformidades entre os Itens do Subgrupo Relatório Anual de Gestão**

Não conformidade	Registros	%
Fragilidades na análise da execução físico orçamentária	31	8,7
Fragilidades na análise das metas e execução físico orçamentária	108	30,3
Fragilidades na análise das metas	20	5,6
Não apresentou Relatório Anual de Gestão	98	27,5
Outras questões	99	27,5
<b>Total</b>	<b>356</b>	<b>100%</b>

Fonte: SISAUD/SUS

Os auditores, após a análise do conteúdo dos Relatórios Anuais de Gestão, fizeram os seguintes registros nos relatórios de auditoria:

O Relatório de Gestão do ano de 2008, aprovado por unanimidade em reunião extraordinária do CMS, Resolução CMS n. 002/2009, de 17/04/2009, entretanto não comprova as aplicações de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde e nem relaciona os ajustes necessários ao Plano de Saúde e a Programação subsequente, não permitindo assim, uma comparação crítica entre o programado e o realizado, limitando-se a relatar as ações que foram realizadas nesse exercício. (Auditoria 9258 – constatação n. 64574)

Mediante análise dos relatórios de gestão de 2007 e 2008, verificou-se que não contemplam a programação e execução física e financeira do orçamento e a demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS. (Auditoria n. 9571 – constatação n. 84317)  
Relatório de Gestão/2008 apresentado para análise não estabelece correlação com o quadro de metas do Plano Municipal de Saúde/2008 conforme previsto na Portaria GM/MS nº 3.332/2006. (Auditoria n. 8200 – constatação n. 34209)

Em desacordo com o § 3.º, Art. 4.º da Portaria MS/GM n. 3.332/2006 e § 3.º, item 3, Capítulo III do Anexo da Portaria MS/GM n. 648/2006, o Relatório de Gestão/2008 não contém os resultados dos indicadores da atenção básica pactuados para o ano 2008. (Auditoria n. 9061 – constatação n. 62760).

Durante a nossa visita na Secretaria Municipal de Saúde, foi apresentado P.M.C.T/SEMSA/OFICIO/CIRCULAR N. 302/2009 de 02 de dezembro de 2009, informando que devido estar sem dados e informações e nenhum documento em arquivo, não foram apresentados os Relatórios de Gestão referente aos períodos de 2007 a 2009. Contrariando o que determina o Item IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Art. 4º, da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Parágrafo único. O RAG deve estar disponível sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria, conforme previsto no Art. 9.º da Portaria n. 3.176 de 24 de dezembro de 2008. (Auditoria n. 9179 – constatação 61767)

## 5 DISCUSSÃO

Ao nos aproximarmos do final desta dissertação somos motivados a avaliar a lógica que presidiu seu desenvolvimento. Partimos de dois referenciais inquestionáveis: a) o ordenamento jurídico, sobre auditoria no Sistema Único de Saúde que inscreve o controle nas missões do Estado; b) a realidade da gestão do SUS verificada in loco e analisada em 1.721 relatórios de auditoria, onde foram verificadas 19.726 não conformidades. Emergem desses parâmetros que o legislador constituinte propôs inovações que permanecem desafiadoras, uma vez que identificamos 5.516 não conformidades em áreas que são estratégicas e estruturantes para o fortalecimento SUS, a saber: Planejamento, utilização de recursos financeiros, Estratégia de Saúde da Família, atuação do Conselho de Saúde e prestação de contas, que acontece mediante Relatório Anual de Gestão. Inquestionável a constatação de que essa realidade padece de realimentação contínua na condução da gestão do SUS, sem a qual não há sistema na acepção correta do termo.

A trajetória do SUS ao longo dos seus 24 anos de institucionalização evidencia grandes avanços, mas também percalços na instrumentalização originalmente concebida para cumprir, os princípios da integralidade e da descentralização do SUS.

Comprova essa assertiva o tratamento insuficiente dispensado ao controle e à realimentação desse sistema, requisitos essenciais para a sua manutenção e aperfeiçoamento e equilíbrio organizacional. Essa constatação nos leva a afirmar que o SUS não é realimentado no que diz respeito as suas funções de gestão: coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Toca-se a rotina, busca-se superar a fila, que a mídia mostra, como a superlotação das enfermarias, a falta de vagas para internação, a judicialização do SUS, enfim essas patologias administrativas geram medidas emergenciais para resolvê-las, enquanto a prática da gestão sistêmica do SUS é negligenciada e alvo permanente dos interesses políticos de plantão.

Em decorrência do escopo desta dissertação fomos às origens buscar identificar causas reais das inconsistências na gestão do SUS. Para tanto, utilizamos referenciais inquestionáveis: o ordenamento jurídico, isto é, obrigações legais compulsórias cujo cumprimento habilita o SUS a corresponder às suas múltiplas

demandas. A seguir, analisamos esse parâmetro à luz dos resultados das auditorias realizadas pelo Componente Federal do SNA. A amostra analisada foi expressiva; 1.721 auditorias permitiram discernimento isento das prescrições legais e resultados contundentes das não conformidades constatadas. Essas ações de auditoria representam a atuação dos auditores do SUS junto aos gestores em todo o País. Desses resultados é possível inferir a falta de controle interno e suas consequências nocivas para a gestão do SUS. A inexistência desse controle é ambiente fértil para as suposições, tais como: insuficiência de gestão; subfinanciamento da saúde; questão salarial dos profissionais da saúde; privatização do SUS; custo da alta complexidade, agravado pelo fato da longevidade da população e das terapias que se sucedem com avanços tecnológicos. Na verdade esses enfoques variados e ricos são percepções que passam longe dos usuários e variam segundo interesses específicos.

Ao contrário dessas suposições, as constatações decorrentes das análises nas auditorias identificam não conformidades na gestão, que permitem diagnosticar a fragilidade na execução das ações de controle, evidenciando que as causas das patologias administrativas têm origem na fragilidade do planejamento e na inobservância da regra essencial: planejamento é irmão siamês de controle. Não basta produzir um Plano de Saúde para cumprir formalidade e atender a Lei Federal n. 8.142/90. Esse fundamental instrumento de gestão, precisa traduzir demandas reais, desde o perfil epidemiológico e demográfico do município ou região de saúde e merecer atualização sistemática diante das demandas diuturnamente requeridas e essenciais à integralidade no atendimento ao cidadão. Trata-se de instrumento em permanente reconstrução, cuja atualização requer informação atualizada, isenta e fidedigna.

As informações recuperadas das auditorias revelam fragilidades na identificação da análise situacional e na definição de objetivos, diretrizes e metas. Na medida em que não são identificados com precisão e objetividade, no Plano de Saúde, as condições de saúde da população; os determinantes e condicionantes de saúde; e, as condições da rede de saúde disponível para atender às demandas, ficam comprometidos os investimentos e as ações necessárias que permitam alcançar a integralidade do atendimento ao cidadão.

Foram ainda identificados municípios sem a Programação Anual de Saúde, que define a operacionaliza das ações para cumprimento do que foi estabelecido no Plano de Saúde.

Prosseguindo nessa lógica de análise dos resultados, vamos raciocinar com os achados das auditorias relativas à Atenção Básica, porta de entrada e ordenadora do sistema. Suas ações e serviços são comprometidos na medida em que são identificadas não conformidades quanto aos itens: composição das equipes; precarização do vínculo dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família; e, condições inadequadas oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde no que se refere à capacidade instalada e disponibilidade de insumos. Acaso houvesse o controle permanente na operacionalização das ações e serviços da Atenção Básica que permitisse agir preventivamente e em tempo hábil, seriam evitados, por exemplo, ocorrência tais como: ausência de profissionais nas equipes e Unidade Básicas de Saúde; deficiência nos equipamentos; e; falta de medicamentos. Enfim, atuar de forma proativa e preventiva na identificação das fragilidades, proporciona manutenção da qualidade tão almejada na atenção a saúde.

Outra questão identificada, considerada grave, foi a ocorrência de despesas fora do Bloco de Financiamento da Atenção Básica. Questiona-se a falta de recursos financeiros e subtraem-se esses recursos dessa área estratégica. Uma das maiores frequências de não conformidades no Subgrupo Fundo de Saúde foi despesa fora do objeto no que diz respeito a utilização dos recursos da Atenção Básica. Subtrair recursos financeiros da Atenção Básica significa fragilizar a oferta de ações e serviços nessa área e aumentar a demanda na Média e Alta Complexidade, contribuindo antecipadamente para agravar as filas nas Emergências dos hospitais.

Visando minimizar os efeitos dessas não conformidades de desvio de recursos da Atenção Básica para outros Blocos de Financiamento, o Denasus com o apoio do Conass e Conasems, criou o Termo de Ajuste Sanitário – TAS, que possibilita ao gestor reaplicar com recursos próprios os recursos federais desviados, isto é, em despesas diversas do objeto para o qual fora inicialmente definido de acordo com o Bloco de Financiamento previsto na Portaria MS/GM n. 204/2007. Exemplo dessa situação é o custeio de ações de Média e Alta Complexidade utilizando recursos destinados à Atenção Básica.

Outra não conformidade que evidencia a necessidade de controle e verificação permanente pelo gestor, refere-se às despesas sem comprovação e as

movimentações financeiras irregulares. Essas constatações geram ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde – FNS e instauração de Tomada de Contas Especial – TCE para identificar e penalizar os responsáveis. As causas dessas constatações tipificam fraudes contra o Erário. Esse recurso financeiro deixou de ser aplicado na saúde; conseqüentemente, ações de saúde deixaram de ser realizadas. Na saúde o cidadão pode pagar um preço elevado em decorrência de fraudes dessa natureza. Podem ocorrer situações que não têm como serem reparadas. Atuar prospectivamente na fiscalização dos recursos contribui para o lucro social: ser eficiente (economia de meios) e eficaz (consecução dos objetivos institucionais) para que o usuário seja beneficiado com a efetividade na aplicação dos recursos públicos destinados à saúde.

Prosseguindo a análise das constatações evidenciamos que o gestor da saúde não gerencia os recursos do SUS. Mais ainda, tem cerceada sua responsabilidade na definição e utilização dos recursos da saúde, comprometendo a unicidade da direção do SUS em cada esfera de governo, conforme preceitua o Art. 9.º da Lei 8.080/90. Foram identificados como responsáveis pelo gerenciamento do Fundo de Saúde, o Prefeito, o Secretário de Finanças, o Secretário da Fazenda, enfim, a saúde fica à mercê de decisões de outros gestores e, possivelmente, deixa de constituir prioridade na utilização correta dos recursos financeiros federais transferidos fundo a fundo. Essa situação se agrava com a constatação de que os recursos são transferidos das contas específicas para contas gerais da prefeitura, dificultando apurar o cumprimento da destinação de origem.

O Conselho de Saúde é a instância colegiada e deliberativa no âmbito do Sistema Único de Saúde com responsabilidades de propor, discutir, acompanhar, deliberar, avaliar e fiscalizar a implementação das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. O conselho é a instância de controle do SUS mais próxima da destinação e operacionalização das ações de saúde. Apresenta dificuldades para exercer suas atividades conforme constatado nas ações de auditoria realizadas, tais como: falta de infraestrutura para atuar, desde espaço físico até indisponibilidade de dotação orçamentária; deliberações não são homologadas pelos gestores legalmente constituídos; composições não paritárias que comprometem a representatividade e legitimidade do controle social; e, falta de capacitação para sua efetiva atuação.

Finalmente as constatações identificaram não conformidades em relação ao Relatório Anual de Gestão que se constitui no instrumento de prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo. A constatação de não conformidades na sua elaboração e conteúdo revela comprometimento na avaliação do cumprimento de objetivos e metas e na análise da execução da programação física e orçamentário-financeira. Dessa forma, não se identifica a efetividade do que fora planejado em relação ao realizado. Não há avaliação dos resultados alcançados, nem a conseqüente realimentação do planejamento, essencial ao adequado funcionamento de qualquer sistema, neste caso o SUS.

É importante ressaltar que essas não conformidades ocorreram em 954 municípios, incluindo todas as capitais, ou seja, são questões identificadas e que ocorrem em âmbito nacional. No período analisado, o Denasus, componente federal do SNA, realizou 1.916 auditorias em 1.036 municípios, o que representa pelo menos uma auditoria em 18,6 % dos municípios do Brasil.

Essas não conformidades identificadas e analisadas estimulam-nos à seguinte reflexão: é possível o Sistema Único de Saúde avançar com a agilidade necessária convivendo com fragilidades em questões estruturantes, tais como: Estratégia de Saúde da Família, aplicação de recursos financeiros, participação da sociedade organizada; planejamento e avaliação de resultados? Acrescentamos a essas questões a insegurança dos gestores da saúde, sobrecarregados com os efeitos e pressões por demandas urgentes, pontuais, que assoberbam sua gestão, decorrentes das fragilidades no planejamento e avaliação das ações de saúde.

As ações preventivas de controle não deveriam ser efetivamente valorizadas e implementadas pelos gestores, de forma a lhes garantir maior segurança nas decisões e no alcance dos resultados?

Outra reflexão poderia ser feita nesse contexto: o SUS não avança em decorrência da escassez de recursos, é subfinanciado. A Regulamentação da Emenda Constitucional 29 não garantiu melhorias para o financiamento. Seria somente a questão financeira o obstáculo para o avanço do SUS? Não seria possível fazer mais efetivamente planejando, controlando e avaliando os resultados alcançados? As evidências identificadas na amostra analisada permitem afirmar que sim visto que os resultados evidenciados com as não conformidades constatadas demonstram comprometimento nas funções essenciais da gestão de planejar, controlar e avaliar resultados da gestão.



## 6 CONCLUSÃO

Esta dissertação visa identificar evidências que permitam afirmar que a auditoria pode constituir-se em ferramenta de gestão e contribuir para o processo decisório do gestor do SUS. Essas evidências foram analisadas buscando-se confrontar o ordenamento jurídico que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria – SNA com amostra expressiva do seu desempenho, extraída dos relatórios de auditorias, representativos do universo brasileiro, a fim de respaldar as conclusões, que passaremos a explicitar.

Os resultados da pesquisa realizada pelo Denasus em 2012, que objetivou identificar a capacidade operacional do SNA, constatou que somente 64 municípios possuem o componente do SNA implantado e atuando, o que representa 1,15% dos 5.565 municípios. Dessa forma é possível afirmar que não temos controle interno no SUS. Não obstante esforços feitos pelos gestores municipais em 1995, com a publicação do Decreto Federal n. 1.651/95 que regulamentou o SNA.

Nesse particular é interessante refletir sobre o que pode ter influído para a não implementação dessa estrutura de controle, essencial à sobrevivência e aperfeiçoamento do sistema de saúde.

A cultura do ex-Inamps, na qual estados e municípios eram somente prestadores de serviços e recebiam pagamentos pela sua realização, influenciou na continuidade da 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. Exemplo dessa herança é a realização exclusiva de análise de AIHs, que se reproduz até hoje nos componentes estaduais e municipais do SNA.

O Decreto que estrutura o sistema de controle, definiu que o órgão central do sistema seria um Departamento de Controle Avaliação de Auditoria – DCAA. As normas operacionais editadas para nortear a operacionalização do SUS em nenhum momento estabeleceram o que seria controle, avaliação e auditoria. No ano de 2000 o Ministério da Saúde com a publicação do Decreto Federal n. 3.496/2000 definiu que caberia ao Departamento de Controle e Avaliação dos Sistemas, da Secretaria de Assistência à Saúde as atividades de controle e avaliação e ao Denasus a auditoria. Apesar dessa providência pelo Ministério da Saúde o instrumento legal que nortearia a organização e o funcionamento do SNA continua sendo o Decreto

Federal n. 1.651/95, que em seu § 1.º do Art. 4.º permanece com a identificação do DCAA como estrutura central do sistema de controle.

As orientações reproduzidas nas normas operacionais, quando se referem à estrutura de controle, enfatizam autorização de procedimentos hospitalares, pagamentos a prestadores de serviços, culminando com o Pacto pela Saúde, que atribui responsabilidade a estados e municípios, para a realização de Auditoria Assistencial. Essas orientações retroagem à cultura do ex-Inamps.

Em nenhum ato normativo do Ministério da Saúde, elaborados para organizar o SUS, encontramos orientações que permitam ao SNA operacionalizar a auditoria proposta pelos próprios gestores da saúde com a edição do Decreto Federal n. 1651/95, ou seja, a verificação da aplicação dos recursos e os sistemas de saúde.

Outra questão importante a destacar é quanto a atuação da Comissão Corregedora Tripartite, que tem entre uma de suas responsabilidades velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA. Essa Comissão pelo seu caráter tripartite e por ter a sua atuação definida no âmbito do SNA poderia ter contribuído ao longo dos anos para a efetiva estruturação do sistema de controle no âmbito dos estados e municípios.

Evoluindo nessa reflexão sobre possíveis causas para a não efetivação do controle interno do SUS, partiremos para a realidade evidenciada e sinalizada pelos resultados das auditorias desenvolvidas pelo componente federal do SNA, o Denasus.

A metodologia utilizada para fundamentar os objetivos propostos neste trabalho vem ao encontro de nossa postura como auditora, arredia aos argumentos baseados em achismos e opiniões despidas de comprovação. Infelizmente são recorrentes as conclusões que simplificam o diagnóstico sobre o SUS, concluindo que a causa do não atendimento eficaz dos usuários decorre da gestão praticada e do subfinanciamento. Esta metodologia buscou retratar de forma clara e objetiva as evidências que justificam a necessidade de fortalecimento do controle interno do SUS tendo como referência os registros das não conformidades nos 1916 relatórios de auditorias, concluídas no período de 1.º de janeiro a 31 de dezembro de 2010, portanto, reportamo-nos a constatações próximas da realidade que vivemos em diferentes regiões brasileiras.

Optamos por não trabalhar com todos os grupos de constatações e sim com aqueles que evidenciam questões estruturantes para o SUS e constatamos

fragilidades no processo de Planejamento; no controle da utilização de recursos principalmente aqueles destinados a Atenção Básica; na operacionalização das ações da Estratégia de Saúde da Família e na avaliação dos resultados que deveriam ser consubstanciados precisa e objetivamente no Relatório Anual de Gestão.

Desse contexto complexo resulta a constatação da carência do uso da informação, decorrente de ações de auditoria, como mecanismo alimentador do processo decisório.

Os resultados analisados e decorrentes das auditorias realizadas pelo Componente Federal do SNA evidenciam que é possível e necessário exercitar o controle interno no SUS. Muito ainda se tem que fazer, mas acreditamos que existindo entendimento pelos gestores da saúde de que esse instrumento pode lhe proporcionar segurança nas suas decisões, certamente avançaremos na sua construção.

Questiona-se frequentemente: qual é o SUS que temos e o SUS que queremos? Esse mesmo questionamento pode e deve ser feito em relação ao controle interno do SUS. A realidade atual fala por si. Todos os dias somos bombardeados com situações críticas em relação à saúde no Brasil e, o único componente de auditoria que atua satisfatoriamente, o federal, tenta compensar o que deixa de ser feito pelas demais instâncias. Na saúde, não controlar, não agir de forma proativa pode significar perdas de vidas. O prejuízo maior não é o financeiro e sim o social.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Maria Arlete Duarte de. **Responsabilização na reforma do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto Federal n. 7508, de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 27/11/2012

BRASIL. **Decreto Federal n. 7797 de 30 de agosto de 2012**. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011./Decreto/D7797.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011./Decreto/D7797.htm)>. Acesso: 27/11/2012

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução n. 258, de 7 de janeiro de 1991**: aprova a Norma Operacional Básica/SUS n. 01/91. Disponível em: <[siops.datasus.gov.br/Resolucao%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf)>. Acesso: 27/11/2012

BRASIL. Lei 8.142, de 19 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde. **Diário Oficial da União**, v. 78, n. 249, Seção 1, 31 dez. 90. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 27/11/2012

BRASIL. **Lei 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. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm)>. Acesso: 27/11/2012. Acesso: 5/12/2012

BRASIL. **Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso: 27/11/2012

BRASIL. **Lei Federal n. 4320 de 17 de março de 1994**: estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm)>. Acesso: 6/12/2012

BRASIL. **Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 10/12/2012

BRASIL. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso: 10/12/2012

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Instrução Normativa RFB n. 748 de 28 de junho de 2007**: dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). Disponível em: <[www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/ins/2007/in7482007.htm](http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/ins/2007/in7482007.htm)>. Acesso: 10/12/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 545 de 20 de maio de 1993**: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 10/12/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007**: dispõe sobre a regulamentação do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 10/12/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 2203, de 5 de novembro de 1996**: aprova a NOB 1/96. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 2488 de 21 de outubro de 2011**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 2583 de 10 de outubro de 2007**: define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei n. 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 373, de 27 de janeiro de 2002**: aprova a Norma Operacional da Assistência a Saúde – Noas-SUS 01/2002. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**: divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 648 de 28 de março de 2006**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 743 de 18 de abril de 2012**: dispõe sobre o procedimento de notificação e oitiva de agentes públicos, órgãos e entidades públicas e pessoas físicas e jurídicas privadas, além de outros interessados, a respeito de resultados de auditorias e outras atividades de controle

realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus/SGEP/MS). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 95 de 26 de janeiro de 2001**: aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SNAS n. 234, de 7 de fevereiro de 1992**: edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992. Disponível em: <[siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf)>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007**: aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS n. 333 de 4 de novembro de 2003**: aprova as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS n. 453 de 333 de 10 de maio de 2012**: aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Brasília: [s.n.], 2011. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. **Portaria MS/GM n. 1467 de 11 de dezembro de 2002**: institui o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) via internet, no âmbito do SNA. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso: 11/11/2012

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Boletim do Tribunal de Contas da União**: normas de auditoria do Tribunal de Contas da União. 2011. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/>>. Acesso: 17/08/2012

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2011.

BROUSSELLE, Astrid, et al. **Avaliação Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DORNA, A. D. M. **Federalismo e o controle pelo TCU das transferências fundo a fundo**: o caso do Sistema Único de Saúde: sociedade democrática, direito público e controle externo. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2006.

GULICK, Luther. Notes on the Theory of Organization . In: CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

Joseph M. Jura non leadership for quality an executive handbook. In: CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

MEDAUAR, Odette. **Controle da administração pública**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2012.

NASCIMENTO, Kleber. “A Revolução...” Revista de Administração de Empresas, op. cit p. 26.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, SP: IDISA, 2007.

SAMICO, Isabella. et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SPINELLI, Mario. **Corrupção**: ensaios e críticas. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008.

URWICK, Lindal F. The elements of administration. In: CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

VIEIRA, Marcelo Milano. **Teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2012.