

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

VILMA DORNELAS DA SILVA

**O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DAS AUDITORIAS  
REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM RECIFE, NO  
PERÍODO DE 2008 A 2013**

RECIFE  
2014

**VILMA DORNELAS DA SILVA**

**O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM  
ESTUDO DAS AUDITORIAS REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
RECIFE, NO PERÍODO DE 2008 A 2013**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção  
do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Kátia Rejane Medeiros

Coorientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

RECIFE

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S586s Silva, Vilma Dornelas da.  
O Sistema Nacional de Auditoria no Sistema Único de Saúde: um estudo das auditorias realizadas nos serviços de saúde em Recife, no período de 2008 a 2013/ Vilma Dornelas da Silva. — Recife: [s. n.], 2014.

80 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane Medeiros; coorientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

1. Auditoria Administrativa. 2. Descentralização. 3. Controles Formais da Sociedade. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Serviços de Saúde. I. Medeiros, Kátia Rejane. II. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. III. Título.

CDU 658:61

---

**VILMA DORNELAS DA SILVA**

**O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM  
ESTUDO DAS AUDITORIAS REALIZADAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
RECIFE, NO PERÍODO DE 2008 A 2013**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção  
do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr<sup>a</sup> Kátia Rejane de Medeiros  
CPqAM /Fiocruz

---

Dr<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro Vasconcelos  
CPqAM /Fiocruz

---

Dr<sup>a</sup> Keila Silene de Brito e Silva  
UFPE

Aos usuários do SUS e a todos aqueles  
que lutaram e continuam lutando por  
um Sistema único e de qualidade para  
a saúde

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus que, mesmo sem eu merecer, está sempre me acompanhando em todos os passos que dou na vida;

Aos meus pais, que sempre acreditaram e me apoiaram a lutar para conquistar meus ideais;

Ao meu companheiro Ivonildo da Cruz Lins Júnior, que sempre acreditou em mim;

Aos meus irmãos, sobrinhos queridos e, em especial, Caio Dornelas, Danielle Freitas, Filipe Araújo, Rebeca Arruda e Pollyana Arruda;

Ao meu cunhado Olacir Lucheta, pelo apoio, disponibilidade e atenção;

Aos meus queridos amigos, pela torcida, em especial a Célia Borges, Leila Navarro, Karolina Lima e Rejane Cavalcanti, pela dedicação em atender meu pedido de socorro.

A Leonildes Dalmoreno, pelo empenho com que buscou contribuir na organização de minha base de dados;

Aos meus colegas de trabalho e gestores da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Gerência de Auditoria Assistencial da Secretaria Executiva de Coordenação Geral, pela compreensão e apoio;

A Gilberto Alves Batista Filho, Chefe da Auditoria em Pernambuco-Seaud-PE, pela colaboração na execução deste trabalho;

Aos gestores e auditores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, pela participação nas entrevistas;

À minha orientadora Kátia Medeiros, pela competência, amizade, confiança, paciência e apoio na condução deste trabalho;

Ao Dr. Garibaldi Gurgel, por ter colocado à nossa disposição seus valiosos conhecimentos e apoio, desde o primeiro momento das disciplinas;

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pela infraestrutura e apoio financeiro;

Aos funcionários da Biblioteca, pela atenção, e especialmente Mégine C. C. da Silva e Márcia Saturnino, pelo carinho e atenção;

À equipe da Secretaria Acadêmica, em especial Semente, pela atenção as minhas solicitações;

Aos membros da Banca Examinadora, pela valiosa contribuição na avaliação da dissertação;

À minha maravilhosa turma de Mestrado, pela agradável e prazerosa convivência;

Aos professores que nos incentivaram a superar os desafios de trabalhar e cursar o Mestrado profissional;

Por fim, a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram na realização deste trabalho.

SILVA, Vilma Dornelas da. **O sistema nacional de auditoria no sistema único de saúde**: um estudo das auditorias realizadas nos serviços de saúde em Recife, no período de 2008 a 2013. 2014 Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

## RESUMO

A realização deste estudo foi motivada pela reflexão sobre o Sistema Único de Saúde- SUS e a relação federativa, no que diz respeito ao Sistema Nacional de Auditoria e ao Processo de Descentralização do SUS, ocorrido nos últimos anos. Neste contexto, procurou-se descrever as características das auditorias realizadas pelo Sistema Nacional de Auditoria nos serviços de saúde do Recife, comparando com o que é preconizado à luz das diretrizes do SUS e da Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, inciso I, no qual estabelece que a estrutura do SUS tenha a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”, respeitando a autonomia dos entes federados. Neste estudo de caso explicativo, de abordagem qualitativa e quantitativa, recorreu-se à técnica de análises de condensação de significados para interpretação das entrevistas com os auditores e gestores responsáveis pelo componente estadual de auditoria, objetivando verificar a percepção que estes têm da relação do Componente Estadual de Auditoria/SUS/PE-CEA/SUS/PE com as instâncias de controle interno e externo, ou seja, os componentes municipais e o federal do Sistema Nacional de Auditoria e o Tribunal de Contas e o Ministério Público, respectivamente. Foram evidenciados avanços através do processo de descentralização do Sistema, com o arcabouço jurídico organizacional definindo que as ações de auditoria devem ser descentralizadas e realizadas pelos três componentes: Nacional, Estadual, Municipal e pelo Distrito Federal, de forma integrada, sem que haja prejuízo da autonomia de cada ente. Entretanto, observou-se que há espaços de integração entre os três componentes de auditoria, porém esta não se realiza de forma efetiva, no sentido de contribuir para a melhoria do desempenho do sistema de saúde, enquanto uma ação de gestão, e não apenas como atividade prevista na legislação do SUS. Assim, recomenda-se a realização de outros estudos que desenvolvam o fluxo e as pactuações do processo de trabalho entre as respectivas instâncias de auditoria, como forma de colaborar para a melhoria do desempenho do Sistema de Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Auditoria; Descentralização; Regulação, Serviços de Saúde.



SILVA, Vilma Dornelas da. **National audit system in unified health system: a study of audits carried out health the services in Recife in the period 2008 to 2013.** 2014. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

## **ABSTRACT**

This study was motivated by reflection on the UHS Occupational Health NHS and the federal relationship, with respect to the National Audit System and SUS decentralization process, which occurred in recent years. In this context, we sought to describe the characteristics of audits by the National Audit System in Health Care Recife compared to what is recommended in the light of the guidelines of the NHS and the Federal Constitution of 1988, in Art. 198, item I in which states that the structure of the SUS has the "decentralization with a single management in each sphere of government," while respecting the autonomy of the federated entities. This explanatory case study of qualitative and quantitative approach, made use of the technique analyzes the condensation of meaning for interpretation of interviews with managers and auditors responsible for auditing state component, aiming to verify the perception they have of the relationship of the State Component Audit / SUS / PE-EAA / SUS / PE with instances of internal control, and external, ie, municipal and federal components of the National System Audit and the Court of Auditors and the prosecution respectively. Advances were evidenced through the decentralization of the system process, with organizational legal framework defining the actions of the audit must be performed by three decentralized and National, State, Municipal and Federal District components seamlessly, without prejudice to the autonomy of each one. However, it was found through this study that there are areas of integration between the three components of audit, but not performed effectively in order to contribute to improving the performance of the health system, while a management action, and not just as an activity under the legislation of SUS. Therefore, the aim of this work to propose further studies to develop flow and agreements of the work process between the respective audit institutions which collaborate with the Improved performance of the unified health system

**Keywords:** Audit; decentralization; regulation, health the services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Descritores do funcionamento do SNA, recife, 2013 .....	34
<b>Figura 1</b> – Fluxograma das fases de execução da auditoria .....	37
<b>Figura 2</b> – Fluxograma descritor do Processo de auditoria .....	38
<b>Quadro 2</b> – Variáveis que compõem os relatórios de auditoria do SNA e sua descrição Recife, 2013 .....	43
<b>Quadro 3</b> – Material pesquisado sobre o funcionamento do SNA, Recife, 2013 ....	43
<b>Quadro 4</b> – Descrição e identificação dos atores que participaram das entrevistas, Recife, 2013 .....	45
<b>Quadro 5</b> – Matriz de condensação de significados, Recife, 2013 .....	46

---

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Auditoria realizadas nos serviços de saúde do Recife no período de 2008 a 2013 .....	44
<b>Tabela 2</b> – Auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, segundo a frequência .....	50
<b>Tabela 3</b> – Auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, por tipo de demandantes e frequência .....	51
<b>Tabela 4</b> – Auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, por tipo de demandantes e frequência .....	52
<b>Tabela 5</b> – Auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, segundo o tipo e a frequência .....	52
<b>Tabela 6</b> – Respostas aos relatórios preliminares das auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife, no período de 2008 a 2013 .....	53
<b>Tabela 7</b> – Auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, segundo o objeto de auditoria .....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internações Hospitalares  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
ANC – Assembleia Nacional Constituinte  
CF– Constituição Federal  
CGU – Controladoria Geral da União  
CCT – Comissão Corregedora Tripartite  
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
Conasp – Conselho Consultivo de Administração da Saúde previdenciária  
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
Conassem – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
Coap – Contrato de Organizativo da Ação Pública da Saúde  
CEA/SUS/PE – Componente Estadual de Auditoria do SUS de Pernambuco.  
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira  
DCAA – Departamento de Controle Avaliação e Auditoria  
Denasus – Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
Datusus – Departamento de Informática do SUS  
EC – Emenda Constitucional  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
IAP – Institutos de Aposentaria e Pensões  
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LAI – Lei de Acesso a informação  
LC – Lei Complementar  
MEC – Ministério da Educação e Cultura  
Mesp – Ministério da Educação e Saúde Pública  
Mpas – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MP– Ministério Público  
MPF– Ministério Público Federal  
MS – Ministério da Saúde  
MTIC – Ministério do Trabalho Indústria e Comércio  
Participasus – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS  
RAG – Relatório anual de Gestão

Sargsus – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão.

SES – Secretaria Estadual de Saúde

Seaud – Serviço de Auditoria

Segep – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Sisaud – Sistema de Auditoria do SUS

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TAS – Termo de Ajuste de Conduta

TCE – Tribunal de Contas do Estado

TC – Tribunal de Contas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TÉORICO</b>	19
3.1	A reforma do Estado e as políticas públicas	20
3.2	O controle externo e interno na Administração Pública	23
3.3	O Sistema Nacional da Auditoria do SUS	25
3.4	Auditorias entre Entes Federados	28
3.5	Funcionamento e atuação do Sistema de Auditorias nas diferentes esferas de gestão do SUS	30
3.5.1	<i>Visita técnica</i>	31
3.5.2	<i>Educação permanente</i>	32
3.5.3	<i>Normatização</i>	32
3.5.4	<i>Ações de articulação interfederativa</i>	32
3.6	<b>Do planejamento da Auditoria</b>	34
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	40
4.1	Objetivo geral	40
4.2	Objetivos específicos	40
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	41
5.1	Tipo de pesquisa	41
5.2	Área e período de estudo	41
5.3	Coleta e análise de dados	42
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	47
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	48
7.1	Caracterização das auditorias no período 2008 a 2013	48
7.2	A relação do Componente Estadual de Auditoria com as instâncias de controle interno e externo	58
7.3	O processo de trabalho dificultando a inter- relação dos componentes	61
7.4	A fragilidade de uma Política de Qualificação dos Auditores além de condições de trabalho e estrutura físicas inadequadas	65
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	70
	<b>REFERÊNCIAS</b>	72

<b>APÊNDICE A- ROTEIRO .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO A- PARECER CEP .....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) do Brasil de 1988 abriu caminho para a revisão do modelo de regulação estatal em todos os níveis do Sistema de Saúde. Introduziu mudanças na Administração Pública, com o intuito de reestruturar o aparelho do Estado (FURTADO, 2011).

Para garantir as regras constitucionais, nos níveis do sistema de saúde, passou-se a exigir práticas interfederativas, com descentralização das ações e serviços de saúde. Além disso, a Constituição considerou a saúde como de relevância pública, no que coube ao Poder Público o dever de regular, fiscalizar e controlar, os serviços de saúde públicos ou privados (SANTOS, 2013).

Neste contexto, a auditoria consiste em uma atividade de controle, com vistas a verificar o cumprimento das normas e do contrato definido pelos órgãos reguladores para avaliar o desempenho e as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. O resultado do trabalho de uma auditoria deve assegurar a conformidade da prática ou a realidade do serviço, ou mesmo, em caso de não conformidade, recomendar ações para a melhoria da assistência à saúde.

Portanto, a auditoria é uma análise crítica e sistemática de um serviço, de um contrato, ou de um programa, para verificar o grau de conformidade às normas ou padrões de atendimento e utilização de recursos considerados de excelência (RODRIGUES et al., 2012).

Ainda no campo da saúde, a auditoria avalia a execução dos programas e convênios vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à gestão do sistema, com a finalidade de melhorar os resultados e a qualidade da assistência prestada, apontando as distorções que deverão ser corrigidas nos serviços de saúde.

Nesta lógica, surge o que se entende por auditoria assistencial, cuja ênfase está voltada para a qualidade da assistência. Nela se realiza uma fase analítica e, havendo necessidade de averiguar as conformidades *in loco*, realiza-se a fase denominada operacional.

De maneira geral, a auditoria no SUS é um processo permanente, contínuo e proativo que constata a eficiência na alocação e aplicação adequada dos recursos, a eficácia na qualidade das ações e serviços oferecidos aos cidadãos e a efetividade nos resultados quanto à assistência, prevenção e promoção da saúde dos usuários (BRASIL, 2011a).



É importante ressaltar que a auditoria está relacionada com a administração pública e o Brasil passou por diversas transformações quando se configurou a crise fiscal do Estado. A crise do modelo do Bem-Estar Social, experimentada nos países europeus com o esgotamento do modelo burocrático de gestão, começava a ter expressões no Brasil no momento em que o sistema começava a ser implantado. Esse contexto impôs mudanças na administração pública (CASTRO et al., 2012).

Na década de 90, no Brasil, o movimento denominado Nova Gestão Pública propôs um modelo gerencial mais ágil, flexível, descentralizado e com maior orientação e controle dos resultados, em substituição à falência do Estado burocrático weberiano (CASTRO et al., 2012).

Neste sentido, a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), no âmbito do Ministério da Saúde, através da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, evidencia o esforço do estado brasileiro de controlar os resultados (BRASIL, 1993). Nele, foram estabelecidas as competências da Auditoria, nas suas funções de avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, sendo realizada de forma descentralizada, por meio dos órgãos estaduais, municipais e por representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

No Decreto nº. 1651/1995 são definidos a estrutura e o funcionamento do SNA na instância federal, que deverá ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para execução dos mesmos objetivos nas suas respectivas instâncias (BRASIL, 1995).

Nos últimos anos, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS- (DENASUS), por meio da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – (PARTICIPASUS), vem empreendendo esforços para a expansão e organização do SNA.

Entre os vários serviços e programas implantados, destaca-se a adesão, pelos estados e municípios, ao Sistema de Informatização da Auditoria do SUS (SISAUD) que constitui um sistema de uniformização dos instrumentos de auditoria, cuja adesão vem permitir o acompanhamento da auditoria em todo território nacional (BRASIL, 2006b).

Com esse instrumento buscou-se estreitar o processo de trabalho das três instâncias de auditoria, dando ênfase à questão da integração entre o Serviço de Auditoria (SEAUD), a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as demais instâncias municipais.

Há relevância e importância nos trabalhos desencadeados e promovidos no processo de Auditoria Assistencial, pois eles respaldam o planejamento e desenvolvimento das ações realizadas pelo Gestor e as demais instâncias que compõem o SUS. Todavia, é necessária a articulação permanente entre os componentes do SNA, no que diz respeito a objetivos, técnicas e instrumentos, incluindo capacitações, bem como as auditorias integradas entre os três componentes do SNA (BRASIL, 2011a).

Segundo as diretrizes do SNA, o planejamento anual deve ser feito de forma integrada e pactuada, respeitando-se as especificidades e as competências de cada componente, possibilitando uma visão geral do sistema no Estado, potencializando a sua atuação e evitando o retrabalho entre os entes que compõem o Sistema.

A partir do Decreto nº 7508, de 2011 (BRASIL, 2011b) e da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, (BRASIL, 2012), surge a necessidade de pensar o sistema de auditoria com estrutura e funcionamento nos três níveis de gestão, atuando de forma sistemática, potencializando a integração dos componentes; neste caso, refere-se ao SNA descentralizado, exercido pelas respectivas instâncias da federação, quais sejam federal, estadual, municipal e pelo Distrito Federal. Com o foco na concepção de contribuir com os avanços dos respectivos componentes e fortalecer a atuação do SNA.

O Decreto nº 7508 tem desafiado os três níveis de gestão e, nesse contexto, o presente trabalho estudou as auditorias realizadas pelo SNA nos Serviços de Saúde da Cidade do Recife, localizada na 1ª Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, nela estando incluídos municípios de significativa importância pelo porte e complexidade dos serviços. Tais como: Cabo, Olinda, Paulista, Jaboatão, Camaragibe, os quais também têm implantado o componente municipal de auditoria.

Dentre estes, o Recife está entre os primeiros municípios que aderiram ao Sistema de Auditoria do SUS, em 2009, e implantou o componente municipal utilizando, no seu processo de trabalho, a ferramenta do Sisaud-SUS (BRASIL, 2013). Além disso, é a capital do Estado e, pelo tempo de implantação do sistema, está mais bem estruturado.

Segundo Albuquerque (2008), a Cidade do Recife caracteriza-se por comportar em seu território uma das maiores redes públicas de serviços de saúde do Brasil. De acordo com os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de

Saúde- CNES em 2013, dos 7968 estabelecimentos de saúde cadastrados em Pernambuco, 28% estão localizados no Recife (BRASIL, 2013).

Com o intuito de contribuir com o desenvolvimento de estudos nesta temática, e diante dos desafios no cenário do SNA no SUS cabe indagar:

Como se dá a atuação do SNA no SUS? Quais as características dessas auditorias nos serviços de saúde no município do Recife? As auditorias correspondem às definições do SNA no SUS?

## 2 JUSTIFICATIVA

A escassez de estudos sobre a auditoria no SUS, bem como o financiamento insuficiente do Sistema exige que estados e municípios organizem suas estruturas de controle (FARIAS, 2009).

O Poder Público tem demonstrado uma grande timidez em regular, fiscalizar e controlar os serviços, nos termos do art. 197 da CF (SANTOS, 2012).

Nas políticas públicas há um complexo produto marcado por confrontações, transações e ajustes entre os atores governamentais e sociais, gerando um emaranhado processo de relações de poder ou de momentos que se interconectam e envolvem distintos participantes em diferentes níveis e dimensões interdependentes (FARIAS, 2009).

No âmbito do SUS esse processo decisório é ainda mais complexo, pois é caracterizado por uma ampla quantidade de arenas e instâncias de pactuações que visam garantir o caráter democrático e participativo das decisões, uma vez que a política de saúde no interior do sistema é descentralizada e estruturada a partir da decisão e do compartilhamento de competências entre as três esferas da federação (união, estado e municípios) (FLEURY, 2002).

Contudo, esse mesmo sistema é unificado nacionalmente, o que torna necessário articular não só os processos de elaboração das estratégias da política, como também os atores, inclusive a sociedade civil, em suas atividades de aplicação de recursos e implementação de planos e programas.

Diante desse quadro, este estudo pretende constituir uma contribuição para os gestores e profissionais que compõem o SNA, visando o fortalecimento da relação federativa entre os três componentes de auditoria. Além disso, torna-se relevante este tema, uma vez que a auditoria constitui um dos mecanismos de controle interno de apoio à estruturação do SUS.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para entender a construção do SUS do Brasil é necessário considerar o legado deixado pelo período anterior à Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

No final da Era Vargas havia uma distinção de função do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Ao primeiro cabia a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários. O MTIC tinha em seu bojo uma diferenciação do formato de reconhecimento de direitos sociais como uma das principais referências de serviços públicos de saúde para os inseridos no mercado de trabalho (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Assim, o Estado Nacional nesse período foi marcado pelas dimensões política, ideológica e institucional, cujos mecanismos burocráticos viabilizaram a integração das três esferas administrativas.

Contudo, a descentralização se deu no âmbito da execução das atividades, com a centralização do arcabouço normativo acompanhada por uma descentralização executiva, cabendo à instância administrativa estadual o gerenciamento dos serviços de saúde, e ao governo central normalizar e controlar a execução das atividades de saúde em todo o País.

Dessa forma, a saúde pública herdou um aparato estatal com estruturas centralizadas, com programas e serviços verticalizados.

Com o golpe militar em 1964 se estabeleceu uma reforma que atingiu profundamente a saúde pública brasileira. Houve a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse passou a gerir todas as aposentadorias, as pensões e a assistência à saúde dos trabalhadores formais, exceto os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos informais. A saúde, nesse período, foi colocada em segundo plano e se caracterizou por uma assistência precária.

Além disso, nesse período se expandiu o número de leitos hospitalares em empresas privadas, bem como as reformas em clínicas e hospitais privados foram

realizadas com o dinheiro público da Previdência Social, conduzido pelo enfoque da medicina curativa (ARRETCHE 2005).

Diante da insatisfação com o governo militar, com a situação do mercado mundial e com os aumentos dos preços, uma articulação com os movimentos sociais vai se construindo e tomando forças para lutar pelos direitos civis e sociais em busca da democracia.

Neste cenário, o governo cria, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), com o intuito de reduzir e controlar os gastos. Este tinha, em sua composição, o Ministério da Saúde (MS) e 14 membros indicados pelo Presidente da República.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) se constituíram em um programa do plano do Conasp que se concretizaram através de convênio com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), MS, Ministério da Educação e Cultura (MEC) e as secretarias estaduais de saúde, com a inclusão dos municípios progressivamente (SCOREL et al., 2005).

Apesar dos avanços das AIS, que já funcionavam em todos os estados brasileiros, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) a partir de 1984 institui o Sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), praticando uma política de favorecimento ao setor privado com o aumento das tabelas de remuneração.

Nesta trajetória, vários arranjos administrativos foram adotados para colocar em funcionamento uma política pública de tamanha complexidade, como é o SUS. Por outro lado, passaram-se 21 anos de publicação da Lei 8080/90, até que fosse regulamentada através do Decreto 7508, em 2011 (SANTOS, 2013).

Um dos desafios na organização do SUS é a Administração Pública ainda fundamentada na burocracia e na supremacia do interesse público.

### 3.1 A reforma do Estado e as políticas públicas

Max Weber, precursor da forma de atuação burocrática, baseia-se em princípios como impessoalidade e divisão de trabalho. Em muitas situações, a organização burocrática da administração pública resulta numa estrutura autorreferenciada no Estado, baseada em seus próprios interesses e não nas necessidades da população (MELO, 2007).

A burocracia, como forma racional legal de exercício de poder, tem sido a fonte de legitimação da administração pública, mas ainda é alvo de críticas, ao ponto de ser identificada como morosa, complicada e ineficiente.

O êxito das políticas governamentais requer não apenas a mobilização dos instrumentos institucionais técnicos, organizacionais e de gestão, controlados por burocratas, mas também estratégias políticas de articulação e de coalizões que assegurem sustentabilidade e legitimidade às decisões (BENTO, 2003).

Corroborando esse argumento, Secchi (2009) chama a atenção para o fato de que os modelos de administração pública, tais como: o burocrático, a administração pública gerencial, o governo empreendedor e a governança pública, compartilham características essenciais, não se caracterizam enquanto modelos de rupturas, embora, muitos políticos e burocratas tentem manipular a percepção do público em relação ao desempenho dos seus governos. Observa-se, com frequência, que os esforços de reforma da administração pública avançam mais na autopromoção e retórica do que em fatos concretos.

Segundo Novelli (2006), a crise de governabilidade dos estados demonstrou que a administração burocrática, quando aliada às práticas democráticas de governo, pode produzir resultados muito eficientes. Num estado comprometido com o bem-estar e os interesses da população, os projetos e programas desenvolvidos pelo governo gozam de racionalidade administrativa da organização burocrática e do apoio popular, que confere legitimidade às práticas burocráticas.

Nessa perspectiva, há uma frente de discussão sobre o que vem sendo chamada de nova gestão pública. Conforme afirma Fleury (1997), é preciso uma análise crítica quanto à natureza dessas reformas, pois, as deficiências observadas nas políticas públicas não estão na natureza intrínseca da ação estatal, mas no caráter monopólico de suas atividades. Isto é, qualquer que seja o órgão, estatal ou privado, ora apresenta ações que funcionam como facilitadoras, ora proporcionam barreiras e constrangimentos.

A questão não é o tamanho do Estado, mas se este atende suas funções essenciais, tais como: defesa do território e soberania nacional; inserção vantajosa do País no cenário internacional; redução das disparidades regionais e das desigualdades entre os cidadãos; implementação de um modelo de desenvolvimento social e econômico. Secchi (2009) levanta uma preocupação: se esses diversos

modelos da nova gestão pública têm contribuído para aumentar ou reduzir a capacidade do Estado em cumprir sua missão.

Com o advento da Reforma Administrativa do Estado, a auditoria surge como instrumento de gestão cuja fundamentação teórica sobre seu processo de atuação expressa os princípios da racionalidade, conformidade, uniformidade e de limites. Tem como base o referencial da teoria weberiana, assim como a efetivação de resultados, o aumento da qualidade e a otimização dos recursos explicados à luz do modelo da administração pública gerencial (MELO, 2007).

A partir do estudo de Melo (2007), a auditoria passa a se situar entre esses dois modelos: de um lado, defesa de uma política pública de saúde universal, consoante a racionalidade dos recursos instituídos por normas, leis e rotinas, e, de outro lado, busca pela redução do custo numa perspectiva da produtividade e dos resultados.

Via de regra, o Estado precisa desempenhar diversos papéis para intervir na ordem econômica e na ordem social. É importante considerar os efeitos das tensões entre burocracia e democracia; política e técnica; autonomia e controle (SALGADO, 2012).

Pinto et al. (2010) demonstram que é um desafio para o SUS implantar processos de negociações visando uma melhor articulação e integração entre gestores, considerando a autonomia política entre estados e municípios, podendo inclusive vetar a implantação de políticas federais.

Por essa razão, a Administração Pública exerce funções específicas que incluem atividades de: Planejamento, Supervisão, Coordenação e Controle.

Medeiros (2011) aponta que a Saúde Pública no país enfrenta diversos desafios; além disso, é necessário ainda aperfeiçoar os instrumentos de controle interno instituídos pelo SUS, para garantir o uso adequado dos recursos públicos e a melhoria dos serviços de saúde prestados à população.

Nesta lógica, serão abordados, a seguir, os tipos de controle da Administração Pública e a inserção da auditoria realizada pelo SNA, enquanto um dos elementos desse controle.



### 3.2 O controle externo e interno na Administração Pública

Considerando que a auditoria é uma função relacionada à administração pública, procurou-se entender essa temática observando a Administração Pública Direta enquanto o conjunto de órgãos e agentes públicos que integram a pessoa política estatal, ou seja, a União, Estado, Distrito Federal ou municípios, subordinados diretamente ao Chefe do Poder Executivo, Legislativo ou Judiciário (SALGADO, 2012).

A Administração Indireta refere-se às pessoas jurídicas administrativas de direito público ou privado, dotadas de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa e financeira, instituídas por um ente federado.

De acordo com o princípio da autonomia política dos entes federados, os Estados, o Distrito Federal e os municípios podem estabelecer seus órgãos para o desempenho dos encargos decorrentes da divisão das competências federativas.

Dessa forma, as constituições estaduais e leis orgânicas dos municípios disciplinam o funcionamento das administrações diretas (SALGADO, 2012).

E, para exercer a função pública de regulação e fiscalização no tocante ao controle e avaliação das ações e serviços de saúde dentro do SUS há o Sistema Nacional de Auditoria, ao qual cabe a coordenação da avaliação técnico- financeira do SUS, em todo o território nacional, em conjunto com as instâncias do estado, município e Distrito Federal. Todavia, o exercício dessa função ocorre em cooperação com os demais entes do controle interno e externo da administração pública, para garantir o cumprimento das regras constitucionais (SANTOS, 2013). Desse modo, o controle interno e externo na Administração Pública, direta e indireta, avalia a aplicação dos recursos públicos, em conformidade com a Constituição, com a Lei, e com a norma. O controle externo sobre a Administração Pública, direta e indireta, é exercido pelo Poder Legislativo; quanto ao controle interno das atividades da Administração Direta e Indireta e seus administradores é exercido pelo poder executivo (SALGADO, 2012).

Cabe ao controle externo:

- a) Julgar anualmente as contas prestadas pelo Presidente da República e apreciar os relatórios sobre o plano de governo;

- b) Fiscalizar e controlar os atos do Poder Executivo, incluindo o da administração indireta;
- c) Zelar pela preservação de sua competência legislativa em face da atribuição normativa dos outros poderes;

O controle externo, no Brasil, é exercido pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que fiscaliza o Governo Federal e a aplicação de recursos federais transferidos; Tribunal de Contas do Estado- TCE, que fiscaliza o Governo Estadual e, em regra, os governos municipais. Vale ressaltar que não há hierarquia entre os Tribunais de Contas.

O controle interno, que é o objeto de estudo dessa pesquisa, deve existir de maneira integrada, no âmbito dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Está instituído no artigo 74 da CF e tem por finalidade avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e orçamentos.

Cabe ao controle interno:

- a) Comprovar a legalidade e avaliar os resultados quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da Administração Pública, bem como a aplicação de recursos públicos por entidades de Direito Privado e avaliação da gestão dos administradores públicos, por meio de auditoria e fiscalização;
- b) Exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres do ente;
- c) Apoiar o Controle Externo no exercício de sua função.

Os responsáveis pelo controle interno, ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, dela darão ciência ao Tribunal de Contas, sob pena de responsabilidade solidária.

A reforma do Estado, ocorrida nos últimos anos, e o papel social das organizações públicas, vários serviços vêm sendo estruturados e cabe ao poder público exercer seu papel regulador, de forma a assegurar que a ordem seja mantida, bem como garantir a eficiência e eficácia dos serviços oferecidos à população. Pelo exposto, é oportuno compreender como atua o Sistema Nacional

Auditoria do SUS, enquanto um sistema que desempenha a função de controle interno do SUS.

### 3.3 O Sistema Nacional de Auditoria no SUS

Segundo Leite e Fonseca (2011), o processo de implantação do SUS, pós 1988, abriu espaço para a descentralização, mas demandou esforços para a negociação nos diferentes níveis da complexidade do SUS, diante da diversidade dos municípios e dos estados brasileiros.

Para os autores, a compreensão das Políticas Públicas Sociais no Brasil requer uma reflexão sobre a Relação Federativa, entretanto este estudo não aprofundou essa questão. O foco foi analisar o SNA, que com a descentralização do SUS assumiu novo papel nesta relação federativa.

O SUS exigiu um Sistema de Auditoria que contemplasse as suas necessidades, com ações descentralizadas, autônomas, transparentes, integradas aos instrumentos de regulação do Sistema, como: Regulação do Acesso, Controle, Monitoramento, Avaliação, Vigilância, Ouvidorias e outros. A auditoria é um processo dinâmico, sistêmico, e deve estar interligada aos demais processos de apoio à gestão, inclusive de programação e planejamento (PERON, 2009).

Dessa forma, o referido sistema constitui um instrumento fundamental para a gestão. Contudo, para que de fato funcione como ferramenta de gestão, cabe ao (Denasus) além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de pessoal dos órgãos que compõem o SNA (BRASIL, 2011b).

As auditorias realizadas pelo SUS são de competência do Denasus, que operacionaliza a atividade através do SNA, cuja ação deve ocorrer de forma descentralizada, com definição das competências de cada esfera de gestão, respeitando o que preconizam as Leis nº 8080/90 e nº 8142 (BRASIL, 1990a, 1990b).

O processo de trabalho da auditoria compreende: planejamento, execução do processo de auditoria, encaminhamento do relatório final e seus resultados, acompanhamento das providências e finalização do processo de auditoria. Este

último consiste no registro das providências em virtude das recomendações e dos encaminhamentos realizados.

Segundo Melo (2007), embora a Lei nº 8080/90 tenha instituído o SNA como mecanismo, de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, sob a competência do SUS e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios, só com a extinção do Instituto Inamps, em 1993, através da Lei nº 8.689/93 (BRASIL, 1993), ficou estabelecida a competência do SNA, ou seja, o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde. Em virtude disso, houve uma reestruturação do MS, na qual os bens patrimoniais do Inamps foram repassados ao Fundo de Saúde dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, que se responsabilizaram pela execução dos serviços.

Através do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995), o SNA é regulamentado no âmbito do SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo das fiscalizações dos demais órgãos de controle interno e externo.

A partir dessas mudanças no MS são desmembradas as funções de controle e avaliação para a Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle e o Denasus órgão de subordinação direta ao Ministro de Estado (BRASIL, 2003).

O propósito desse novo modelo político era deixar para trás o esquema de auditorias realizadas pelo Inamps.

Vale lembrar que, na época, havia um desperdício de recursos financeiros, a população recebia os serviços de forma desarticulada, não havia integração do Sistema e a auditoria tinha como foco a auditoria médica e administrativa das contas a serem pagas, com prioridade para os serviços privados.

Assim, o objetivo atual da auditoria é fornecer subsídios para melhorar o processo de gestão em saúde e a responsabilização (accountability) dos gestores nos atos administrativos, atendendo aos critérios de economicidade, eficiência e eficácia dos atos praticados. Essa auditoria procura resguardar, ao usuário e à União, estados e municípios, a qualidade dos serviços profissionais e institucionais prestados pelo SUS, visando, ainda, à preservação do uso adequado do dinheiro público (MELO, 2007).

Em 2006, o Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão, foi um marco para o SNA, uma vez que vem fortalecer o

processo de descentralização (BRASIL, 2006a). Assim, foi estabelecido um processo de descentralização do SNA no sentido de uma integração dos três componentes (Federal, Estadual e Municipal), com uma metodologia de trabalho mais eficaz, adotando uma parceria com os demais sistemas de auditoria interna e externa ao MS, bem como uma maior integração com o Controle Social.

Considerando o processo de descentralização e a necessidade de dar condições para o já instituído Denasus e aos componentes estaduais e municipais, e maior transparência às ações programadas de auditoria, ficou instituído, através da Portaria nº 1467, de 10 de julho de 2006 (BRASIL, 2006) o Sisaud/ SUS, via internet, no âmbito do SNA. Este se caracteriza por ser um sistema de informação, no qual são registrados os resultados da auditoria e demais informações do Sistema de Saúde. Através dele, qualquer cidadão tem acesso aos resultados das auditorias realizadas, bem como ao sistema de cadastro de todos os estabelecimentos de saúde do Brasil.

Pelo decreto nº. 7508, de 28/06/2011 (BRASIL, 2011a), compete ao Denasus, enquanto componente federal do SNA, promover mudanças de paradigmas no que concerne à percepção do auditor em relação ao SUS, em sua responsabilidade de apoiar a gestão.

Este novo paradigma de auditoria requer profissionais trabalhando na lógica de um observatório social, para as questões de resolutividade do SUS, visando contribuir efetivamente para a construção do modelo a que ele se propõe, na amplitude do conceito de saúde: qualidade de vida e cidadania.

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

Atualmente, é importante que, diante dos novos arranjos de gestão pública, o Sistema de Auditoria esteja bem estruturado e integrado, para aferir até que ponto

os recursos públicos estão aplicados com economicidade, eficiência e se as atividades programadas atingem os objetivos pretendidos e as metas esperadas.

Sabe-se que, historicamente, a descentralização foi implantada trazendo em seu bojo as heranças de uma gestão pública burocratizada, comprometendo a eficiência e eficácia da prestação dos serviços, favorecendo de certa forma os prestadores dos serviços em detrimento das necessidades da população.

Todavia, nos últimos anos foram desenvolvidos esforços para que o Estado exerça cada vez mais o seu papel nas funções públicas. Desse modo, foram se estruturando vários arranjos de gestão, diante dos diversos ciclos da descentralização (VIANA; LIMA, 2011).

Dessa forma, a atividade de auditoria constitui uma ação de fundamental importância para o gestor de políticas públicas, vez que contribui com sua função gerencial, bem como com a prestação de contas dos serviços oferecidos pela gestão. Todavia, ainda se faz necessário a construção de um referencial teórico para o exercício da atividade de auditoria, uma vez que a complexidade dos atores envolvidos na sua prática requer uma construção sistemática que atenda os diversos aspectos do conhecimento. Por um lado, a auditoria se aproxima da Teoria da Nova Gestão Pública, quando estabelece metas e resultados em busca da otimização dos recursos; por outro, deve contemplar a Teoria Burocrática Weberiana, à medida que necessita estabelecer referências para a consolidação da melhoria dos serviços de saúde considerando os aspectos sociais, políticos e técnicos.

#### 3.4 Auditorias entre Entes Federativos

Acompanhando o processo de descentralização que foi sendo implantado no Brasil, e por dentro do SUS, é importante apresentar a divisão de funções e formalizações de compromissos entre as esferas de governo, a fim de estabelecer os acordos e competências no planejamento, organização e gestão do sistema.

De acordo com a Lei nº 1651/95 (BRASIL, 1995), que regulamenta o SNA compete a ele verificar, através dos órgãos que o integram o que se segue:

- a) No Plano Federal: A aplicação dos recursos transferidos ao estado e municípios mediante a análise dos relatórios de gestão; ações e serviços de saúde sob sua gestão; os sistemas estaduais de saúde; as ações,

métodos, instrumentos implementados pelo controle, avaliação e auditoria;

- b) No Plano Estadual: A aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada, ações e serviços previstos no Plano Estadual de Saúde, as ações, métodos, instrumentos implementados pelo controle, avaliação e auditoria;
- c) No Plano Municipal: Ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde, serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados, ações e serviços desenvolvidos por consórcios intermunicipais ao qual esteja associado.

Assim, cabe ao Denasus verificar, ordinariamente, na esfera estadual e municipal, a aplicação dos recursos federais transferidos aos estados, municípios, os sistemas estaduais de saúde e as ações, métodos e instrumentos implementados pelo controle, avaliação e auditoria; da mesma forma, o componente estadual do SNA deverá verificar, ordinariamente, a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, os sistemas municipais de saúde, os consórcios intermunicipais de saúde e as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.

Para cumprir esta tarefa, o SNA deve elaborar uma programação integrada para a realização dessas auditorias pactuadas nas comissões intergestoras (tripartite e bipartite) federal e estadual, visando o bom aproveitamento dessas auditorias no processo de gestão do SUS.

Ressalta-se, ainda, nas relações da auditoria entre os entes federados, a questão da cooperação técnica, cujo objetivo é colaborar na implantação e no fortalecimento dos componentes do SNA.

Para isso, é necessária uma articulação permanente entre os componentes do SNA, quanto a objetivos, técnicas e instrumentos, incluindo capacitações técnicas específicas para os auditores, bem como as auditorias integradas entre o componente federal, estadual e municipal do SNA.

A implantação do Sisaud/SUS permite uniformizar os processos de trabalho executados nos três componentes de auditoria (federal, estadual e municipal), em que o objetivo vai além da padronização das práticas e conhecimento das atividades

de auditoria, busca também ser instrumento de fortalecimento do SNA e proporciona a transparência da gestão.

É através do Sisaud/SUS que se registram os processos de auditoria e as atividades de cooperação técnica realizadas pelos referidos componentes. É no sistema que se registra o Plano Anual de Atividades (PAA): demanda, tarefa, programação, relatório de auditoria e de cooperação técnica, encerramento de auditoria, execução de cooperação técnica, encaminhamentos e o acompanhamento das providências.

Outro instrumento de trabalho da auditoria é o Termo de Ajuste de Conduta Sanitário (TAS), um instrumento a ser formalizado entre os entes do SUS, para pactuação das correções de impropriedade no funcionamento do Sistema.

Merece destacar; ainda, sobre o SNA, que sua forma de operar é baseada em formulários, manuais, protocolos e regulamentos, os quais direcionam suas atividades e permitem a verificação das conformidades das ações e serviços prestados pelo SUS. Para assegurar um melhor alinhamento dessas ações junto aos seus componentes, a articulação entre eles é fundamental. Entretanto, conforme afirma Melo (2009), essa articulação é pouco efetiva.

Corroborando este argumento, observou-se na literatura (SANTOS, 2012), que apesar dos avanços do arcabouço jurídico sobre o funcionamento do sistema, a coordenação deste ainda apresenta fragilidades pela característica da relação federativa, ou seja, a autonomia de cada componente, dificultando ou impossibilitando mobilizar os atores para estabelecer a articulação entre si, de forma mais efetiva, na questão do planejamento das auditorias integradas, bem como nos processos de capacitações técnicas, institucionais e políticas.

### 3.5 Funcionamento e atuação do Sistema de Auditorias nas diferentes esferas de gestão do SUS

O Sistema Nacional de Auditoria, previsto na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), foi instituído através do art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993) e regulamentada pelo Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995), para regular as ações e serviços de saúde, sob competência do SUS, em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios (MELO, 2007).



A estrutura do SNA consta da Constituição Federal (CF) de 1988, em seu art. 70:

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 (BRASIL, 2011a).

No Art. 197 da CF ressalta-se que: 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 (BRASIL, 2011b).

No contexto do SUS cabe ao SNA, observando a legislação, executar ações de avaliação técnico-científica-financeira, contábil e patrimonial (BRASIL, 2011). Essas ações buscam propiciar, aos gestores, as informações necessárias sobre a organização ou sistema, dando subsídios ao planejamento das ações de saúde para o aperfeiçoamento do sistema e melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS.

De acordo com as diretrizes do SUS, o SNA deve funcionar descentralizado, através dos órgãos estaduais, municipais e de representação do MS em cada Estado e no Distrito Federal. Desse modo, o Decreto nº 1651/95 (BRASIL, 1995) demanda várias atividades a serem desenvolvidas pelos três componentes do SNA, quais sejam: acompanhamento dos serviços de saúde, ações preventivas, da qualidade da assistência e da gestão e na análise de resultados. Merecem destaque:

### *3.5.1 Visita técnica*

Trata-se de um recurso metodológico voltado para o diagnóstico de questões frágeis da gestão do SUS. Realizada de forma criteriosa, a narrativa dos fatos e das situações subsidiará a tomada de decisão do SNA e/ou do gestor. Apresenta-se a visão/compreensão sobre o assunto, constando de: temporalidade; breve histórico do problema; local ou espaço ou área geográfica; sugestões de providências, instrumentos e ou metodologias a serem utilizadas, dentre outras informações cabíveis.

### *3.5.2 Educação permanente*

Cabe ao MS, às Secretarias Estaduais de Saúde promover o acompanhamento dos sistemas municipais de saúde, realizar avaliação criteriosa dos serviços e proporcionar, em cooperação técnica, o treinamento e a capacitação de gestores, gerentes, auditores e administradores, para que possam melhorar a gestão do sistema, a qualidade dos serviços e o atendimento ao cidadão.

### *3.5.3 Normatização*

Cabe também ao SNA elaborar normas técnicas, documentos orientadores, documentos referenciais, protocolos e outros, para discussão e pactuação nos fóruns colegiados do SUS; dar suporte aos processos de auditoria; informação e análise de dados estratégicos em saúde pública; repassar tecnologias e insumos estratégicos; Produzir dados, pesquisas, artigos científicos, relatos de experiências etc.

### *3.5.4 Ações de articulação interfederativa*

Trata-se de ações realizadas para a implantação e implementação da Política de Gestão Estratégica e Participativa e para a integração das ações individuais e coletivas, com a finalidade de garantir um trabalho harmônico no Sistema; participação em Conferências, Plenárias, Seminários, Oficinas, Comissões, Comitês, Grupos de Trabalho e outros, visando a inter-relação e integração dos componentes do SNA e seus processos com as demais áreas que compõem o SUS.

Segundo as Diretrizes para o Sistema de Auditoria do SUS, as ações o SNA devem arrolar como prioridades as políticas estabelecidas nos Planos de Saúde e suas programações anuais e nas pactuações realizadas nos fóruns colegiados do SUS. O planejamento deve ser realizado a partir de análises de evidências sobre fragilidades da assistência ao cidadão, dentre as quais destacam-se: indicadores de morbimortalidade; causas das demandas da sociedade à Ouvidoria do SUS; causas das demandas externas ao SNA; dados apontados pelo monitoramento e avaliação realizados pelas áreas técnicas da gestão do SUS; denúncias, repasse fundo a fundo, dentre outras.

Nas Diretrizes para o Sistema de Auditoria do SUS está definido que as demandas externas que chegam ao SNA devem ser identificadas, analisadas, registradas e triadas para o encaminhamento adequado, oportuno, e que possibilite a otimização dos gastos públicos.

A programação anual deverá ser elaborada pelo respectivo componente do SNA, ao final de cada exercício, devendo ser executada no exercício seguinte. Devem ser planejadas atividades de interesse de vários componentes do Sistema, a exemplo da cooperação técnica, que consiste no desenvolvimento de ações conjuntas interfederativas e interinstitucionais, com o objetivo de desenvolver o intercâmbio de conhecimentos, instrumentos e meios para o processo de trabalho.

O Processo de auditoria dar-se-á a partir da elaboração da demanda interna ou externa, da qual se define uma tarefa por meio do diagnóstico mediante estudos de dados de fonte de evidências sobre as fragilidades no SUS. A programação da auditoria estabelece a equipe que deverá compor a auditoria, o tempo para realização da ação e quem deverá coordenar as atividades. A execução da auditoria se dá em fases: Fase analítica- constitui o período de análises da documentação, sistemas de informações, planilhas, relatórios e legislação que trata sobre o objeto específico da auditoria. Com os dados obtidos nessa fase elabora-se o relatório analítico para orientar a fase operacional. Também denominada de fase in loco, antes que a equipe realize a visita de auditoria deve comunicar ao auditado sobre a realização da auditoria e solicitar a documentação que deverá ser disponibilizada a equipe no momento da visita. A fase in loco se realiza no campo a partir da elaboração do relatório analítico. Ao término dessa fase se elabora o relatório preliminar que será encaminhado ao auditado para conhecimento e apresentação das justificativas assegurando o direito de defesa. Previsto na constituição, transcorrido o prazo, elabora-se o relatório final com todos os itens do relatório preliminar, as justificativas apresentadas e as análises com as respectivas recomendações para sanear as não conformidades encontradas e a conclusão de forma clara e ordenada de acordo com as constatações encontradas durante o processo de auditoria (BRASIL, 2012).

O quadro 1 descreve como atua a Auditoria no SUS, de acordo com as Diretrizes de Funcionamento do SNA.

**Quadro 1** - Descritores do funcionamento do Sistema Nacional de Auditoria, Recife, 2013.

ELEMENTOS	DESCRIÇÃO
Demandas internas	A solicitação para a realização parte de órgão interno do SNA, ou seja do MS ou de outras Secretarias, tais como regulação, controle e avaliação, planejamento, Vigilância à Saúde Sanitária, Epidemiológica ou Ambiental, Ouvidoria e outros.
Demandas externas	A solicitação vem de órgão externo ao SNA, como: cidadão/usuário do SUS; Conselho Estadual de Saúde; Comissão Intergestores Bipartite; Ministério Público; Comissão Intergestores Tripartite; Controladoria Geral da União; imprensa e outros.
Formas	Operacionalização da auditoria, de acordo com a origem dos profissionais que nela atuam. Pode ser: <b>Direta</b> - realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA, <b>Indireta</b> - com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA. <b>Compartilhada</b> - com a participação de técnicos do SNA, junto com os demais técnicos de outras instituições de controle (TCU, CGU).
Tipo de Auditoria	<b>Conformidade</b> - examinar a legalidade dos atos de gestão dos responsáveis sujeitos à sua jurisdição, quanto ao aspecto assistencial, contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial. <b>Operacional</b> - avaliar os sistemas e serviços de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade.
Objeto	Reconhecimento do foco – por meio de diagnóstico mediante estudos de dados de fontes de evidência sobre fragilidades no SUS sob o qual se elabora o roteiro para a realização da auditoria. Com base no diagnóstico acima referido, define-se o foco, obtêm-se informações por meio do diálogo com as áreas técnicas da gestão do SUS, dados sobre seus desafios, fragilidades e necessidades apontadas, e a equipe elabora seus instrumentos.
Finalidade	Razões para que se realize a auditoria.
Objetivo	O propósito para que a auditoria seja realizada.
Tipo de Unidade	A natureza da Unidade a ser visitada.

Fonte: Brasil (2012).

### 3.6 Do planejamento da auditoria

De modo coerente, Rodrigues et al. (2011), chamam a atenção para a necessidade de que haja, na organização, um núcleo estratégico voltado para o processo de avaliação da qualidade da atenção em saúde, como um ponto fundamental para a institucionalização de um sistema de auditoria. Que se traduz em uma ação estruturante, de vincular ao dirigente máximo da organização, a missão de promover os meios para a avaliação consistente dos processos da atenção em saúde quanto aos aspectos de pertinência, regularidade, economicidade e qualidade objetivando dar mais eficácia às ações de controle.

Entende-se que, ao se instituir esse núcleo, o planejamento de uma auditoria passa a ser resultado do desdobramento do plano estratégico desse núcleo, com indicadores definidos.

O planejamento de uma auditoria inicia-se com a definição de seu objetivo, deixando claro por que deve ser realizada a auditoria, qual o seu propósito, quando

e como vai ser realizada, quais os documentos e instrumentos necessários para a realização das análises preliminares. Diante dessas definições, surgem os conhecimentos técnicos necessários para sua realização. Com base nesta análise, é apresentado um plano com a definição da equipe e das atividades a serem realizadas.

Na execução do processo de auditoria propriamente dito, identifica-se o objeto, através do reconhecimento do foco, mediante o diagnóstico sobre os estudos das fontes de evidências das fragilidades do SUS. Com base nesse diagnóstico, elaboram-se os protocolos e roteiros da auditoria. Nesse momento, tem-se a programação da auditoria, com a definição da equipe, o período necessário para a realização da ação e a designação do membro da equipe que vai coordenar a ação.

Assim, são fases da auditoria:

- a) **Fase analítica:** período de análise da documentação, sistema de informação e todos os dados que permitam subsidiar e orientar a fase da visita operacional ao auditado. Assim, emite-se um relatório analítico a partir das informações adquiridas.

Antes de iniciar a visita ao auditado, deve-se elaborar a comunicação da auditoria à instituição objeto da auditoria, solicitando toda a documentação a ser disponibilizada à equipe, para análise durante o processo de auditoria.

- b) **A fase Operacional:** constitui a execução da auditoria no campo a partir dos subsídios do relatório analítico. Concluída esta fase, emite-se o relatório preliminar que deve conter:

- Introdução, com breve relato dos objetivos da auditoria e as razões para sua realização;
- Metodologia: descrição detalhada das atividades realizadas pela equipe que permitiram identificar as evidências para sustentar as constatações;
- Constatações dos achados da auditoria, com base nas evidências, observando as normas, regulamentação e padrões estabelecidos;
- Evidências: a comprovação de que uma afirmação é verdadeira ou falsa, de conformidade com as normas e padrões estabelecidos.

As fontes de evidências são os documentos que as constataam.

O **Relatório Preliminar** deve ser encaminhado ao auditado e aos agentes identificados como responsáveis por constatações de não conformidade, para conhecimento e apresentação de justificativas, assegurando o amplo direito constitucional de defesa prévia.

Além disso, atendendo ao preconizado no art. 10 do Decreto nº 1.651/95 (BRASIL, 1995), em caso de não conformidade na utilização dos recursos financeiros deve fazer parte do Relatório Preliminar, proposição de Ressarcimento e a Qualificação dos Responsáveis.

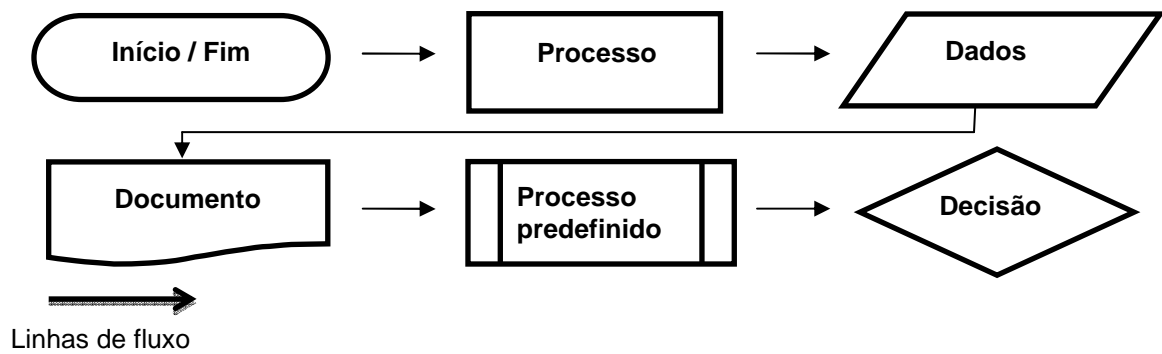
O **Relatório Final** é composto por todos os itens do Relatório Preliminar, incluindo as justificativas apresentadas pelo auditado em função das constatações de não conformidade, a análise dessas justificativas realizadas pela equipe de auditoria, acatando ou não as justificativas do auditado, as recomendações, que são sugestões da equipe de auditoria para superar ou minimizar a situação de não conformidade, e a conclusão, que constitui uma síntese objetiva, clara e ordenada dos resultados da auditoria, coerente com a análise das constatações observadas.

O encerramento da auditoria é feito pela autoridade competente do respectivo componente do SNA, após a conclusão do Relatório Final e assinatura de todos os membros da equipe que realizou a auditoria.

Encerrada a auditoria, seu Relatório Final deve ser encaminhado ao auditado, no prazo estabelecido pelo respectivo componente do SNA, conforme definido na Lei nº 8689/93 (BRASIL, 1993), Decreto nº 1.651/95 (BRASIL, 1995) e atualizado na Lei Complementar nº 141/12 e Decreto nº 7508/11 (BRASIL, 2011).

Na figura 1 consta o diagrama resumido das fases de execução da auditoria.

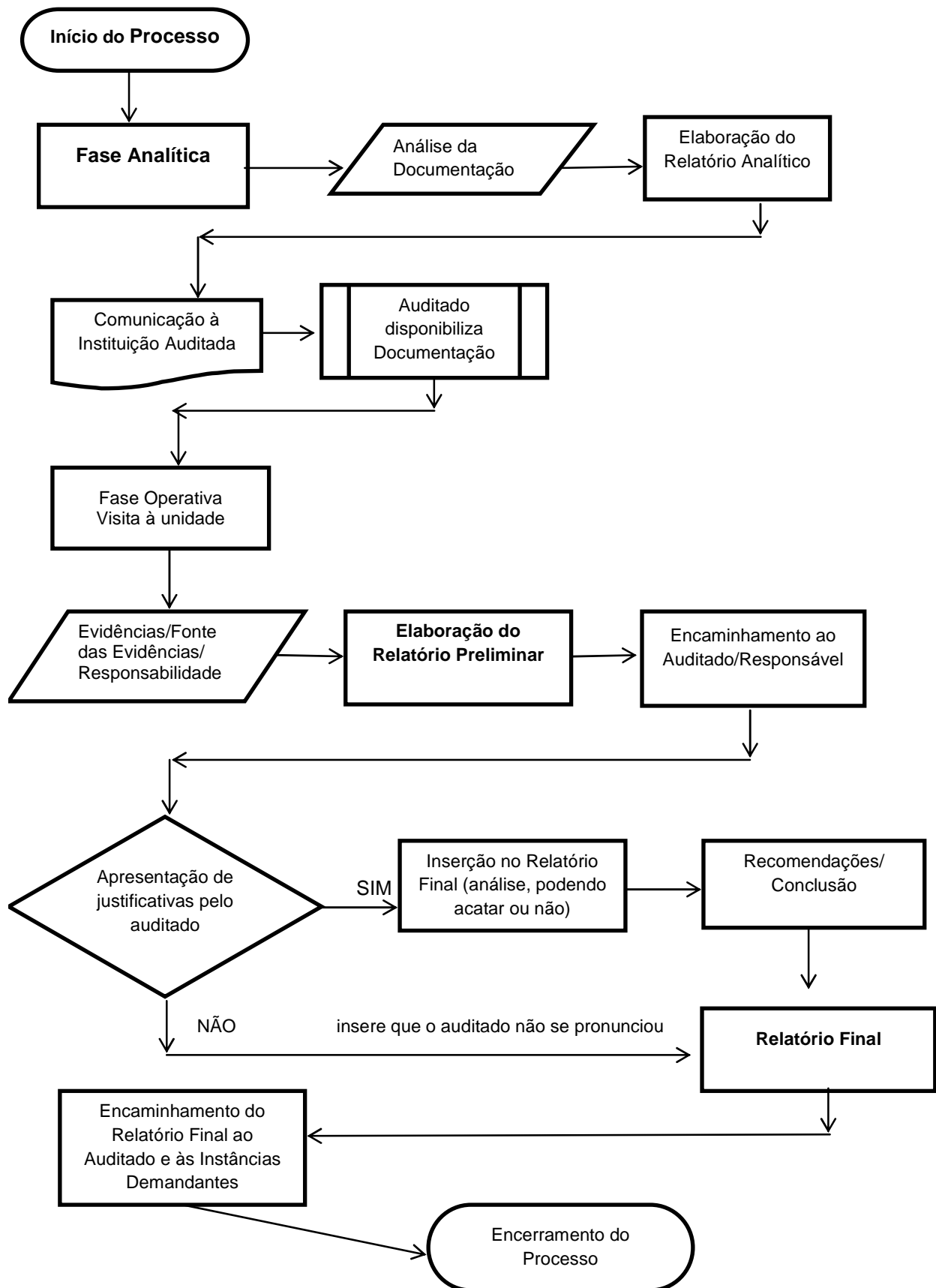
**Figura 1** - Fluxograma das fases de execução da auditoria.



Fonte: a autora, 2014

A figura 2 apresenta o fluxograma do processo de auditoria.

Figura 2- Fluxograma descritor do processo de auditoria



Fonte: a autora, 2014



Portanto, a partir das informações geradas nos relatórios, a auditoria pode apresentar subsídios para o planejamento e para reorientar as políticas, ações e serviços de saúde.

Pela análise das diretrizes da auditoria no SUS, após o encaminhamento do Relatório Final deve haver um prazo para o acompanhamento das recomendações no sentido de verificar o seu cumprimento. Esta ação deve ser registrada em relatório, bem como o SNA deve prestar cooperação técnica direta ou mediar essa cooperação, a ser realizada por área técnica específica, conforme o assunto a ser tratado (BRASIL, 2011).

Se a auditoria realizada pelos diversos componentes do SNA identificar que os recursos públicos alocados para a operacionalização do SUS não estão sendo utilizados conforme o previsto nas normas e pactuações e constatar alguma não conformidade, deve propor ações para adequação aos requisitos da Lei (SANTOS, 2012).

Com a Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012), os órgãos do Sistema Nacional de Auditoria nos respectivos níveis de gestão devem verificar o cumprimento dos dispositivos da referida Lei, bem como a veracidade das informações constantes nos relatórios de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e Ministério Público de jurisdição do ente da Federação. Além disso, cabe ao SNA, por meio de serviço especializado, fazer o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), instituído no Decreto nº 7508/11 (SANTOS, 2012).

Diante deste contexto, torna-se um grande desafio, para o SNA, desenvolver um processo de trabalho que inclua na agenda uma forma rotineira de realizar auditorias, ora integradas no nível do controle interno, ora no Controle externo.

Com a implantação do Coap, nas regiões de saúde previstas no Decreto nº 7508/2011, fica evidente, diante da relação federativa, a necessidade de estudar o funcionamento do SNA, a integração com seus respectivos componentes, se há uma relação contínua que proporcione um aperfeiçoamento no fluxo de trabalho e fortalecimento do sistema, enquanto instrumento de gestão, em defesa da ampliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde voltados para a população.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo geral

Analisar as auditorias realizadas pelo SNA nos serviços de saúde do município do Recife, no período de 2008 a 2013.

### 4.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o conjunto das auditorias realizadas pelo SNA, nos serviços de saúde do Recife, segundo os serviços, tipo de unidade, demandante, forma e tipo de auditoria, no período mencionado;
- b) Verificar a percepção dos gestores responsáveis pelo componente estadual de auditoria e sua relação com as instâncias de controle interno e externo;
- c) Relacionar os aspectos preconizados pelo Departamento Nacional de Saúde do SUS / MS no processo de auditoria, com a análise das auditorias realizadas em Recife, no período.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 Tipo de pesquisa

Caracteriza-se como estudo de caso. Quanto aos fins, a pesquisa é exploratória, ou seja, realizada em área e sobre problemas dos quais há escassos conhecimentos acumulados e sistematizados. É também descritiva, pois expõe características de determinada população ou fenômeno, e pode também estabelecer relação entre variáveis (TOBAR; YALOUR, 2001).

A análise documental é um tipo de estudo descritivo que fornece ao investigador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informação sobre leis, processos, diretrizes, planos, normas etc. (TRIVIÑOS, 2006).

Para atender a abordagem quantitativa recorreu-se aos recursos da estatística simples e para a análise qualitativa, realizou-se a análise de conteúdo de entrevistas, de acordo com as normas científicas segundo Kvale (1996).

### 5.2 Área e período de estudo

O estudo analisou as auditorias realizadas pelos auditores do SNA nos os serviços de saúde localizados no território do Recife, no período de 2008 a 2013.

Recife tem uma área total de 218,435 km<sup>2</sup> e uma população, de acordo com o censo de 2010, de 1.537704 habitantes (IBGE, 2010). Possui dez estabelecimentos de saúde públicos federais, 30 estaduais, 267 municipais e 1854 privados (BRASIL, 2014). Em seu território encontram-se serviços hospitalares sob gestão estadual, gestão municipal e gestão dupla.<sup>1</sup>

Os critérios para a escolha das auditorias realizadas em serviços localizados no Recife, em detrimento de auditorias realizadas pelo SNA em serviços de outros municípios foram:

- a) O município dispõe de maior rede de serviços de saúde, seja em quantidade, seja na complexidade da assistência;
- b) O município tem um papel na assistência à saúde aos usuários dos demais municípios;

---

<sup>1</sup> Considera-se gestão dupla aqueles serviços em que a gestão administrativa está sob a responsabilidade do Estado, mas a gerência é de competência do município.

- c) Pela condição de ser a capital do estado.

Adicionalmente, a pesquisadora responsável pelo estudo tem como *lócus* de inserção a Gerência de Auditoria Assistencial, localizada na Secretaria Executiva de Coordenação Geral da Secretaria de Saúde do município do Recife, aspecto que favorece o desenvolvimento do estudo.

A definição do período de estudo considerou o ano de 2008, por ter sido este o momento em que, além de implantado o Sisaud/SUS, passou a ser instrumento de padronização da prática de auditoria, estabelecendo a racionalidade e celeridade dos processos, além de uniformizar as três esferas de gestão do SNA (MELO, 2007). Antes desse período, os relatórios eram realizados sem nenhuma padronização, ficando ao critério de cada auditor a forma de sua apresentação.

Assim, foram identificados 77 relatórios de auditorias realizadas em serviços de saúde do Recife, entre 2008 e 2013, o que foi considerado um banco de dados suficiente, tanto para definição dos indicadores quanto para a análise e realização do estudo.

### 5.3 Coleta e análise dos dados

No quadro 2 tem-se o elenco das variáveis que compõem os relatórios de auditoria do SNA, com sua respectiva descrição.

**Quadro 2** - Variáveis que compõem os relatórios de auditoria do SNA e sua descrição, Recife, 2013

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO
Demandante	Interno - quando a solicitação para a realização parte de órgãos internos do SNA, ou seja, do MS ou de outras secretarias e Ouvidoria, entre outros. Externo - quando a solicitação vem de órgão externo ao SNA, como o CGU e outros.
Forma	Operacionalização da auditoria de acordo com a origem dos profissionais que nela atuam. Pode ser direta, indireta ou compartilhada.
Objeto	Reconhecimento do foco sob o qual se elabora o roteiro para a realização da auditoria.
Finalidade	Razões para que se realize a auditoria.
Objetivo	O propósito para que a auditoria seja realizada.
Tipo de Unidade	A natureza da Unidade a ser visitada.

Fonte: Brasil, (2012).

Dessa forma, agruparam-se alguns elementos essenciais obtidos dos relatórios de auditorias realizadas pelo SNA entre 2008 e 2013. Note-se que se trata de variáveis nominais, pois não expressam características numéricas, nem ordenáveis, bem como não estabelecem uma relação hierárquica entre as categorias, mas se pode correlacioná-las (TOBAR; YALOU, 2001).

Como material de apoio na descrição de como funciona e atua o sistema de auditorias, nas diferentes esferas de gestão do SUS, analisou-se também, um conjunto de elementos emanados de algumas fontes (quadro3):

**Quadro 3-** Material pesquisado sobre o funcionamento do SNA. Recife, 2013

FONTE	TIPO DE DOCUMENTO
Legislação	Leis, Decretos, Portarias, Resoluções etc.
Publicações	Cadernos de informações e de Regulação; diretrizes para o SNA, entre outras.

Fonte: a autora, 2014

A coleta de dados foi realizada por meio da análise documental, no período de setembro a dezembro de 2013, mediante pesquisa ao sítio

(<http://sna.saude.gov.br>), que é gerenciado pelo Denasus e suas informações são consolidadas pelo Datasus. Constitui numa base de dados de ocorrências e processos de trabalho das auditorias realizadas no âmbito do SUS.

Foi realizada a leitura de todos os relatórios do período de 2008 a 2013, de aproximadamente 35 serviços auditados. Todavia, em alguns casos, uma auditoria resultou/demandou mais de um relatório, neste caso denominado relatório complementar.

Do total de 77 relatórios, foi apurado que 2012 foi o ano que apresentou o maior percentual de auditorias 42%, enquanto no ano de 2009 foram realizadas apenas 5% das auditorias (Tabela 1).

Tabela 1- Auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife no período de 2008 a 2013

<b>Ano</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>2008</b>	5	7%
<b>2009</b>	4	5%
<b>2010</b>	21	27%
<b>2011</b>	7	9%
<b>2012</b>	32	42%
<b>2013</b>	8	10%
<b>Total Geral</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora, 2014

Foram selecionados os elementos que fazem parte das variáveis demandante, forma, objeto, finalidade, objetivo e tipo de unidade. Em seguida foi construída uma planilha com o banco de dados incluindo os elementos que seriam analisados na pesquisa.

O exame das Leis, Decretos, Portarias, Resoluções, publicações e outros possibilitou a construção do fluxograma de funcionamento das etapas de execução da auditoria constantes do trabalho.

Em seguida, recorreu-se às entrevistas com atores-chaves (auditores, gerente e coordenadores técnicos), considerando-se o conjunto de questões da pesquisa, objetivando verificar a percepção dos atores envolvidos sobre a relação do Componente Estadual de Auditoria/SUS/PE-CEA/SUS/PE com as instâncias de controle interno e externo, ou seja, os componentes municipais e o federal do SNA, o Tribunal de Contas (TC) e o Ministério Público (MP), respectivamente.

Para as entrevistas elegeu-se como atores-chaves, em conformidade com os objetivos do estudo: um gerente, a coordenadora técnica e os auditores do CEA/SUS/PE, totalizando a aplicação de oito entrevistas semiestruturadas, conforme descrito no Apêndice A. As entrevistas foram aplicadas no período de maio a junho de 2013. No quadro 4 apresenta-se a codificação dos atores da pesquisa.

**Quadro 4-** Descrição e identificação dos atores que participaram das entrevistas Recife, 2013

<b>Ator da Pesquisa</b>	<b>Codificação</b>
Coordenador (a) Técnico (a)	ACT 1
Gerente	AG 2
Auditores	AT 3
Auditores	AT 4
Auditores	AT 5
Auditores	AT 6
Auditores	AT 7
Auditores	AT 8
<b>Total</b>	<b>08</b>

Fonte: a autora, 2014

Buscou-se analisar as entrevistas utilizando como técnica de análise a Condensação de Significados. O significado e a linguagem são interligados. Este é um módulo de análise que se concentra, principalmente, no significado do que é dito. Através de múltiplas interpretações pode-se entender o texto original e enfatizar a primazia da questão (KVALE, 1996). A codificação consiste em utilizar uma ou mais palavras chaves para um texto, enquanto a categorização se implica numa conceituação mais sistemática. Entretanto, muitas vezes os dois textos são usados como sinônimos (GIBBS, 2007).

Segundo Kvale (1996), a análise de conteúdo de uma entrevista científica consiste numa análise fenomenológica através da condensação de significados, a partir de cinco passos:

- 1) A entrevista é lida cuidadosamente para compreensão do todo;
- 2) O pesquisador seleciona as unidades de significados naturais expressas nas respostas dos sujeitos;
- 3) O tema que domina a unidade de significado natural é estabelecido da forma mais simples possível; o pesquisador, através da leitura da

resposta do entrevistado, tenta captar e tematizar suas declarações segundo o ponto de vista desses atores;

- 4) Os temas das unidades de significados são correlacionados às perguntas propostas pelo estudo, através de pergunta como: “O que é que a declaração do entrevistado quer me dizer”?
- 5) A descrição essencial do conteúdo obtido nas respostas às perguntas do entrevistador.

Tem-se, no quadro 5, a matriz estruturada para as entrevistas.

**Quadro 5-** Matriz de condensação de significados. Recife, 2013

CONDENSAÇÃO DE SIGNIFICADOS DAS ENTREVISTAS		
QUESTÃO 1		
UNIDADE NATURAL DA ANÁLISE	TEMA CENTRAL	CATEGORIZAÇÃO
DESCRIÇÃO ESSENCIAL DO CONTEÚDO		

Fonte: Adaptação de Kvale (1996).

Agrupou-se alguns componentes dos relatórios de auditoria, que foram transportados para o editor de texto, em seguida foram elaboradas planilhas, no programa Excel versão 2010. Esse processo facilitou a construção de tabelas com dados absolutos e relativos para análise a quantitativa dos dados.

Para o exame das entrevistas, fez-se sua transcrição e procedeu-se à aplicação da Técnica de Condensação de Significados.

Com a codificação do significado de um texto em categorias torna-se possível quantificar quantas vezes temas específicos são abordados em um texto. A frequência destes temas pode ser comparada e correlacionada com outras medidas.

O principal sentido do que é dito pelo entrevistado é transformado em expressões mais curtas. A forma de condensação de significados serve para entrevistas complexas, procurando por significado natural e explicando os seus principais temas.

Esses temas podem, posteriormente, ser sujeitos a interpretações mais amplas e análises teóricas.



## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por conter entrevistas o projeto exigiu submissão ao Comitê de Ética do CPqAM e foi aprovado em 06/09/2011 (parecer nº 37/2011). Registro no CAAE:– 0037.0.095.408-11.

Ressalta-se que o estudo se insere em um dos objetivos do projeto **O Impacto das Reformas Estruturais no SUS: uma análise abrangente sobre o gasto público, acesso e performance da assistência à saúde**, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa de Governança em Serviços de Saúde, cujo apoio financeiro foi viabilizado pelo Edital Papes VI/ Fiocruz.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 Caracterização das auditorias no período de 2008 a 2013

O papel do SNA está instituído desde 1988 na Constituição Federal e sua regulamentação se deu através do Decreto nº1651/95 (BRASIL, 1995), que esboça a sua estruturação nas três esferas de gestão, sem prejuízo das ações de auditoria dos outros órgãos de controle interno e externo.

Este Decreto, determina que a auditoria deve verificar se as ações e serviços de saúde estão em conformidade com os padrões estabelecidos, bem como o controle e avaliação dos serviços para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade e a regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial (BRASIL, 1995).

De acordo com Melo e Vaitsmam (2008), no percurso histórico da criação do SNA este era integrado ao Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) e à CCT; enquanto o primeiro no plano federal, era considerado o órgão do SNA, a Comissão corregedora tripartite (CCT) era constituída por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e da direção nacional do SUS. Assim, tinha como competência:

Zelar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;  
Identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;  
Resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;  
Requerer dos órgãos competentes providências para apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedente; Aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em estados ou municípios, quando o órgão competente mostrar-se omissos ou sem condições de executá-las (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Apesar da criação de uma Câmara Técnica para apoiar a CCT, pouco se avançou no trabalho da referida comissão (MELO, 2007). No mesmo Decreto recomenda-se que, da mesma forma que foi estruturado o nível federal, seja indicado aos estados, Distrito Federal e municípios estruturarem seus respectivos componentes do SNA.

Neste contexto, foi se delineando o processo da descentralização do SNA, no qual se define as respectivas competências. Ao **nível federal** compete a

responsabilidade pela gestão das ações e serviços de saúde; pela verificação da conformidade das ações e serviços de saúde no âmbito nacional; com a política de saúde instituída no Brasil; pelo controle dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante os relatórios de gestão; como também pelos sistemas estaduais de saúde e suas ações, instrumentos e métodos de controle, avaliação e auditoria.

Ao **nível estadual** compete a responsabilidade pela gestão de ações e serviços públicos e privados de saúde, contratados ou conveniados, e dos sistemas municipais e consórcios intermunicipais de saúde; pela verificação dos recursos estaduais repassados aos municípios; além de averiguar as ações, instrumentos e métodos utilizados pelos órgãos de controle, avaliação e auditoria dos municípios.

No **âmbito do município** compete gerir as ações e serviços de saúde públicos ou privados, contratados e conveniados e, do mesmo modo, as desenvolvidas pelo consórcio intermunicipal.

Sá, Lima e Silva (2009) destacam que constituem o SNA o MS, através do Denasus e da Divisão e Serviços de Auditoria (Diaud e Seaud); Secretarias Estaduais de Saúde, por meio do componente estadual, e Secretarias Municipais de Saúde, mediante o componente municipal de saúde. Ainda fazem parte desse Sistema os órgãos como a Secretaria Federal de Controle, o Tribunal de Contas da União e os Tribunais de Contas.

No MS, a partir do desmembramento do DCAA, no qual as ações de Controle e Avaliação foram incorporadas à Secretaria de Atenção à Saúde, vai se constituir o Departamento Nacional de Auditoria- Denasus, hoje incorporado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Melo e Vaitsmam (2008), em estudo sobre auditoria observaram que o Denasus foi se transformando à medida que a descentralização foi sendo operada no Sistema. Nesse processo há que se considerar um arcabouço de normas e diretrizes apontando para um trabalho integrado e de articulação com os diversos órgãos de controle, tanto externo como interno, bem como a definição de papéis entre os entes federados.

Apesar da vasta regulamentação que trata do funcionamento do SNA, estabelecendo como se dá o processo de auditoria há pouca discussão de como se planejar a realização das auditorias integradas respeitando a autonomia dos

respectivos componentes, porém fortalecendo a ação da auditoria como instrumento de gestão.

Na análise quantitativa foram examinados 77 relatórios realizados pelo **SNA** por intermédio do Núcleo de Pernambuco, denominado Siaud/PE.

Quanto ao objetivo de caracterizar o conjunto das auditorias realizadas pelo SNA nos Serviços de Saúde do Recife, segundo os itens **Serviços, Tipo de Unidade, Demandante, Forma e Tipo de Auditoria**, constatou-se que as auditorias acontecem, expressivamente, em hospitais gerais 46%, que na sua maioria estão sob Gestão Estadual. Em seguida, o maior percentual foi em auditoria da Gestão 16%. Nos Serviços de Gestão Municipal, como Atenção Básica e Policlínicas, verificou-se que ocorreram, respectivamente, 14% e 3% das auditorias. A tabela 2 apresenta os tipos de Unidades auditadas respectiva frequência, no período 2008-2013.

Tabela 2- Auditorias realizadas nos Serviços de Saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, segundo a frequência.

<b>Unidades das Auditorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Hospital Geral</b>	35	45%
<b>Gestão</b>	12	16%
<b>Atenção Básica</b>	11	14%
<b>Programa Farmácia</b>	8	10%
<b>Especializada</b>	5	6%
<b>Hospital Especializado</b>	3	4%
<b>Policlínica</b>	2	3%
<b>Urgência/Emergência</b>	1	1%
<b>Total Geral</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora, 2014

O SNA vem desenvolvendo suas atividades de auditoria conforme o determinado no Decreto 1651/93 (BRASIL, 1993), isto é, o componente federal analisa a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios e audita os sistemas estaduais de saúde.

Mas, ressalta-se que, ao se considerar os componentes do SNA, é preciso elaborar uma Programação Integrada para a realização das auditorias, visando um bom aproveitamento dos resultados no processo de gestão do SUS.

Das 77 auditorias pesquisadas, 90% foram realizadas de forma **Direta**, ou seja, a equipe de auditores pertencia ao Componente Federal do SNA (Tabela 3).

Tabela 3- Auditorias realizadas nos Serviços de Saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, segundo a forma e a frequência.

<b>Forma da Auditoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Direta</b>	69	90
<b>Integrada</b>	8	10
<b>Total Geral</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora, 2014

Considerando-se que a maioria das auditorias foi realizada pelo Componente Federal, e em Hospitais Gerais sob gestão estadual, é possível pressupor que há necessidade de se instituir uma articulação mais efetiva no interior de cada esfera do SNA para superar essa fragmentação.

Por outro lado, considerando a relação federativa que determina aos órgãos da Administração Direta exercer o poder e a função administrativa, para garantir a manutenção da ordem social e econômica, o SNA estabelece comunicação com estes órgãos de controle da Administração Pública, sendo demandado por estes, para responder sobre a questão dos serviços de saúde e do orçamento público destinado a este fim.

Com os avanços da descentralização e o novo perfil das auditorias, cuja característica assistencial deve proporcionar a melhoria da qualidade dos serviços, as instaurações dos processos de auditoria são determinadas pelo planejamento do próprio SNA.

Na variável demandante, observou-se que a maior parte das auditorias do período *partiu de solicitação do Ministério Público Federal (MPF)*, 48%, seguida pelo SNA com 30% das auditorias realizadas e, pelo MS 17%, sendo 13% através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (MS/SGEP), e 4% através do Gabinete do Ministro (GM) na qual o SNA está diretamente ligado. Os outros 5% se referem A Polícia Federal, Corregedoria Geral da União (CGU), Advocacia Geral da União (AGU), Ministério Público Estadual (MPE), bem como, órgão de Controle Social como o Conselho Estadual de Saúde.

Tabela 4- Auditorias realizadas nos Serviços de Saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, por tipo de demandantes e frequência.

<b>Demandantes das Auditorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>MPF</b>	37	48%
<b>Componente Federal do SNA</b>	22	29%
<b>MS/SGEP</b>	10	13%
<b>MS/GM</b>	3	4%
<b>Polícia Federal</b>	1	1%
<b>CGU</b>	1	1%
<b>AGU</b>	1	1%
<b>MPE</b>	1	1%
<b>Conselho Estadual de Saúde</b>	1	1%
<b>Total Geral</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora, 2014

Cada auditoria resulta em um relatório. Na tabela 5 verifica-se que a **Auditoria Programada**, 35% e a **Auditoria Especial** 32% são predominantes. Assim vejam:

Tabela 5- Auditorias realizadas nos Serviços de Saúde do Recife no período de 2008 a 2013, segundo o tipo e a frequência.

<b>Tipos de Auditoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Programada</b>	27	35%
<b>Especial</b>	25	32%
<b>Acompanhamento</b>	10	13%
<b>Não informado</b>	15	20%
<b>Total Geral</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora, 2014

Conforme descrito no Manual de Auditoria, considera-se *auditoria programada* aquela que é definida no planejamento anual da gerência de Auditoria pelos respectivos componentes do SNA; *auditoria de acompanhamento* aquela realizada a partir de outro processo instaurado e que demanda monitoramento das respectivas recomendações; auditoria especial aquela que ocorre a partir de denúncia de diversos setores da administração pública ou da sociedade.

Entretanto, se logo após o encerramento de um processo de auditoria ocorrerem novos fatos, como, por exemplo, o pronunciamento do auditado de forma intempestiva, faz-se necessário a realização de um *relatório complementar*. Ou

ainda quando os responsáveis em responder aos Relatórios Preliminares não o fizeram no devido tempo, gerando, assim, relatórios complementares.

Analisando os dados desta pesquisa, chama a atenção o fato de 35% das auditorias terem sido realizados de forma programada, sugerindo que poderia ter havido uma articulação entre os respectivos componentes para que elas fossem realizadas com a participação destes componentes de forma integrada.

Outra questão importante apreendida nos relatórios analisados pode ser observada na Tabela 6: 42% dos auditados usaram seu direito de ampla defesa, respondendo ao relatório preliminar 39% não responderam e 19% dos serviços auditados o fizeram fora do prazo, implicando, conforme já foi dito, na realização de *relatórios complementares*.

Tabela 6 - Respostas aos relatórios preliminares das auditorias realizadas nos serviços de saúde do Recife, no período de 2008 a 2013.

Respostas aos relatórios	Nº	%
Respondeu ao relatório preliminar	32	42%
Não respondeu ao relatório preliminar	30	39%
Respondeu fora do prazo	15	19%
Total Geral	77	100%

Fonte: a autora, 2014

Em relação ao **Objeto das Auditorias (Tabela 7)**, 38% se referem à **Assistência Geral**; 19% ao **Incentivo Hanseníase e Doenças Negligenciadas**; apenas 6% tiveram como objeto o **Programa Estratégico**, ou seja, se referem à Atenção Integral às populações estratégicas do SUS, tais como: saúde da criança, saúde do adolescente e do jovem, saúde da mulher, saúde mental, álcool e outras drogas, saúde do idoso, saúde da pessoa com deficiência, saúde do Sistema Penitenciário e saúde do homem.

Os relatórios analisados nesta pesquisa confirmam uma tendência de priorizar a auditoria voltada para a averiguação da assistência geral e diversos programas, em detrimento das auditorias voltadas para recursos financeiros, como ocorria antes da implantação do SNA.

Vale salientar, que embora os recursos financeiros tenham sido objeto de apenas 4% das auditorias analisadas, em princípio, todas as auditorias apresentam um valor auditado.

Tabela 7- Auditorias realizadas nos Serviços de Saúde do Recife, no período de 2008 a 2013, segundo o Objeto de auditoria.

<b>Objeto das Auditoria</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Assistência Geral</b>	29	38%
<b>Incentivo Hanseníase e Doenças Negligenciadas</b>	15	19%
<b>Programa Farmácia Popular</b>	8	10%
<b>Programa Estratégico</b>	5	6%
<b>Tratamento em Oncologia</b>	5	6%
<b>Fora de bloco/controle</b>	3	4%
<b>Recurso Financeiro</b>	3	4%
<b>EC/29</b>	2	3%
<b>Contrato</b>	1	1%
<b>Gestão</b>	1	1%
<b>Lei 8142, art.4</b>	1	1%
<b>MAC/Lim.Fin/Teto Est.Média e Alta Complexidade</b>	1	1%
<b>Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde</b>	1	1%
<b>Programa Aquisição de Medicamentos Excepcionais</b>	1	1%
<b>Samu 192</b>	1	1%
<b>Total geral</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora, 2014

Os dados demonstram que, de um lado, os relatórios realizados pelo ente federal do SNA estavam de acordo com o que preconiza a regulamentação para o processo de auditoria; de outro lado, ao comparar as informações quanto à resposta ao *relatório preliminar*, observou-se que há pouco reconhecimento, pelo auditado, da importância desses relatórios para a tomada de decisão da gestão, pois 39% dos auditados não responderam ao relatório ou, quando responderam, foi fora do prazo estabelecido pela equipe de auditoria.

Houve um avanço nos resultados dos relatórios analisados, quanto à tendência de priorizar a assistência em geral; não apenas foram realizadas auditorias voltadas para a análise dos recursos financeiros, como aconteciam na época do Inamps. Entretanto, o número de auditorias integradas foi incipiente, o que corrobora os estudos de Melo (2007) e Coutinho (2013).

É importante destacar que, no período estudado, o MS incentivou a implantação do instrumento do Sisaud, o que favoreceu a adesão dos municípios,



como também o avanço do processo de descentralização com o Pacto da Saúde, a partir de 2006; um instrumento importante para a realização de relatórios sistematizados e uniformes, bem como a instituição do controle da Administração Pública.

Surgem novos desafios diante da crescente pauta de atribuições do Estado e municípios quanto ao imperativo da eficiência e transparência (NÓBREGA, 2011).

Outro aspecto importante a considerar é que alguns municípios de Pernambuco que implantaram seus sistemas não o utilizam enquanto instrumentos de gestão, questão apresentada /evidenciada na pesquisa nos relatórios e nas entrevistas durante a realização deste trabalho.

Pode-se observar que ainda permanece a divulgação apenas das auditorias realizadas pelo ente federal, apesar de, na Lei Federal 12.527- Lei de Acesso à Informação (LAI), caber aos gestores municipais a divulgação quadrimestral do relatório de gestão.

Via de regra, constata-se que há fragilidade quanto ao papel da auditoria enquanto instrumento de gestão.

Observou-se que, dos municípios de Pernambuco que instituíram seu componente municipal, poucos são os que disponibilizam os relatórios de auditoria, através do Relatório Anual de Gestão (RAG), ou mesmo do relatório quadrimestral enviado ao Conselho Municipal de Saúde.

Diante deste contexto, observando-se o período histórico de instituição do SNA, bem como o arcabouço jurídico que dá respaldo ao seu funcionamento, era de se esperar que a relação federativa estivesse com uma atuação mais efetiva.

Atualmente, com o Decreto nº. 7508, de 28/06/2011(BRASIL, 2011), é exigido do SNA o estabelecimento de uma relação federativa mais consistente para acompanhar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde/ Coap (BRASIL, 2011).

Não obstante, o SNA em Pernambuco possui representações no nível federal, estadual e municipal, ainda não consolidou uma estrutura integrada para uma gestão compartilhada, sem prejuízo da autonomia dos entes e demais instâncias de controle externo.

Dessa forma, cabe ao SNA coordenar a cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal, de forma harmônica e integrada, no sentido de melhor atender os dispostos constitucionais sem que haja submissão de um ente federativo

em relação ao outro, combinando arranjos administrativos que mantenham a autonomia e a responsabilização, respectivamente (SANTOS, 2013).

Nos resultados da análise dos relatórios de auditoria observou-se que, apesar da maioria das auditorias terem sido programadas, não houve pactuação com os demais componentes para sua realização de forma integrada.

Mas, ficou evidente que o SNA realiza as auditorias de acordo com o preconizado pela legislação do SUS. No ano de 2012 houve um aumento do número de relatórios, entretanto, referiam-se a processos instaurados em anos anteriores que, de alguma forma, estavam pendentes.

É oportuno destacar, como objeto de discussão, a questão da representatividade desses relatórios para o serviço auditado. Notou-se que 39% dos relatórios preliminares não foram respondido;, aliado a isso, dos 19% que responderam fora do prazo, de que decorreu a instauração de auditoria complementar, com o objetivo de analisar as respostas do auditado fora do prazo legalmente estabelecido.

Tomando por base as auditorias realizadas, 45% foram em Hospitais Gerais seguindo-se as realizadas na Gestão, isto é, nas Secretarias de Saúde Estadual e Municipal. Das auditorias realizadas nos Hospitais Gerais 42% das constatações foram *não conformes*. Vale salientar que o objeto dessas auditorias foi relacionado à gestão do hospital.

Neste sentido, considerando o estudo de Farias et al. (2011) sobre regulação e contratualização e ofertas dos Serviços Hospitalares do SUS, os achados desta pesquisa reforçam o desperdício de recursos e o uso de instrumentos desconexos de regulação, apontados pelos autores. Pinto et al. (2011) comentam sobre a direção única do SUS em municípios de grande porte. Os autores destacam que, dentro dos hospitais gerais, existe uma dinâmica de poder e uma grande autonomia diante do sistema, o que talvez responda pelo pouco interesse dessas unidades em responder aos relatórios preliminares dos processos de auditoria.

Outra questão a destacar na análise dos relatórios é a auditoria realizada na Gestão da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde. Aqui cabe reforçar que, entre outros, esse é o papel do Componente Federal: auditar os recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS), transferidos aos estados e municípios.

Neste estudo evidenciou-se, ainda, que durante o período estudado foram realizadas auditorias em diversos Programas de Gestão do SUS, atendendo a toda a Política de Saúde prevista no orçamento da União.

Quanto ao demandante, apesar da quantidade de auditorias demandadas por outros órgãos do controle interno e externo, constatou-se que o SNA preservou o maior número de demandas realizadas no período.

Não se pode deixar de ressaltar que a instância de controle social também demandou auditoria nesse período, através de denúncia do conselho gestor de um dos hospitais auditados.

Neste aspecto há de se considerar que o controle social tem apresentado uma demanda pequena ao SNA. No período estudado, apenas 1% das auditorias foram por ele apresentadas, ou seja, pelo controle social do SUS que é realizado pelos Conselhos de Saúde.

Outro aspecto relevante observado é que, em Pernambuco, os municípios que implantaram o componente municipal de auditoria, exceto o Recife, não vêm atualizando a apresentação dos relatórios de gestão, bem como o relatório quadrimestral descrevendo as auditorias realizadas no período e as recomendações delas decorridas, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012. Tal informação estava disponível, em agosto de 2014, no site <http://sna.saude.gov.br>.

Santos (2012) levanta uma discussão importante sobre o exercício do *accountability*, que é determinado pela qualidade da relação entre o governo e o cidadão, entre a burocracia e a clientela. A Constituição Federal estimula o conceito de cidadania ao reconhecer os direitos sociais. Não obstante, ainda está longe de se atingir a consciência do direito de que o Estado deve prestar contas à sociedade, ou seja, de um Estado capaz de ouvir a sociedade e rever suas decisões, todas as vezes que não estejam relacionadas aos interesses coletivos.

É importante que a sociedade esteja atenta para desenvolver sua cidadania e cobrar do Estado o dever de garantir o bem-estar social. Os instrumentos legais existem e devem ser utilizados pelo cidadão e a mobilidade social é o mais valioso desses instrumentos para o verdadeiro controle social.

É oportuno ressaltar que os elementos e evidências deste estudo revelam os avanços do SNA, enquanto dispositivo de controle interno da Política de Saúde, mas, parece ser complexa a sua atuação, diante dos diversos arranjos institucionais

e autonomia política de estados e municípios, que podem de fato interferir na execução ou não das políticas federais (PINTO et al., 2010).

Autores, como Pinto et al, (2010), e Medeiros (2011) e Santos (2012) enfatizam aspectos importantes do processo de descentralização ocorrido no Brasil.

Partiu-se de um poder centralizador no executivo federal para uma descentralização através de repasse de recursos e não repasse de competências tributárias. Dessa forma, os municípios ficaram na dependência dos recursos da União e dos Estados.

Nessa trajetória de descentralização ocorreram vários ciclos. Entretanto, no período mais recente, segundo Viana (2012), a estratégia de descentralização foi dirigida pela ideologia democrática, no sentido de aproximar os processos decisórios dos usuários do sistema de Saúde. Os atores-chaves desse momento foram os gestores federais e dos diversos municípios do país.

Atualmente, a discussão sobre a instituição da rede Interfederativa de saúde altera a condição de relação dos municípios, que passam a uma discussão sem hierarquia, superando a dicotomia entre Administração e Política. A Administração Pública e as esferas de gestão devem agir com autonomia, por meio de processos de negociação e consenso (PINTO et al., 2010).

Neste contexto, foram realizadas entrevistas com atores-chaves do componente estadual, para verificar sua percepção quanto à relação com o Controle interno e externo da administração pública.

## 7.2 A relação do Componente Estadual de Auditoria com as instâncias de controle interno e externo

As entrevistas com os gestores responsáveis pelo componente estadual de auditoria foram analisadas com base na pesquisa Auditoria do SUS: Um estudo de caso do Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/SUS/PE), 2010-2013 vinculado ao projeto ***“O impacto das reformas estruturais no SUS: uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência à saúde de 2006 a 2012”***, do Grupo de Pesquisa de Governança em Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz.

Na análise da questão da **relação do CEA/SUS/PE com as outras instâncias de auditoria interna** identificaram-se categorias de análise:

- a) Fragilidade na interação entre os três componentes do SNA;
- b) Processo de planejamento do SNA incipiente com práticas de forma isolada;
- c) Processo de trabalho dificultando a inter-relação dos componentes;
- d) Sobreposição de auditorias e trabalho entre os componentes do SNA, ou seja as unidades são auditadas por mais de um componente simultaneamente;
- e) Desgaste da função de auditoria perante o auditado.

Na sua relação com o controle externo foram categorizadas:

- a) Inexistência de trabalho compartilhado entre CEA e órgãos de controle Externo;
- b) Soberania e autoridade do Tribunal de Contas (TC) e Ministério Público em solicitar informações ao componente estadual;
- c) Insuficiência de feedback dos relatórios realizados para o TCE e MP pelo componente estadual;
- d) Fragilidade de uma política de qualificação dos auditores, além de condições de trabalho e estrutura física inadequadas.

No que diz respeito à **fragilidade na interação entre os três componentes do SNA**, pode-se observar, no relato dos entrevistados, que, apesar de existir um instrumento de trabalho uniformizando os relatórios de auditorias realizadas pelos três entes do SNA, não existe uma programação integrada contínua que otimize os recursos destinados para a atividade e potencialize as ações da auditoria. Tal informação foi verificada através das seguintes declarações de distintos entrevistados.

Com a ferramenta Sisaud essa interação já ocorreu de alguma **forma** porque os relatórios, eles são semelhantes, eles têm a mesma composição e a gente consegue, pelo menos em relação ao produto de trabalho, ter certa uniformização. A gente precisa evoluir muito na questão do planejamento do trabalho, porque como cada componente planeja

isoladamente, não se consegue um planejamento junto, a gente ainda faz retrabalho (ACT 1)

O Sisaud facilita muito para a gente, os relatórios. E evita que fique distorcida de uma equipe para a outra, a maneira de ver as coisas. (AT8).

Com o componente federal, nós sempre tivemos um bom relacionamento. O que é necessário eles sempre orientam; a gente teve treinamento para utilizar o Sisaud. E antes nós fazíamos sempre auditorias de recomendação do Ministério, que até do próprio Seaud daqui mandava a gente fazer esse acompanhamento e isso agora está sendo feito por eles (AT 4).

Ainda no discurso dos entrevistados identifica-se que a relação, hoje, é favorável, considerando o relacionamento anterior à implantação do Sisaud, em que a instância do nível federal repassava as demandas de auditorias de acompanhamento para o componente estadual, que, por sua vez, se sentia sobrecarregado.

Todavia, **quanto ao processo de planejamento do SNA, incipiente com práticas de forma isolada**, observou-se que o fato de atualmente cada componente definir suas atividades de auditoria a partir de um planejamento interno, sem que haja nenhuma pauta comum para programar as auditorias integradas, favorece as ações não articuladas, o que pode interferir na visão que o auditado possa ter do SNA.

Nos relatos que seguem esse aspecto é destacado por dois dos entrevistados:

Com relação ao Federal, a gente tem um contato bom, quando a gente precisa de alguma coisa, a gente entra em contato. Mas eu acho que a coisa melhorou no sentido que antes eles... Tinham uma demanda muito grande para gente, a gente vivia muito sobrecarregado, e eram demandas deles, que sobrava pra gente. E eu acho que agora a coisa melhorou um pouco, o que é deles é deles, e o que é da gente, é da gente, e o que é do município é do município. Então eu acho que ficou mais fácil. Mas consequentemente, a gente perdeu um pouco esse vínculo tão grande que a gente tinha com o federal. Eu acho que a gente está andando mais com as próprias pernas, do que tão dependente do federal. Eu acho que a coisa está melhor, cada um na sua esfera (AT 3)

Hoje a gente tem uma boa relação. O estado desde 2010, 2011 começou a promover instâncias de discussão com os componentes municipais. O componente federal era um pouco a parte, ele não participava não se achava incluso, apesar de que isso era uma posição dele. Mas hoje a gente tem as três instâncias trabalhando juntas e então a gente tem uma reunião mensal com os componentes municipais, em alguns momentos de educação continuada do componente estadual, a gente tem conseguido trazer os municípios (AG2).

### 7.3 O Processo de trabalho dificultando a inter-relação dos componentes

É possível verificar também, que os auditores pesquisados, com a criação do SNA, esperavam uma estrutura de funcionamento mais organizada e integrada, conforme é preconizado pelo próprio Denasus. Não obstante, existem algumas ações realizadas, tais como reuniões, treinamento da ferramenta do Sisaud, mas que não atingem uma mudança mais efetiva no processo de trabalho dos respectivos componentes. Para estes auditores, o componente estadual tem realizado esforços para melhor qualificar o componente municipal, porém reconhecem que há muitas dificuldades, inclusive questionam quais as ações do governo federal que viabilizaram a estruturação dos demais componentes.

Os auditores e gestores pesquisados explicitam que são poucos os momentos destinados à qualificação da equipe e, quando ocorrem, são para poucos participantes. A maioria das vezes para os gerentes e coordenadores.

Por outro lado, os auditores pesquisados vêm desenvolvendo seu trabalho, mas não há um quadro de profissionais concursados para a função, a equipe é composta por profissionais desviados de função e ou que queriam fugir de outro ambiente de trabalho, ou seja, não existem critérios para a formação da equipe dos auditores que compõem o CEA/SUS/PE.

Observou-se, na análise das entrevistas, que, se por um lado os auditores pesquisados relatam um bom contato com o componente federal e municipal, ao mesmo tempo consideram que não houve muita participação deste componente I em viabilizar um processo de trabalho de forma integrada. Vê-se também que o componente municipal é considerado frágil, devido à sua estrutura incipiente, e há pouca valorização dos gestores quanto ao trabalho da auditoria. Foi relatado que, apesar do tempo de instituição do SNA, os Secretários de Saúde dos municípios não participam dos encontros para discussão de instituição da auditoria no município, encaminhando representantes que não têm conhecimento sobre a questão.

Dessa forma, parece aos auditores e gestores pesquisados que o município instituiu seu componente municipal para atender a uma questão da obrigatoriedade das portarias, ou mesmo para receber os incentivos financeiros.

Tal aspecto pode ser observado nos seguintes relatos:

Olhe, com os municípios a gente tem, às vezes, até algumas auditorias integradas e quando isso acontece é muito bom, mas o componente de auditoria municipal, apesar de ser obrigatório, que todo município tenha que

ter seu componente de auditoria, em alguns lugares eles ainda não foram constituídos e nos lugares que foram constituídos, eles são muito frágeis. O que precisa é o município se estruturar, porque eles sempre encontram apoio na gente, em todas as reuniões a gente sempre chama para participar, justamente para que eles possam assumir suas funções, porque muitas vezes a gente vai daqui para o interior fazer uma auditoria, que se aquele município tivesse seu componente estruturado, não haveria necessidade nenhuma da gente se deslocar, ter este gasto para o Estado, de coisas simples que o próprio componente municipal poderia resolver (AT4).

Agora, o gestor ele está ali pra resolver problema. Então se o SNA foi criado, e não foi criado de ontem, e se você virar as costas pra ele, você nunca vai colocá-lo em prática. Então, começa nova gestão, o SNA foi implantado, foi trabalhado, foram quebradas as resistências, que a gente tem muito. Tinha gente antiga que não queria mudar, entendeu... Então o componente estadual teve uma influência muito grande em fazer viabilizar. Bom, o componente federal nos ajudou a viabilizar, a tornar isso em prática, entendeu... A estar aqui criando os mecanismos favoráveis... Eu acho que o componente federal, pra mim, eu entendo que foi falho... Agora, a gente viu que se aliar ao componente federal seria uma coisa boa em longo prazo, então isso vem naquele raciocínio do gestor de querer crescer, de procurar se alinhar ao componente federal... já a relação do componente estadual com o componente municipal, eu acho muito complicada. Envolve aí vários vieses. Passa pela qualificação profissional pra o envolvimento político do interior, dos componentes municipais, tem sempre uma influência que atrapalha essa independência do auditor (AT7).

E em relação ao componente municipal, muitos municípios não têm. Está engatinhando. então, quando cria um componente municipal, na maioria das vezes pega qualquer pessoa para ser o coordenador, diretor, gerente, ou auditor lá.. Então não há aquele compromisso de dizer "Não, vamos implantar isso, vamos plantar o compromisso, vamos criar, vamos pagar bem, vamos treinar, vamos capacitar. Então fica aquele negócio de implantar as pressas, pegar qualquer pessoa que tenha tempo livre, que possa fazer lá, e colocar a coisa para funcionar, porque tem que funcionar porque senão não recebe o recurso (AT 8).

Com relação aos processos de auditoria, vale ressaltar que o componente federal os repassa ao estadual, que por sua vez os repassa ao componente municipal, embora neste ainda há muito a desenvolver, quanto a estrutura, qualificação e independência política, para a realização dos relatórios de auditoria.

Para os entrevistados, o componente municipal só está atuando em municípios de grande porte. A auditoria nos municípios é embrionária, devido aos bolsões da política, os relatórios de auditoria não podem trazer problemas para a gestão. Assim o componente federal não consegue viabilizar que a auditoria municipal possa acontecer com liberdade, sem interferência externa. As declarações abaixo corroboram essas observações:

A coisa flui bem, e acho que a gente está tentando dar autonomia para o município para também tirar um pouco a sobrecarga da gente (AT3).



O que precisa é o municipal se estruturar, porque eles sempre encontram apoio na gente, em todas as reuniões a gente sempre chama para participar, justamente para que eles possam assumir suas funções, porque muitas vezes a gente vai daqui para o interior fazer uma auditoria, que se aquele município tivesse seu componente estruturado, não haveria necessidade nenhuma da gente se deslocar ter este gasto para o Estado, de coisas simples que o próprio componente do município poderia resolver (AT 4).

Ele tem que ter um vínculo seguro, perene, estável, pra que ele venha trabalhar com independência, e isso é uma coisa que a gente não vê no interior, não vê no profissional na mesma condição que a gente, atuando mesmo que você fosse trabalhar como profissional, em desvio de função, você ia ter dificuldade, entendeu? Ia ter uma influência política muito grande, existem aqueles bolsões, existe a influência que eu estou te dando isso, entendeu ali você vai me ajudar, você não vai me atrapalhar, teu relatório de auditoria não pode trazer nenhum problema pra minha gestão, entendeu? Então isso ai atrapalha um pouco no município... Eu acho o componente municipal embrionário... Só está conseguindo ser executado em algumas cidades de maior porte, entende (AT 7).

Então eu acho que precisaria mais de congressos, simpósios, reuniões, conferências na área de auditoria, para uniformizar a conduta, uniformizar pensamentos, uniformizar programas, maneiras de auditar, entendeu (AT 8).

Na sua relação com o controle externo sobre a **categorização referente à inexistência de trabalho compartilhado entre o CEA e os órgãos de controle externo**, nesse caso, o Tribunal de Contas e o Ministério Público, pode-se observar que, no discurso do CEA/SUS/PE, o controle externo tem enviado demandas para que o componente estadual se pronuncie. Porém, nem sempre se trata de objeto de auditoria, muitas vezes são demandas que podem ser respondidas por outros setores da SES. Neste caso, o CEA/SUS/PE envia a demanda para os diversos setores.

Mas, nos casos de auditoria há um entendimento de que a demanda é repassada, mas não se estabelece um trabalho compartilhado; este já ocorreu, mas de forma muito insignificante, e para os auditores entrevistados essa inter-relação seria uma forma de somar experiências.

Assim, afirmam dois dos entrevistados:

Mas essa inter-relação de trabalhar de forma compartilhada, que é essa forma de operacionalização, a gente vê que ainda está longe de acontecer. No último levantamento que fiz de 2011 e 2012, de todas as auditorias a gente teve apenas uma de forma compartilhada, isso dá um número muito insignificante. Seria muito interessante para a gente se a gente estreitasse cada vez mais esse relacionamento para que o contrário fosse verdadeiro... a gente também deveria ter esse feedback de recorrer a eles e questionar se já havia alguma demanda, alguma queixa feita em nível de justiça para a gente poder somar as forças de trabalho (ACT1).

Então esta relação com o Ministério Público e com o Tribunal de Contas, é uma relação um pouco distanciada, então hoje a gente não recebe tanta demanda como recebia. Em alguns momentos o Ministério Público andou nos consultando em relação a algumas auditorias do Denasus, mas a gente não tem aquela relação que já teve antes (AG 2).

Não obstante, **para a categorização quanto à soberania e autoridade do TC e MP em solicitar informações ao componente estadual**, verifica-se que os referidos Órgãos de Controle Externo, incluindo aqui também a Polícia Federal, dirigem-se para o CEA/SUS/PE, solicitando subsídios para suas demandas, porém o contrário não ocorre. Isto é, não há um fluxo para que o TC e MP subsidiem as atividades de auditoria realizadas pelo componente estadual, pois não há uma relação direta, embora para alguns entrevistados exista um reconhecimento desses órgãos sobre o trabalho do componente estadual.

Com posicionamento contrário, um dos auditores entrevistados, afirma que apesar do MP encaminhar ao CEA/SUS/PE uma grande quantidade de demanda, permite o diálogo, e o componente estadual do SNA redireciona a referida demanda de acordo com suas condições de realização, tendo em vista o quantitativo de profissionais e as condições de trabalho do respectivo componente. Segundo este entrevistado, o MP tem contribuído bastante com o componente estadual.

Para os demais entrevistados, não há feedback do MP e TC quanto aos relatórios realizados pelo CEA/SUS/PE, além de ressaltarem que as demandas têm diminuído, tendo esse órgão de controle externo se dirigido diretamente para outros setores, tais como: planejamento e setor financeiro. No relato abaixo, tal aspecto é notado:

O Tribunal de Contas se dirige muito pouco e sempre foi assim, porque trabalha muito com a questão financeira, então ele sempre se dirige ao setor financeiro, ao planejamento (AG2).

Quanto à categoria **Insuficiência de feedback dos relatórios realizados para o TCE e MP ao componente estadual**, na fala dos entrevistados a seguir, fica evidente que não há um retorno, pelos órgãos do controle externo quanto aos encaminhamentos decorrentes dos relatórios recebidos do Componente Estadual do SNA. Eles verbalizaram que ficam sem informações sobre os relatórios e o resultado final do processo, se houve mudança da situação encontrada, ou seja, se o auditado realizou alguma ação para sanear as não conformidades. Vale salientar que os

entrevistados gostariam de um feedback do trabalho realizado, de como está sendo notado pelo controle externo.

Assim, seguem os relatos:

Eu acho que falta um retorno, o feedback, a gente faz a auditoria, faz o relatório, e gostaríamos muito de ter o retorno deles, como estão achando o nosso trabalho, do que foi feito, o que a gente conseguiu, a gente faz auditoria acreditando em mudanças, então esse feedback das mudanças seria importante a gente saber, se foi aplicada alguma penalidade, não foi, ou tem algum prazo estipulado para que haja essas mudanças, a gente fica sem o retorno do que aconteceu após o relatório (AT6) .

Você manda para o controle externo, para o ministério publico, para qualquer outro, e você as vezes não vê o resultado daquilo.. Há uma sensação de frustração quando você faz uma auditoria de uma denúncia, de um ressarcimento.. e aquele ressarcimento não acontece, você não sabe se ele foi feito, não sabe se aquela recomendação que você fez foi cumprida, se aquele fato.. Você tem a sensação do dever cumprido, que fez a sua parte, Mas às vezes você não tem o retorno daquela auditoria (AT8).

#### 7.4 A fragilidade de uma Política de Qualificação dos Auditores além de condições de Trabalho e Estrutura física inadequada.

Ficou explicitado que a relação com o controle externo resulta em um sentimento de insegurança em alguns pesquisados. Assim, foram registrados sentimentos de medo, por não disporem de treinamento mais efetivo, bem como cobranças maiores dos auditores em respostas pelo que fazem, mesmo decorridos muito tempo da auditoria realizada.

Adicionalmente, mencionam as condições de trabalho inadequadas do componente estadual: não é assegurado um espaço adequado para o trabalho, não recebem do gestor o reconhecimento da complexidade do serviço, as atividades são desenvolvidas pelo próprio compromisso do auditor, uma vez que os custos para a realização da tarefa não são disponibilizados, os auditores viajam com despesas pagas pelo próprio bolso, conforme se pode comprovar nos depoimentos de dois entrevistados.

A gente tem pouca relação, só quando nós somos chamados. Na verdade eu acho que precisa muito essa integração. Quando a gente é chamado a gente tem até medo, nós já fomos pro MP e para a Polícia, porque foi denúncia, mas você já vai com muito medo, e na verdade a gente não deveria ter medo disso, se a gente tivesse uma integração com eles não ia ter medo (AT5).

Ah, um processo do Ministério Público, você pode até ser chamado no Ministério Público depois.. Aí você ganha 3 mil reais por mês, a sua função de auditor, não tem treinamento, não tem capacitação, mandam você pra viajar pro interior num Celta 1.0 com pneu careca, nas estradas que o

buraco é maior que o pneu do carro, expondo a sua vida de auditor.. Ganha uma diária que não dá pra pagar a pousada para você ficar, entendeu.. E você ainda pode ser chamado.. então, você prefere fazer uma auditoria de uma denúncia, de outro lugar, do que às vezes do Ministério Público.. que pode ser chamado lá como se você fosse responder não sei quantos anos depois.. uma coisa que você nem se lembra mais direito, numa estrutura que você tem.. Não tem um espaço adequado, você vê que todo mundo trabalha numa sala que não tem espaço.. Estrutura física inadequada, processos capengando.. recursos poucos.. salários, poucos.. E a qualidade dos auditores ruim. Então, vai muito da força de vontade de cada um, do interesse de cada um, de querer melhorar o SUS, do compromisso que você tenha com o SUS.. Vai depender do profissional. Eu particularmente me identifico com o SUS. Agora, também às vezes me sinto frustrado, porque você faz auditoria, você vê irregularidade, você recomenda, você volta para avaliar, e está do mesmo jeito, e nada acontece.. (AT 8).

Observou-se, nas entrevistas com o componente estadual, que tanto em relação ao CEA/SUS/PE quanto ao controle interno e externo existem dificuldades semelhantes; o componente municipal é visto como constituído por profissionais que não foram concursados para o cargo de auditor e, por isso, apresentam fragilidades em sua atuação; em alguns municípios a estrutura de auditoria é incipiente e os secretários de saúde não valorizam a atividade, designando gerentes e coordenadores e ainda seus representantes para participar de reuniões, sem a devida competência em auditoria.

Na questão sobre o controle externo, também foi constatado que os auditores do CEA/SUS/PE estão em situação de desvio de função, com poucas oportunidades de treinamento e capacitações; exercem suas funções a partir do envolvimento e compromisso de cada um, uma vez que as estruturas para viagens e deslocamento não são garantidas, tanto no quesito de segurança, como nos valores das diárias aplicadas, não são evidenciados que os resultados das auditorias realizadas pelos respectivos componentes são considerados como dispositivos de mudança quanto às irregularidades encontradas.

No contexto geral, percebe-se, nos relatos dos entrevistados em relação ao componente federal, que este tem atuado em parceria com os demais componentes no que se refere ao treinamento do Sisaud, existe uma certa integração, entretanto, pouco tem contribuído para mudar a realidade do SNA na ponta. Vale salientar que não há, nas respectivas instâncias do SNA (federal, estadual e municipal), uma discussão sobre o processo de trabalho que coloque em pauta a realização de auditorias integradas que possam constituir um fluxo, respeitando as suas programações.

Para concluir, ressaltam-se os seguintes relatos:

A auditoria é uma ferramenta de gestão, entendeu,... Ele não consegue ver tudo, então a auditoria pode ajudar a corrigir distorções, mau uso dinheiro público, entendeu, quando você entrega aquele recurso pra determinado secretário, pra determinada pasta sua, gerir quando você vai ver, a auditoria vai lá ver como estão aplicando aquele recurso (AT 7).

Então eu acho que precisaria mais de congressos, simpósios, reuniões, conferências na área de auditoria, para uniformizar a conduta, uniformizar pensamentos, uniformizar programas, maneiras de auditar, entendeu (AT 8).

Ao comparar as informações resultantes da análise dos relatórios de auditoria com as entrevistas realizadas com os auditores e gestores do ente estadual, observou-se que há pouca interação entre os respectivos componentes, daí decorrendo o que eles denominaram de retrabalho.

Neste sentido, Abrúcio (2007) adverte que o Federalismo e as Políticas Públicas; frente às diversas competências e autonomias dos entes, podem favorecer a efetivação, ao mesmo tempo, de práticas e iniciativas de políticas públicas sem nenhuma integração, e essas ações, tomadas isoladamente, podem atingir, de maneira sobreposta, os mesmos problemas. Em consequência, perde-se, além da oportunidade de potencializar os recursos que já são escassos, a possibilidade de articular ações integradas de maneira a gerar melhores resultados.

Tais argumentos corroboram a literatura que trata da Política de Saúde, no que se refere à descentralização, considerando que, para que funcionem os pactos políticos entre a União, os estados e os municípios devem existir vontades convergentes. Tal processo de descentralização depende, também, da capacidade técnica e administrativa do nível local; da implementação de um sistema de monitoramento e *accountability*, e da expertise de equacionar a responsabilidade dos entes federativos na organização e funcionamento do SUS sem que cerceiem a autonomia federativa (SANTOS, 2012).

Ibranhês et al. (2007), em estudo realizado na Região Metropolitana de São Paulo, apontam que o sistema de auditoria, avaliação e controle naquele Estado não foi completamente implantado, apenas criado por meio de legislação. Adicionalmente, a relação entre os níveis de governo necessita de maior articulação, acompanhamento e responsabilidade dos gestores no cumprimento de suas funções públicas para implementação do SUS e com a saúde da população.

Essa preocupação foi demonstrada também pelos entrevistados deste estudo, ou seja, a necessidade de estruturação entre os componentes do SNA:

planejamento e integração no processo de trabalho, para evitar o retrabalho, e definição de fluxo das auditorias integradas.

Os relatos deste estudo confirmam a afirmação de Ibranhês et al. (2007), consideram que os municípios não conseguem implantar o monitoramento e acompanhamento dos serviços e o componente municipal de auditoria é apresentado como incipiente, com pouca estrutura para o exercício de suas atividades, bem como apontam para as insuficientes atividades de qualificação de suas equipes de auditores.

Em relação ao arcabouço jurídico da Auditoria, existem ferramentas para o desenvolvimento das atividades de forma efetiva, eficiente e eficaz, de modo que possam garantir o controle na utilização dos recursos públicos, evitando o mal uso e contribuindo para o aprimoramento e qualidade dos serviços prestados à população.

Segundo Coutinho e Gurgel (2013), os auditores da Secretaria de Saúde de Pernambuco, consideram que o Sisaud contribui com a uniformização dos relatórios, estabelecendo um acompanhamento das auditorias que permite o gerenciamento das atividades. Acrescenta-se a isso a transparência da gestão, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados de suas ações, consolidando a auditoria como um instrumento de gestão.

Em Pernambuco, há 11 municípios com o SNA implantado, sendo eles: Recife, Caruaru, Olinda, Cabo de Santo Agostinho, Petrolina, Jaboatão dos Guararapes, Camaragibe, Vitória de Santo Antão, Ipojuca, Goiana e Limoeiro.

Entretanto, estudos sobre auditorias, (MELO, 2007; COUTINHO; GURGEL, 2013) têm mostrado que, apesar de todo o processo de descentralização, os municípios ainda apresentam pouca estrutura para desenvolver as atividades de auditoria, o que foi revelado nas entrevistas realizadas, neste trabalho.

Contudo, apesar das Diretrizes e Manuais sobre o processo de trabalho, os espaços de Governança, tais como CIB CIT, CIR e outros além da regulamentação do SUS através da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012) e Decreto nº 7508/2011 (BRASIL, 2011), os resultados dos processos de auditoria ainda não são disponibilizados para o Controle Social de forma efetiva. Do mesmo modo, não se realiza um processo de Educação Permanente entre os respectivos componentes, de forma a se constituir um fluxo de trabalho que fortaleça a relação federativa e potencialize as ações e resultados para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

Todavia, as entrevistas realizadas com os auditores do componente estadual de auditoria de Pernambuco deixam implícito o descrédito no componente municipal, pois, segundo os entrevistados, essa autonomia necessária para o exercício da atividade de auditar encontra-se sob risco. Eles denunciam que alguns municípios, em especial os de pequeno porte, não investem na estrutura do componente municipal, bem como na questão de pessoal. Além disso, a pressão política sobre os trabalhadores pode interferir nos resultados dos relatórios de auditoria. As entrevistas realizadas apontam ainda que a auditoria é uma ferramenta de gestão, capaz de corrigir distorções e o mau uso do dinheiro público.

Para tanto, precisa-se trabalhar com independência, ter um vínculo seguro e acesso a uma contínua e permanente qualificação profissional.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que o SNA vem desenvolvendo esforços para que os demais componentes do Sistema tomem para si a realização dos processos de auditoria, visando apresentar resultados e melhoria da qualidade dos serviços e ações voltadas para a população.

O processo de descentralização foi um marco para o SNA, tendo o Pacto da Saúde em 2006 um papel importante para a adesão dos municípios na implantação dos seus componentes, inclusive, com o desenvolvimento do Sisaud como instrumento de trabalho que tornou uniforme e célere o processo de auditoria.

Assim como no SUS, é também grande a complexidade do SNA. Desde a sua implantação, tem o propósito de quebrar paradigmas quanto ao paradoxo de uma origem inserida numa cultura fiscalizatória e policlesca, mantendo o controle regulatório disposto na Constituição Federal, que precisa garantir a fiscalização orçamentária, patrimonial e financeira dos recursos públicos destinados à saúde da população, porém estabelecendo uma relação federativa respeitando a autonomia e a interdependência dos entes federativos.

É oportuno ressaltar a dinâmica dessa autonomia da relação federativa, em que apesar da pactuação nas instâncias de governança do SUS (CIB, CIT, CIR e outros), os estados e ou municípios cumprem ou não as pactuações realizadas, a depender de seus interesses.

Evidenciou-se ainda haver fragilidade do processo de trabalho da auditoria realizada pelos respectivos componentes que integram o SNA. Tanto do ponto de vista de sua relação interna, quando a maioria dos relatórios preliminares não são respondidos, como também quanto à questão do controle externo não dar o feedback sobre as auditorias realizadas.

Neste sentido, torna-se necessário para o enfrentamento desses problemas, um investimento na qualificação dos profissionais, na estrutura dos serviços e na articulação junto ao Controle Social, para que o SNA se fortaleça cada vez mais como instrumento de Gestão.

Pode-se considerar que houve pouco avanço em relação às auditorias integradas, carecendo de uma reflexão sobre o processo de trabalho, de forma que venha a ser instituído um planejamento entre os três entes federados, para a construção de um plano de atividade integrada. Um plano que respeite o contexto



interno de cada ente, mas, em que haja uma pactuação, visando superar os obstáculos de um trabalho isolado, com superposição de papéis. Uma pactuação que respeite a relação de autonomia dos entes federados.

Diante da relação federativa é um desafio para o SNA coordenar as ações dos respectivos componentes, considerando a diversidade dos municípios e estados brasileiros. Para uma organização mais efetiva, é importante aperfeiçoar os mecanismos de controle e de participação por parte do cidadão, além de informação acessível e de qualidade para a população.

Assim, é preciso persistir na cultura de aprimoramento de saberes, que promova uma mudança de práticas e elaboração de instrumentos pautados em conhecimento científico, com possibilidade de aplicabilidade na realidade dos serviços.

Com isso, defende-se a necessidade e pertinência de novos estudos que contemplem outras análises sobre o Sistema Nacional de Auditoria com o Controle Social.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 67-86, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-6122007000700005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-6122007000700005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 maio, 2009.
- ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n.1, p.223-236, 2013.
- AYACH, Carlos, MOIMAZ, Suzely Adas Saliba, GARBIN, Cléa Adas Saliba. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 237-248, 2013.
- BITTENCOURT, I.C.P. Os modelos organizacionais e a reforma administrativa. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 21 jun. 2014. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.48702&seo=1>>. Acesso em: 21 nov., 2014.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**: 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/mod\\_Ind\\_Esfera.asp?VEstado=26&VMun=261160](http://cnes.datasus.gov.br/mod_Ind_Esfera.asp?VEstado=26&VMun=261160)>. Acesso em: 16 ago., 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 16 jan., 2009.
- BRASIL. **Decreto n.º 5.974, de 29 de novembro de 2006**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm#art5](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm#art5)>. Acesso em: 17 fev., 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS**: Orientações Básicas. Brasília, 2011a.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Tipo de Prestador**. Ministério da Saúde:Brasília, 2013. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Prestador\\_Listar.asp?VEsfAdm=01&VRetTrib=10&VListar=1&VEstado=26&VMun=261160](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador_Listar.asp?VEsfAdm=01&VRetTrib=10&VListar=1&VEstado=26&VMun=261160)>. Acesso em: 17 de out., 2013.
- BRASIL. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Relatório de Gestão**. Sisaud/SUS.BrásíliA, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.21/denasus/sisaud/atividade/consulta\\_atividade\\_tecnica.php?acao](http://189.28.128.21/denasus/sisaud/atividade/consulta_atividade_tecnica.php?acao)> . Acesso em: 31 out., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.467 de 10 de julho de 2006b**. Institui o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), via internet no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Brasília, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/portaria1467/pdf/>>. Acesso em: 5 mar., 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Que Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto\\_1651.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_1651.pdf)>. Acesso em: 20 fev., 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamentação da Lei 8080/90. Brasília: 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto\\_7508.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_7508.pdf)>. Acesso em: 26 jan., 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 2012** Que regulamento art. 3 da Constituição Federativa. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/Casacivil\\_03/leis/LCP/lcp141htm](http://www.planalto.gov.br/Casacivil_03/leis/LCP/lcp141htm)>. Acesso em: 26 set., 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 20 fev., 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 20 fev., 2012

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8689.pdf>>. Acesso em: 20 fev., 2012

CASTRO. S.H.R. et al. Construção do modelo de avaliação dos resultados governamentais. **Revista Síntese TCE**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 11- 25, jan./jun., 2012.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. In: BROUSSELLE, A, et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, (Brasil). **Resolução 453 de 12 de junho de 2012**. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://conselho.de.saude.gov.br/resolucoes>>. Acesso em: 26 set., 2012

COUTINHO, B. M. **Auditoria do Sistema Único de Saúde**: um estudo de caso do componente estadual de auditoria de Pernambuco (CEA/SUS/PE). 2013. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo, Recife, 2013.

DITTERICH, Rafael Gomes. **A Contratualização como Ferramenta de Gestão e Organização da Atenção Primária à Saúde**: avanços, dificuldades e desafios. 2011. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011.

FARIAS, S. F. **Interesses Estruturais na Regulação da Assistência Médico-Hospitalar do SUS**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FARIAS, S. F. et al. A Regulação no Setor Público de Saúde no Brasil: (des) caminhos da Assistência Médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 16, supl.1, p. 1043-1053, 2011.

FURTADO, A.L.G. et al. Organização sociais de saúde e gestão pública baseada em resultados. A importância do controle externo dos contratos de gestão: porque os fins não justificam os meios. **Revista do Tribunal de Contas de Estado de Pernambuco**. Recife. v.18, n.18, p.53-69, jun., 2011.

IBRANHES, Lauro Cesar; HEIMANN, Luiza Stermann et al. Governança e Regulação na Saúde: desafios para a gestão na região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, mar., 2007.

IBGE. **Contagem populacional em 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/Populacao/censo2010/calendario.shtm>>. Acesso em: 17 out., 2013.

KVALE, S. **Interviews**: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage, 1996.

LA FORGIA, G.M.; et al. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular. 2009

LEITE, C.K; FONSECA, F. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v.18, n.56, p.99-117, jan./mar., 2011.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M.O; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, N. S. (Org). **Saúde e Democracia História e Perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 27-29, 2005.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A.S. Sistemas de direção e prática de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1143-1163, nov./dez., 2007.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul./ago., 2007.

MEDEIROS, K. R. **Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde**: um estudo dos municípios brasileiros, 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MELO. M.B. **O Sistema Nacional de Auditoria do SUS**: estrutura, avanços, desafios e força de trabalho. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MELO. M.B., VAITSMAN J. Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde. **Revista São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 22, n. 1, p: 152- 162, 2008

MELO, P. H. P. G. **O Desenho Institucional do Controle Externo Sobre os Contratos de Gestão**. 2012. Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas, Centro e Formação Acadêmica e Pesquisa. Rio de Janeiro, 2012.

NÓBREGA, M. O controle do gasto público pelos tribunais de contas e o princípio da legalidade: uma visão crítica. **Revista Eletrônica de Direito do Estado (REDE)**, Salvador, n. 26, abr./ jun. de 2011. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDE-26-ABRIL-2011-MARCOS-NOBREGA.pdf>>. Acesso em: 21 ago., 2014.

OLIVEIRA, R.R; ELIAS, P.E.M. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.3. p. 571-572, 2012.

PINTO, N. R.S; SPEDO, S. M.; TANAKA, O.Y. (Im) Possibilidades de Implementar uma Direção Única no SUS em Município de Grande Porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.518-532, 2010.

PÓ, M. V.; ABRUCIO, F. L. Desenho e Funcionamento dos Mecanismos de Controle e Accountability das Agencias Reguladoras Brasileiras: semelhanças e diferenças; **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 679-98, jul. /ago., 2006.

RODRIGUES, M. V. et.al. **Qualidade e acreditação**. Rio de Janeiro:Ed. FGV, 2012. (Gestão em Saúde. FGV Management).

SÁ, A. L. H.; LIMA, E.F.; SILVA. R. E. **Contribuição do Controle, Avaliação e Auditoria com a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde**: A Experiência do Município de Olinda-Pernambuco, 2009. Monografia (Especialização). Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2009.

SALGADO, V.A.B. **Manual de administração pública democrática**: conceitos e formas de organização. Campinas, SP: Saberes, 2012.

SANTOS, Lenir. **Da Reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações**. Campinas, 2006. Disponível em: <<http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 Comentada**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes, 2012.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas de Administração Pública. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, n. 43, v. 2, p. 347-69, mar./abr. 2009.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.S. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: O caso da cidade de São Paulo. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

SOUZA, L.A. A.; DYNIEWICZ, A.M.; KALINOWSKI, L. C. Auditoria: Uma Abordagem Histórica e Atual. **Revista de Administração da Saúde**, Curitiba, v.12, n. 47, p. 71-78, abr./jun., 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como Fazer teses em Saúde Pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**: Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2001.

VIANA, A.L.D'.; BAPTISTA, T.W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, cap. 2, p. 65-101

VIANA, A.L.D'.; LIMA, L.D. **Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil**, Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

## Apêndice A - Roteiro da entrevista

### Estrutura

1. Qual a sua visão sobre a forma de inserção e composição do quadro de auditores do CEA/SUS/PE?
2. Você considera que o Sistema de Informação de Auditoria (Sisaud/SUS) promoveu mudanças no processo de trabalho do CEA/SUS/PE? Se sim, quais?

### Processo

3. Como você avalia a relação do CEA/SUS/PE com as outras instâncias de auditoria interna (componentes municipais e o federal)?
4. Como você avalia a relação do CEA/SUS/PE com as áreas internas (técnicas) da Secretaria Estadual de Saúde?
5. Como você avalia a relação do CEA/SUS/PE com as instâncias de controle externo (Tribunal de Contas e Ministério Público)?
6. Como você analisa o papel da auditoria diante dos novos arranjos institucionais (OS e Oscip) que integram o SUS?

### Resultado

7. Qual a sua análise sobre as contribuições das auditorias realizadas pelo CEA/SUS/PE para o SUS?
8. Quais são as dificuldades que o CEA/SUS/PE enfrenta para atingir seus objetivos e metas?

De acordo com o já esclarecido na metodologia, tomou-se como questão de análise para esse estudo as perguntas sobre processo a seguir:

- 1 - Como você avalia a relação do CEA/SUS/PE com as outras instâncias de auditoria interna (componentes municipais e o federal)?
- 2- Como você avalia a relação do CEA/SUS/PE com as instâncias de controle externo (Tribunal de Contas e Ministério Público)

## ANEXO A - PARECER CEP



**Título do Projeto:** "O impacto das reformas estruturais no SUS: uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance das assistência à saúde de 2006 a 2011".

**Pesquisador responsável:** Garibaldi Gomes Dantas Gurgel.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 22/08/2011

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 38/11

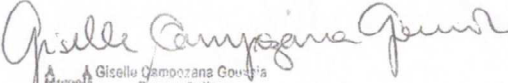
**Registro no CAAE:** 0037.0.095.000-11

### PARECER Nº 37/2011

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 06 de setembro de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 06 de setembro de 2011.

  
 Giselle Campozana Gurgel  
 Psicóloga  
 Coordenadora  
 Matr. SIAPE 0463376  
 CPqAM / FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;

Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 06/09/2012.  
 Campus da UFPE - Av. Moraes Rebelo, 1000 - Recife, PE  
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
 Recife - PE - Brasil  
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

